

Dipartimento di Medicina e Chirurgia

Dottorato di Ricerca in Sanità Pubblica Ciclo XXXVII

Curriculum in Ricerca e valutazione sui servizi e sulle tecnologie sanitarie

IL PUNTO DI VISTA DEGLI UTENTI NELLA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI COMPLESSI IN SALUTE MENTALE

Piraino Maria Alexandra

Matricola 737108

Tutor: Prof. Lorenzo G. Mantovani

Coordinatore: Prof. Luigi Badano

ANNO ACCADEMICO 2024/2025

Indice

Lista delle abbreviazioni.....	6
Abstract.....	9
PARTE 1 - La valutazione degli interventi complessi in salute mentale e la prospettiva dell'utente.....	13
Capitolo 1. La valutazione dei servizi di salute mentale come problema di sanità pubblica.....	15
1.1 Epidemiologia dei disturbi mentali e da uso di sostanze, burden e trend.....	15
1.2 La salute mentale nei sistemi di cura: requisiti di qualità.....	16
1.3 Gli interventi complessi in salute mentale: sfide metodologiche e valutative.....	18
Capitolo 2. Il coinvolgimento dei pazienti nell'ambito della salute mentale.....	21
2.1 Approcci partecipativi e metodologie di coinvolgimento.....	21
2.1.1 PE, PPI e la figura del Paziente Esperto.....	21
2.1.2 Livelli di coinvolgimento: dalla consultazione alla co-produzione.....	23
2.2 Specificità del coinvolgimenti dei pazienti in salute mentale.....	25
2.2.1 Il valore aggiunto della voce del paziente in salute mentale.....	25
2.2.2 Sfide metodologiche in salute mentale.....	27
2.3 Riconoscimento istituzionale e limiti all'implementazione.....	29
2.3.1 Policy e framework normativi.....	29
Capitolo 3. Le comunità terapeutiche come caso di intervento complesso.....	33
3.1 Le comunità terapeutiche.....	33
3.1.1 Modelli, funzioni e contesto europeo e italiano.....	34
3.1.2 Caratteristiche dell'utenza.....	37
3.2 L'efficacia degli interventi residenziali: la ricerca di esito.....	38
3.3 I meccanismi e i fattori terapeutici dell'intervento residenziale: la ricerca di processo.....	39
3.4 Il coinvolgimento degli utenti nella ricerca sulle comunità terapeutiche.....	41
3.5 Il contributo della ricerca in psicoterapia alla ricerca di processo.....	42

3.6 Limiti della ricerca attuale e prospettive.....	44
PARTE 2 - Studio multicentrico in co-design “I fattori terapeutici del trattamento in comunità secondo la prospettiva dei pazienti”	47
Capitolo 4. Studio di co-design su “I Fattori Terapeutici del trattamento in Comunità secondo la prospettiva dei pazienti”	49
4.1 Introduzione.....	49
4.2 Obiettivi.....	50
4.3 Campione, reclutamento e criteri di inclusione.....	51
4.4 Strumenti e metodologia.....	52
4.4.1 Fase preparatoria: Sviluppo di proposte metodologiche per la discussione partecipativa (febbraio–agosto 2022).....	52
4.4.2 Descrizione degli strumenti proposti.....	54
4.4.3 Metodologia.....	60
4.5 Risultati.....	64
4.5.1 Prima giornata: formazione e introduzione ai concetti fondamentali.....	65
4.5.2 Seconda giornata: laboratori tematici.....	67
Laboratorio "Domanda aperta" e "Incidente critico".....	67
Laboratorio "Dispositivi".....	71
Laboratorio "Disegno".....	74
4.5.3 Terza giornata: valutazione dei questionari e assemblaggio del protocollo.....	77
Laboratorio "Questionari".....	77
Laboratorio "Puzzle".....	81
4.5.4 Il gruppo di confronto finale.....	83
4.6 Implicazioni per la realizzazione del protocollo di studio.....	87
4.7 Discussione.....	91
4.7.1 Significato e contributo del co-design.....	91
4.7.2 Limiti e questioni aperte.....	93

Capitolo 5. Studio multicentrico “I Fattori Terapeutici del trattamento in Comunità secondo la prospettiva dei pazienti”	96
5.1 Introduzione.....	96
5.2 Obiettivi.....	97
5.3 Metodi.....	98
5.3.1 Disegno dello studio.....	98
5.3.2 Strumenti di rilevazione.....	98
Strumentazione quantitativa.....	100
Strumentazione qualitativa.....	103
5.3.3 Caratteristiche del campione e del contesto.....	106
Partecipanti e criteri di selezione.....	107
Numerosità del campione.....	108
Considerazioni etiche e metodologiche.....	110
5.3.4 Procedure di raccolta dei dati a anonimizzazione.....	110
Tempistiche.....	113
5.3.5 Strategia analitica.....	113
5.3.5.1 Sezione 1 - Analisi descrittiva del campione di CT e partecipanti.....	114
5.3.5.2 Sezione 2 - Analisi dei questionari e degli item.....	116
5.3.5.3 Sezione 3: Analisi qualitativa tematica.....	122
5.3.5.4 Software e strumenti analitici.....	134
5.4 Risultati.....	134
5.4.1 Sezione - Analisi descrittiva del campione di CT e partecipanti.....	134
5.4.1.1 Caratteristiche del campione di CT.....	135
5.4.1.2 Caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei partecipanti.....	139
5.4.1.3 Modalità di compilazione della CRF.....	145
5.4.1.4 Completezza dei dati CRF.....	146
5.4.1.5 Sintesi delle caratteristiche del campione di CT e partecipanti.....	147

5.4.2 Sezione 2. Analisi delle risposte ai questionari quantitativi.....	148
5.4.2.1 Sezione 2a - Analisi descrittive degli item.....	148
5.4.2.2 Sezione 2b - Esplorazione della struttura interna degli strumenti FT e TFI-8.....	161
5.4.2.3 Sezione 2c - Analisi CLMM per il confronto corretto tra item.....	176
5.4.2.4 Sintesi dell'analisi delle risposte ai questionari quantitativi.....	184
5.4.3 Sezione 3: analisi qualitativa.....	185
5.4.3.1 Le esperienze percepite come terapeutiche (Perceived Therapeutic Experiences, PTE).....	187
5.4.3.2 I dispositivi percepiti come terapeutici (Perceived Therapeutic Devices, PTD). 194	
5.4.3.3 Valutazioni critiche e sfide del percorso comunitario (Not Helpful, NH e Challenging CH).....	199
5.5 Discussione.....	206
5.5.1 Risultati quantitativi: fattori, dispositivi e priorità.....	206
5.5.2 Risultati qualitativi: il terapeutico percepito dagli utenti.....	213
5.5.3 Integrazione dei due metodi.....	219
5.5.4 Confronto con la letteratura.....	223
5.5.5 Limiti e prospettive.....	225
Capitolo 6. Conclusioni.....	230
Appendice 1. Metodi e risultati dei laboratori della fase 1: co-design di ricerca.....	235
Appendice 2. Questionari a risposta chiusa definitivi + Etichette sintetiche (Fase 2).....	246
Appendice 3. Batteria di strumenti (Fase 2).....	251
Appendice 4. Tabelle e figure supplementari.....	264
Appendice 5. Commenti finali dei partecipanti al co-design.....	291
BIBLIOGRAFIA.....	299

Lista delle abbreviazioni

Abbreviazione	Forma estesa
ADHD	Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività
AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
AIC	Akaike Information Criterion
asympt.LCL	Limite inferiore asintotico dell'intervallo di confidenza
asympt.UCL	Limite superiore asintotico dell'intervallo di confidenza
BIC	Bayesian Information Criterion
CH	Challenge
CIT	Critical Incident Technique
CLMM	Cumulative Link Mixed Model
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CPS	Centro PsicoSociale
CRF	Case Report Form
CSM	Centro di Salute Mentale
CT	Comunità Terapeutica
DCA	Disturbi del comportamento alimentare
df	Gradi di libertà
DNA	Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione
DS	Deviazione standard
DT	Questionario sui dispositivi terapeutici
EFA	Exploratory Factor Analysis / analisi fattoriale esplorativa
emmean	Estimated marginal mean
FT	Questionario sui fattori terapeutici
GBD	Global Burden of Disease
GrEThA-Q	Group Therapy Assessment Tool
h^2	Comunalità
IC	Intervallo di confidenza
IQR	Interquartile Range / intervallo interquartile

KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
L90/U90	Limite inferiore/superiore dell'intervallo di confidenza al 90%
LCL	Lower Confidence Limit
LRT	Likelihood Ratio Test
MINRES	Minimum Residual
MR	Minimum residual factor
MR1/MR2	Fattori estratti con metodo minimum residual
MRC	Medical Research Council
MRC-NIHR	Medical Research Council–National Institute for Health Research
MSA	Measure of Sampling Adequacy
N	Numerosità complessiva del campione o gruppo
n	Numerosità di un sottogruppo o numero di osservazioni
NA	Dato non disponibile/mancante
NH	Not Helpful
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NIHR	National Institute for Health Research
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
p	Valore p
PE	Patient Engagement
PPI	Patient and Public Involvement
PTD	Perceived Therapeutic Device
PTE	Perceived Therapeutic Experience
PTM	Perceived Therapeutic Mechanism (da verificare)
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder
Q1	Domanda qualitativa n. 1 (Question 1)
Q2	Domanda qualitativa n. 2 (Question 2)
Q3	Domanda qualitativa n. 3 (Question 3)
Q4	Domanda qualitativa n. 4 (Question 4)
RCT	Randomized Controlled Trial / trial clinico randomizzato
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
RMSR	Root Mean Square of Residuals

SD	Standard deviation
SE	Standard error
SerD	Servizio per le Dipendenze
SS	Sum of Squares
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
TC	Therapeutic Community
TFI-8	Therapeutic Factors Inventory-8
TFI-S	Therapeutic Factors Inventory–Short Form
TLI	Tucker-Lewis Index
u ²	Unicità
UCL	Upper Confidence Limit
WHO	World Health Organization
YLD	Years Lived with Disability
Δ AIC	Differenza nell’Akaike Information Criterion
Δ BIC	Differenza nel Bayesian Information Criterion
χ^2	Statistica chi-quadrato

Abstract

La valutazione dei servizi di salute mentale richiede cornici metodologiche capaci di riflettere la natura complessa degli interventi e di integrare la prospettiva delle persone in cura. Questa tesi segue il percorso di co-costruzione e poi di somministrazione di un protocollo di ricerca finalizzato a esplorare, dal punto di vista degli utenti, i fattori terapeutici caratteristici del trattamento residenziale in Comunità Terapeutica (CT) così da produrre evidenze utili alla governance e al miglioramento della qualità nei servizi di salute mentale. Il lavoro si articola in due fasi: una fase di co-design del protocollo e degli strumenti con utenti e professionisti, seguita da uno studio trasversale osservazionale multicentrico condotto presso un campione eterogeneo di CT italiane.

Nella Fase 1 (27 partecipanti, 1 CT), cinque laboratori strutturati hanno consentito di chiarire la rilevanza della domanda di ricerca, indagare l'accettabilità degli strumenti e rifinire lessico e formato. I partecipanti hanno richiesto strumenti brevi e chiari, un equilibrio fra misure standardizzate e spazi di narrazione e al termine dell'esperienza hanno riportato benefici esperienziali legati al riconoscimento del loro ruolo e valore.

Nella Fase 2 (205 partecipanti, 15 CT) è avvenuta la raccolta dei dati sulla base di un disegno misto di ricerca definito sulla base degli esiti della fase 1. L'integrazione di strumenti quantitativi qualitativi ha permesso di indagare sia intensità e distribuzione dei fattori terapeutici sia i significati soggettivi che li sostanziano, legando i dati alla dimensione fenomenologica dell'esperienza e lasciando la possibilità che emergessero elementi non considerati in letteratura.

Il co-design ha documentato la fattibilità di un disegno partecipativo con una popolazione spesso esclusa per complessità clinica. Gli utenti hanno inciso sulla scelta degli strumenti di raccolta

dati, definendone criteri di tollerabilità e rendendoli più aderenti all'esperienza da rilevare. Il coinvolgimento è stato accolto con elevata accettabilità da utenti e servizi.

Lo studio multicentrico ha individuato l'esperienza relazionale, soprattutto con gli operatori, come terapeuticamente centrale. Accanto a questo nucleo, noto in letteratura, la prospettiva degli utenti ha fatto emergere elementi meno consueti: il piacere e il benessere riconosciuti come terapeutici in sé, la centralità di esperienze diadiche e intime in un ambiente per definizione collettivo, l'ambivalenza costitutiva di setting e relazione. I risultati sono trasversali a comunità clinicamente eterogenee

L'integrazione di metodo qualitativo e quantitativo si è rivelata necessaria e non ridondante: il dato quantitativo ha recuperato dispositivi che le narrazioni non nominavano, mentre il qualitativo ha restituito dimensioni che la valutazione quantitativa, più comparativa, tendeva a comprimere.

Sul piano della governance dei servizi, i risultati suggeriscono di integrare stabilmente la prospettiva degli utenti nella valutazione come fonte di conoscenza sul funzionamento della cura.

In prospettiva, le analisi per sottogruppi e in associazione con indicatori organizzativi potranno informare interventi più personalizzati e strategie di miglioramento continuo nei servizi residenziali.

Abstract

The evaluation of mental health services calls for methodological frameworks capable of reflecting the complex nature of interventions and of incorporating the perspective of those receiving care. This thesis traces the co-construction and subsequent administration of a research protocol designed to explore, from the users' standpoint, the therapeutic factors characteristic of residential treatment in Therapeutic Communities (TCs), with the aim of producing evidence relevant to governance and quality improvement in mental health services. The work unfolds in two phases: a co-design phase, in which the protocol and instruments were developed together with users and professionals, followed by a multicentre cross-sectional observational study conducted across a heterogeneous sample of Italian TCs.

In Phase 1 (27 participants, 1 TCs), five structured workshops served to clarify the relevance of the research question, examine the acceptability of the instruments, and refine their wording and format. Participants called for brief and clear instruments and for a balance between standardised measures and space for narrative; at the end of the experience, they reported experiential benefits tied to the recognition of their role and worth.

In Phase 2 (205 participants, 15 TCs), data were collected through a mixed-methods design defined on the basis of the Phase 1 findings. The integration of quantitative and qualitative instruments made it possible to investigate both the intensity and distribution of therapeutic factors and the subjective meanings that underpin them, linking the data to the phenomenological dimension of experience while leaving room for elements not previously considered in the literature.

The co-design phase demonstrated the feasibility of a participatory design with a population often excluded on grounds of clinical complexity. Users shaped the choice of data-collection instruments, setting criteria for their tolerability and making them more attuned to the experience under investigation. Their involvement was met with high acceptability among users and services alike.

The multicentre study identified relational experience, particularly with staff, as therapeutically central. Alongside this core, well established in the literature, the users' perspective brought to light less expected elements: pleasure and well-being recognised as therapeutic in their own right, the centrality of intimate, dyadic experiences within an inherently collective setting, and the constitutive ambivalence of setting and relationship. These findings held across clinically heterogeneous communities.

The integration of qualitative and quantitative methods proved necessary rather than redundant: the quantitative data recovered devices that the narratives left unnamed, while the qualitative data restored dimensions that the more comparative quantitative assessment tended to compress.

With regard to service governance, the findings suggest the stable incorporation of the users' perspective into evaluations as a source of knowledge about how care works.

Looking ahead, analyses by sub-groups and in association with organisational indicators will help inform more personalised interventions and strategies for continuous improvement in residential care services.

PARTE 1 - La valutazione degli interventi complessi in salute mentale e la prospettiva dell'utente

La premessa teorica di questo lavoro procede dal generale al particolare, attraverso tre passaggi. Il primo inquadra la valutazione dei servizi di salute mentale come problema di sanità pubblica: il rilievo epidemiologico ed economico dei disturbi mentali e da uso di sostanze rende centrale non solo quanto si investe in questi servizi, ma secondo quali criteri quell'investimento possa dirsi appropriato, dove l'appropriatezza rinvia alla qualità dell'assistenza prodotta più che al suo contenimento. Valutare tale qualità è però particolarmente impegnativo in salute mentale, dove gli interventi sono tipicamente complessi: agiscono cioè attraverso componenti molteplici e interagenti, fortemente dipendenti dal contesto, i cui effetti sono difficili da isolare e da ricondurre a misure di esito standardizzate. Di qui lo spostamento della domanda valutativa dall'esito al processo, e con esso al contesto in cui la cura si realizza.

Il processo, quindi, chiama in causa chi i servizi li riceve. Riconoscere che gli esiti dipendono anche dall'utente, e non soltanto dalle componenti formali dell'intervento, porta al secondo passaggio, dedicato al coinvolgimento del paziente: ai modelli teorici che lo sostengono, alle sue specificità in ambito psichiatrico e al divario, ampiamente documentato, tra principi dichiarati e pratiche effettive.

Il terzo passaggio restringe infine il campo alle comunità terapeutiche, contesto in cui le due questioni convergono. Le comunità rappresentano infatti un intervento complesso in senso pieno, in cui esito, processo e contesto sono difficilmente separabili, e costituiscono, al tempo stesso, un ambito in cui la prospettiva dell'utente non è soltanto potenziale strumento di valutazione

dell'intervento, ma parte del processo terapeutico stesso. È su questo duplice ruolo che si innesta lo studio empirico che verrà successivamente presentato, dedicato ai fattori percepiti come terapeutici dagli utenti delle comunità.

Capitolo 1. La valutazione dei servizi di salute mentale come problema di sanità pubblica

1.1 Epidemiologia dei disturbi mentali e da uso di sostanze, burden e trend

I disturbi mentali e da uso di sostanze rappresentano una rilevante sfida di sanità pubblica per la loro diffusione e per le conseguenze sanitarie, sociali ed economiche associate. Nel 2019, circa 970 milioni di persone nel mondo presentavano un disturbo mentale, con un incremento del 48,1% rispetto al 1990 (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Anche i disturbi da uso di sostanze contribuiscono significativamente a questo quadro: nel 2021 sono stati stimati globalmente circa 56 milioni di nuovi casi di disturbo da uso di alcol e 14 milioni di disturbi da uso di droghe (An et al., 2024). La pandemia di COVID-19 ha ulteriormente aggravato i bisogni di salute mentale e accresciuto la domanda di assistenza (Moitra et al., 2023). Misurati in termini di anni di vita vissuti con disabilità (Years Lived with Disability, YLD), a seconda delle stime, i disturbi mentali, l'autolesionismo e l'uso di sostanze rappresentano fino al 22,0% del carico complessivo di malattia (Campion & Campion, 2019; Saraceno et al., 2009).

L'impatto dei disturbi mentali e da uso di sostanze si estende ben oltre la loro prevalenza. Queste condizioni rappresentano complessivamente circa il 7% degli anni di vita persi per disabilità o morte prematura e il 19% degli anni vissuti con disabilità a livello globale (Rehm & Shield, 2019). Nel 2022, il loro costo economico globale è stato stimato in circa 5 trilioni di dollari, riconducibili soprattutto alle perdite di produttività, all'assenteismo e all'uscita precoce dal mercato del lavoro (Arias et al., 2022). La rilevanza sanitaria, sociale ed economica di tale burden rende quindi centrale

il tema dell'organizzazione e della programmazione dei servizi di salute mentale. Revisioni sistematiche di valutazioni economiche hanno dimostrato che il 63% degli interventi di salute pubblica valutati per migliorare la salute mentale risultano costo-efficaci (Campion & Campion, 2019), suggerendo che molti interventi siano sia clinicamente efficaci sia economicamente vantaggiosi per la popolazione (Chisholm, 2015; Javaid et al., 2023), mentre la limitata allocazione di risorse nell'ambito della salute mentale, che si osserva specialmente nei paesi a basso e medio reddito, finisce di fatto con l'aumentare i costi sociali e sanitari a lungo termine (Javaid et al., 2023)

1.2 La salute mentale nei sistemi di cura: requisiti di qualità

Nominare i costi porta ad una domanda diversa e meno ovvia: non quanto si spende, ma secondo quali criteri quella spesa possa dirsi ben impiegata. Il burden economico dei disturbi mentali infatti non è di per sé un argomento a favore del contenimento della spesa, semmai lo è a favore di un suo impiego appropriato (Porter, 2010), e la valutazione dell'appropriatezza chiama in causa la qualità dei servizi.

In accordo con i principi indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, 2018), un'assistenza di qualità dovrebbe anzitutto soddisfare tre requisiti:

- essere efficace, fondando prestazioni e servizi su evidenze scientifiche;
- essere sicura, evitando danni alle persone cui l'assistenza è destinata;
- essere centrata sulle persone, capace cioè di rispondere alle preferenze, alle esigenze e ai valori individuali.

Questi tre requisiti, però, fissano una soglia minima più che una garanzia: dicono cosa un servizio non debba mancare di fare, non bastano a far sì che l'assistenza produca benefici reali.

Perché ciò accada vanno considerati anche altri criteri. Ad esempio un servizio dovrebbe essere tempestivo, erogare cioè le cure senza attese inutili né ritardi potenzialmente dannosi, e questo vale tanto per chi le riceve quanto per chi le presta. Dovrebbe essere equo, offrire la stessa qualità a prescindere da età, sesso e genere, appartenenza etnica o religiosa, luogo di residenza, condizione socioeconomica, lingua o orientamento politico. Dovrebbe essere integrato, ovvero rendere disponibile lungo tutto l'arco della vita l'intera gamma dei servizi necessari, il che presuppone il coordinamento fra professionisti diversi ai diversi livelli di assistenza. E dovrebbe infine essere efficiente, quindi massimizzare i benefici possibili evitando ogni forma di spreco - chiudendo così il cerchio con la questione dei costi da cui si era partiti.

Nell'ambito della salute mentale, molti di questi aspetti presentano specifiche criticità. L'accessibilità stessa ai servizi è fortemente ostacolata dallo stigma legato alla salute mentale, dalla difficoltà dei pazienti di riconoscere la gravità delle loro condizioni e dalla percezione che i trattamenti non siano efficaci (Viana et al., 2025) e dalle significative disparità nell'accesso per popolazioni rurali, gruppi etnici minoritari e fasce socio-economiche svantaggiate, che predispongono ad outcomes peggiori proprio i gruppi più vulnerabili (Ashcroft et al., 2021; Perry et al., 2022). In termini di efficacia, gli outcome clinici tradizionali basati esclusivamente su misure sintomatologiche possono non catturare dimensioni rilevanti come il funzionamento sociale, la qualità di vita e il recovery personale che richiedono framework valutativi più complessi che prevedano l'integrazione di diverse prospettive e dimensioni di outcome (Moghimi et al., 2023). La continuità delle cure sembra essere un aspetto particolarmente importante nel migliorare gli outcome dei disturbi mentali gravi, così come l'integrazione delle cure soprattutto in termini di ricadute sulla salute fisica dei pazienti. (Engström et al., 2023; Rodgers et al., 2018). Nell'ambito della salute

mentale, infine, la personalizzazione delle cure e il riconoscimento della centralità della persona ha un valore aggiuntivo specifico, data la storia di isolamento, discriminazione, coercizione e abuso che ha interessato le persone con disturbi mentali fino ad oggi, tanto da essere al centro di un intero programma di formazione promosso dall'OMS denominato "Quality Rights Initiative" finalizzato al cambiamento della mentalità di tutte le parti interessate nella direzione di una promozione dei diritti umani delle persone con disturbi mentali o condizioni di disabilità psicosociale, intellettuale o cognitiva (Funk & Bold, 2020).

1.3 Gli interventi complessi in salute mentale: sfide metodologiche e valutative

Gli interventi in salute mentale presentano specifiche sfide nella programmazione, implementazione e valutazione in quanto sono tipicamente interventi complessi, ovvero caratterizzati da componenti multiple, forte dipendenza dal contesto e interazioni tra pazienti, operatori e organizzazioni (Duncan et al., 2018; Skivington et al., 2021; WHO, 2021). Il Medical Research Council National (MRC) e il National Institute for Health Research (NIHR) (Skivington et al., 2021) nello specifico definiscono un intervento complesso quando:

- ha più componenti che agiscono insieme con interazioni non necessariamente lineari e additive;
- considera molteplici target;
- richiede competenze specifiche e differenti sia per chi lo eroga sia per chi lo riceve;
- interessa più contesti e livelli di intervento (individui, servizi, comunità, policy);
- prevede flessibilità nell'applicazione operativa;

- interagisce con il contesto in modo tale che meccanismi ed effetti siano inestricabilmente dipendenti anche dalle condizioni locali.

Proprio per questi motivi però la determinazione di relazioni causali negli interventi complessi presenta sfide metodologiche significative che vanno oltre quelle degli studi di efficacia tradizionali.

Alcuni studi sottolineano ad esempio come i trial clinici randomizzati (RCT), *gold standard* della ricerca di efficacia, al di fuori dell'ambito farmacologico possano perdere potere discriminativo, rischiando di presentare effetti “medi” che mascherano un'eterogeneità sostanziale. Per rispondere a queste limitazioni, Duncan e coll. (2018) propongono di adottare logiche di “*realist evaluation*” che abbiano come oggetto di indagine i meccanismi alla base degli esiti negli specifici contesti. Si tratta insomma, come propone il framework MRC-NIHR (Skivington et al., 2021), di spostare il focus dall'indagare se l'intervento funziona al come e in quali condizioni può funzionare, con quali meccanismi e costi, e in che modo contribuisce a cambiare il sistema stesso. Un approccio che, mettendo al centro la valutazione del processo, predilige sistemi di analisi misti e presuppone il coinvolgimento sostanziale di pazienti e stakeholder in tutte le fasi, e che invita finanziatori e policy maker a valorizzare evidenze anche meno “pulite” sul piano sperimentale. Questo riorientamento comporta anche un ampliamento degli indicatori, dagli esiti sintomatici a dimensioni come funzionamento, partecipazione e recovery, indicatori che, però, pongono sfide rilevanti di proprietà psicometriche, interpretabilità e riproducibilità in contesti real-world (Priebe et al., 2012; Slade, 2014).

Un contributo fondamentale alla concettualizzazione della valutazione in sanità, particolarmente utile in questo quadro, è il paradigma di Donabedian (1988), che articola il processo

valutativo in tre dimensioni interconnesse: struttura, processo ed esito. Trascurare il contesto organizzativo e i meccanismi di erogazione, da cui gli esiti di fatto dipendono, espone infatti a inferenze errate e a una lettura impropria degli indicatori. Per questo, nel caso di interventi psicosociali, le linee guida del Medical Research Council raccomandano di affiancare alla valutazione degli esiti una valutazione di processo sistematica, capace di esplicitare implementazione, meccanismi di azione e ruolo del contesto (Craig et al., 2008; Moore et al., 2015). A questa esigenza metodologica, in salute mentale, se ne somma una di ordine normativo: i framework internazionali centrati sulla persona e sui diritti umani richiedono che i processi di cura includano il coinvolgimento significativo degli utenti, la co-progettazione e la riduzione della coercizione, sicché anche gli indicatori di processo ed esito devono riflettere empowerment, esperienza e rispetto dei diritti (WHO, 2021).

Nel complesso, una valutazione robusta in salute mentale dovrebbe quindi includere outcome clinici e di recovery, misure di processo e di implementazione, un'attenzione strutturata al contesto e il coinvolgimento degli utenti, così da garantire validità, utilità e trasferibilità delle evidenze alla pratica clinica.

Capitolo 2. Il coinvolgimento dei pazienti nell'ambito della salute mentale

Se la valutazione degli interventi complessi chiama in causa chi i servizi li riceve, resta da chiarire cosa significhi coinvolgere l'utente e a quali condizioni la sua prospettiva possa dirsi una risorsa conoscitiva e non un adempimento formale. Il capitolo ricostruisce anzitutto i modelli e i livelli del coinvolgimento, dalla consultazione alla co-produzione, ne esamina poi le specificità in salute mentale, dove l'esperienza soggettiva ha statuto particolare, e ne discute infine il valore come informazione valutativa, insieme al divario che tuttora separa il riconoscimento istituzionale dalle pratiche effettive.

2.1 Approcci partecipativi e metodologie di coinvolgimento

2.1.1 PE, PPI e la figura del Paziente Esperto

Sulla scia dei diversi approcci che, nel tempo, hanno progressivamente riconosciuto la crescente centralità del paziente nella progettazione e nell'attuazione degli interventi, sono emersi paradigmi come il *Patient Engagement* (PE), centrato sulla partecipazione del paziente alle decisioni relative alla propria cura (Graffigna et al., 2020), e il *Patient and Public Involvement* (PPI), che designa più nello specifico il coinvolgimento di pazienti e cittadini nella progettazione, conduzione e valutazione della ricerca e dei servizi (Gorbenko et al., 2022). Questo riorientamento, che ridefinisce la storica asimmetria medico-paziente, mira a migliorare sicurezza e qualità dei servizi attraverso il riconoscimento formale del ruolo decisionale dell'utente (WHO, 2016). La loro diffusione nei

contesti sanitari resta tuttavia eterogenea. Vi concorrono, da un lato, barriere organizzative - priorità concorrenti, vincoli di tempo, costi di implementazione - che spingono molte strutture a rinviare o ridurre gli interventi di coinvolgimento strutturale (Herrin et al., 2016). Dall'altro, il fatto che l'idea stessa di un paziente da considerare come "partner alla pari" può incontrare resistenze, legate al timore che il suo contributo poggi unicamente sull'esperienza personale, in assenza degli strumenti critici necessari a inquadrarla.

È una preoccupazione che va presa sul serio nelle sue implicazioni. Ne discende infatti la necessità di una formazione bidirezionale: da un lato i pazienti vanno sostenuti con formazioni su contenuti tecnici relativi a sanità pubblica, patologie, percorsi diagnostico-terapeutici e opzioni di trattamento, dall'altro i professionisti devono sviluppare competenze di co-progettazione, comunicazione e condivisione delle decisioni, poiché valorizzare l'apporto esperienziale senza snaturarlo è a sua volta una pratica che richiede una competenza specifica (McCarron et al., 2019).

È in questa prospettiva che si colloca la figura del Paziente Esperto, introdotta da David Tuckett nel 1985 con l'invito a riconoscere che le cure risultano più efficaci quando i clinici accettano i pazienti come esperti della propria condizione, capaci di contribuire, al pari di altri attori, alla produzione e all'uso di conoscenza. Il paziente esperto è un individuo con esperienza diretta del disturbo che ha sviluppato competenze specifiche per contribuire attivamente alla ricerca, alla formazione e al miglioramento dei servizi, in ruoli che spaziano dalla partecipazione a comitati scientifici alla formazione dei professionisti, fino al supporto tra pari (Veldmeijer et al., 2023). Proprio perché questo contributo nasce dall'incontro tra esperienza vissuta e competenza acquisita, la sua formazione richiede programmi strutturati, insieme a sistemi di supporto continuo e riconoscimento formale che ne sostengano il ruolo (Gorbenko et al., 2022).

2.1.2 Livelli di coinvolgimento: dalla consultazione alla co-produzione

Il coinvolgimento dei pazienti nella valutazione dei servizi sanitari può articolarsi secondo diversi livelli di intensità e responsabilità. La letteratura identifica un continuum che va dalla semplice consultazione fino alla co-produzione, con implicazioni metodologiche e operative distinte per ciascun livello.

1. **Livello di consultazione:** rappresenta la forma più basilare di coinvolgimento, dove i pazienti forniscono input e feedback su interventi o strumenti già definiti dai professionisti. In questo livello, il flusso di informazioni è prevalentemente unidirezionale, con i pazienti che rispondono a domande specifiche ma senza partecipare attivamente al processo decisionale (McNeill et al., 2021). Esempi includono la somministrazione di questionari di soddisfazione o focus group per raccogliere opinioni su servizi esistenti.
2. **Livello di co-decisione:** implica una partnership più equilibrata dove pazienti e professionisti condividono responsabilità nelle scelte relative alla progettazione, implementazione e valutazione degli interventi. Questo livello richiede meccanismi strutturati di dialogo e negoziazione, con particolare attenzione al bilanciamento dei rapporti di potere (Veldmeijer et al., 2023). La *shared decision-making* rappresenta l'applicazione clinica di questo approccio, dove paziente e clinico collaborano nella definizione degli obiettivi terapeutici (Charles et al, 1997).
3. **Livello di co-produzione:** rappresenta il livello più avanzato, dove i pazienti assumono ruoli di co-ricercatori o co-progettisti, partecipando attivamente a tutte le fasi del processo valutativo (Graffigna et al., 2020).

I tre livelli appena descritti non rappresentano gradi di una stessa scala lineare, ma si distinguono per la natura del rapporto tra chi coinvolge e chi è coinvolto, e in particolare per il grado in cui quest'ultimo concorre a definire l'oggetto stesso dell'intervento. È utile soffermarsi sul livello della co-produzione, sia perché è quello entro cui si colloca il presente lavoro, sia perché il termine designa in realtà una famiglia di pratiche piuttosto che un'attività unitaria.

All'interno della cornice della co-produzione, il coinvolgimento può collocarsi in fasi diverse del ciclo di vita del servizio, e proprio sulla fase si fonda una distinzione divenuta convenzionale: si parla di *co-commissioning* quando i destinatari concorrono a stabilire priorità e allocazione delle risorse, di *co-design* quando partecipano alla progettazione del servizio o dei suoi strumenti, di *co-delivery* quando contribuiscono alla sua erogazione, e di *co-assessment* quando prendono parte alla valutazione degli esiti (Nabatchi, Sancino & Sicilia, 2017). La distinzione non è meramente classificatoria: ciascuna fase implica competenze, rapporti di potere e vincoli operativi differenti, e il coinvolgimento in una fase non comporta automaticamente quello nelle altre.

È entro questo quadro che si situa il co-design di ricerca, che in ambito sanitario designa il coinvolgimento significativo degli utenti finali nella fase di pianificazione di uno studio, ossia nell'insieme delle attività che precedono la definizione della domanda di ricerca e del disegno (Slattery, Saeri & Bragge, 2020). La scelta di concentrare il coinvolgimento proprio in questa fase non è arbitraria: è il momento in cui si stabilisce quali domande porre e quali esiti rilevare, e le decisioni prese in questo punto vincolano tutto ciò che segue. È anche, per questa ragione, il punto in cui è più alto il rischio di *research waste* - la produzione di ricerca che affronta interrogativi e misura esiti di scarsa rilevanza per pazienti e clinici (Slattery et al., 2020) - e in cui, di conseguenza, il contributo di chi quella cura la riceve può incidere maggiormente sulla pertinenza di ciò che si andrà

a misurare. D'altra parte la letteratura segnala che il co-design viene impiegato con accezioni eterogenee e raramente valutato in modo rigoroso, e che accanto ai benefici documentati sul processo di ricerca e sugli stessi partecipanti - può comportare tensioni e rischi, dal coinvolgimento puramente formale fino alla compromissione del rigore metodologico (Slattery et al., 2020). È in questa accezione, e con questi limiti, che il termine verrà impiegato nel presente lavoro, in riferimento alla fase di progettazione partecipata degli strumenti descritta nel Capitolo 4.

2.2 Specificità del coinvolgimenti dei pazienti in salute mentale

2.2.1 Il valore aggiunto della voce del paziente in salute mentale

In salute mentale l'esperienza soggettiva del paziente assume un ruolo centrale che va oltre la raccolta di informazioni aggiuntive, divenendo un elemento costitutivo della valutazione e della cura. Questa centralità deriva dalla natura stessa dei disturbi mentali, dove sintomi, funzionamento e qualità di vita sono intrinsecamente legati alla percezione e all'esperienza individuale (Roe et al., 2022). La ricerca evidenzia infatti come preferenze, motivazione e fiducia del paziente incidano sugli esiti terapeutici in misura maggiore rispetto ad altri campi della medicina: l'alleanza terapeutica e l'engagement risultano predittori di esito più potenti di molti fattori clinici tradizionali (Milton et al., 2024), e la motivazione al trattamento e la percezione di efficacia influenzano direttamente l'aderenza e la risposta clinica (Byrne et al., 2006; Krupnick et al., 1994). Da ciò discende anche il valore dell'esperienza soggettiva per la personalizzazione degli interventi, che non può fondarsi sulle sole valutazioni cliniche standard: l'impatto funzionale dei sintomi sulla vita quotidiana, le strategie di coping e le priorità individuali in termini di recovery diventano elementi centrali nella progettazione di interventi efficaci (McIntyre et al., 2022), e gli interventi adattati alle preferenze del paziente

mostrano efficacia superiore rispetto a quelli standardizzati, in particolare nella riabilitazione psicosociale e nel supporto al recovery (Thapa Bajgain et al., 2024).

Al peso clinico dell'esperienza si affianca un valore propriamente conoscitivo: la voce del paziente introduce nella valutazione dimensioni che le sole misure cliniche non colgono, a partire dalla comprensione soggettiva dell'esperienza di malattia e cura, come la percezione della qualità di vita, dell'impatto funzionale dei sintomi e della soddisfazione per i risultati (Roe et al., 2022). Sul piano valutativo questo contributo si traduce in funzioni precise: discriminare la rilevanza clinica degli esiti, portando in evidenza risultati significativi che le misure standard potrebbero trascurare (McIntyre et al., 2022); contestualizzare i dati clinici, restituendo il modo in cui i sintomi incidono sulla vita quotidiana e sulle relazioni (Thapa Bajgain et al., 2024); e far emergere bisogni non riconosciuti o aspetti della cura altrimenti trascurati (Coelho et al., 2022).

Oltre al piano clinico e conoscitivo, il coinvolgimento ha infine un fondamento etico e istituzionale. Sul piano normativo rappresenta un principio di equità e di accountability democratica (Graffigna et al., 2020): numerosi framework internazionali ne richiedono l'inclusione perché servizi e interventi riflettano bisogni reali e rendano conto del proprio operato ai cittadini (Gorbenko et al., 2022; Coelho et al., 2022). Un'esigenza che, in salute mentale, ha radici specifiche: valorizzare la voce di chi ha spesso subito pratiche coercitive o paternalistiche ed è quindi questione di giustizia prima ancora che di utilità clinica (Veldmeijer et al., 2023), assumendo una valenza riparativa che eccede la singola relazione terapeutica, e alimentando un più ampio processo di destigmatizzazione e riconoscimento dei diritti. Questo riconoscimento, del resto, produce a sua volta effetti terapeutici diretti: quando i pazienti percepiscono che la propria esperienza viene accolta e utilizzata per migliorare i servizi, si osservano un rafforzamento dell'agency, un miglioramento dell'autostima e

dell'alleanza terapeutica (Coelho et al., 2022; Milton et al., 2024), tanto più per chi, nei contatti precedenti, ne abbia sperimentato l'invalidazione. Sul piano collettivo, la stessa dinamica trasforma la cultura organizzativa dei servizi in senso più centrato sulla persona e orientato al recovery, con ricadute che vanno oltre le esperienze dei singoli pazienti coinvolti (Khanthavudh et al., 2025).

2.2.2 Sfide metodologiche in salute mentale

Il coinvolgimento dei pazienti in salute mentale presenta caratteristiche specifiche che richiedono approcci metodologici adattati, legati alla dinamiche sociali associate a questi disturbi, alla loro natura e alle particolari esigenze di tutela di questa popolazione.

Una prima barriera infatti è lo stigma, sociale e professionale, che può ridurre la credibilità attribuita ai contributi dei pazienti (Coelho et al., 2022). Vi si risponde formando gli operatori a riconoscere l'esperienza vissuta come forma legittima di expertise: la ricerca sottolinea l'importanza di approcci che non si limitino a raccogliere la voce dei pazienti, ma contrastino attivamente lo stigma attraverso la visibilità e il riconoscimento delle loro competenze (Veldmeijer et al., 2023).

Vi è poi la necessità di tenere conto della vulnerabilità dei pazienti, bilanciando il diritto alla partecipazione con la tutela di chi si trovi in condizioni di particolare fragilità (Hudon et al., 2021). Alcune condizioni possono compromettere, in modo completo o parziale, stabile o transitorio, l'insight o la capacità decisionale, con implicazioni dirette anche sulla capacità di sottoscrivere un consenso informato. I protocolli devono perciò prevedere meccanismi per la valutazione continua di tale capacità, la possibilità di ritiro del consenso in qualsiasi momento e la presenza di figure di supporto quando appropriato (Thapa Bajgain et al., 2024).

Una diretta conseguenza riguarda la variabilità nel tempo della capacità di partecipazione. L'alternarsi di fasi acute e periodi di remissione può incidere sulla capacità di giudizio, sulla motivazione e sulle competenze relazionali necessarie a un coinvolgimento efficace, che richiederebbe costanza e continuità (Hudon et al., 2021). Da qui la necessità di approcci flessibili, che prevedano diverse modalità di partecipazione entro una cornice di continuità garantita dal contesto, capaci di adattarsi alle normali fluttuazioni delle condizioni cliniche (Veldmeijer et al., 2023).

Per questi motivi sono stati identificati diversi adattamenti metodologici necessari per il coinvolgimento efficace in salute mentale:

1. tempi estesi: i processi partecipativi richiedono tempi più lunghi per permettere l'espressione di emozioni e la costruzione di fiducia (Milton et al., 2024);
2. supporto emotivo: è necessario prevedere supporto psicologico durante le attività partecipative, particolarmente quando si affrontano temi sensibili o traumatici (Veldmeijer et al., 2023);
3. comunicazione adattata: l'uso di linguaggio accessibile e modalità di comunicazione alternative (visive, creative) può facilitare la partecipazione di persone con diverse capacità cognitive (Hudon et al., 2021);
4. peer support: l'inclusione di pazienti esperti o peer supporter può facilitare la partecipazione e ridurre l'ansia associata al coinvolgimento (Khanthavudh et al., 2025).

Oltre a richiedere cautele specifiche, queste stesse sfide specifiche comportano criticità metodologiche specifiche: criticità proprie. le stesse fluttuazioni cliniche già richiamate non incidono

solo sulla partecipazione, ma sulla validità e l'affidabilità delle valutazioni patient-reported, che ne risultano sensibili e richiedono accorgimenti metodologici dedicati (Hudon et al., 2021). A ciò si aggiunge un problema di standardizzazione: se per dimensioni circoscritte come la motivazione o l'anedonia esistono strumenti di raccolta consolidati, le dimensioni emergenti pongono di volta in volta sfide di misura nuove, in un campo in cui l'emergere di nuovi costrutti è per sua natura un processo continuo e ricorsivo (McIntyre et al., 2022). Le misure cliniche tradizionali conservano quindi un ruolo complementare essenziale, soprattutto per gli aspetti tecnici che richiedono competenze specialistiche di cui il paziente può non disporre (Kristensen et al., 2022).

2.3 Riconoscimento istituzionale e limiti all'implementazione

2.3.1 Policy e framework normativi

Il riconoscimento del coinvolgimento degli utenti come requisito di qualità è ormai sancito a più livelli istituzionali. Sul piano sovranazionale, il programma QualityRights dell'Organizzazione Mondiale della Sanità lo colloca tra gli indicatori chiave della qualità dei servizi di salute mentale, entro una cornice fondata sui diritti umani che richiede meccanismi strutturati di raccolta e utilizzo del feedback delle persone con esperienza vissuta, in tutte le fasi della pianificazione, dell'implementazione e della valutazione (Khanthavudh et al., 2025). In ambito europeo, le linee guida dell'European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA), adottate anche dall'Unione Europea, prevedono l'inclusione della prospettiva del paziente nella valutazione delle tecnologie sanitarie, con attenzione alla diversità culturale e linguistica e alla tutela dei gruppi più vulnerabili (Coelho et al., 2022); nel Regno Unito, il National Institute for Health and Care

Excellence (NICE) ha elaborato un framework dedicato al patient and public involvement, orientato ad approcci co-produttivi (Kristensen et al., 2022).

In Italia il tema assume una profondità storica particolare. La riforma psichiatrica del 1978, ispirata al lavoro di Franco Basaglia, con la chiusura dei manicomi e la centralità riconosciuta alla persona e ai suoi diritti, ha anticipato sul piano dei principi gran parte di ciò che i framework internazionali avrebbero in seguito codificato: il superamento del paradigma custodialistico e la restituzione di soggettività e parola a chi era stato ridotto a oggetto di cura (Babini, 2009). Questa eredità costituisce un terreno culturalmente favorevole alle metodologie partecipative, senza però che si fosse a lungo tradotta nella diffusione di dispositivi strutturati di coinvolgimento. Solo di recente, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) ha elaborato raccomandazioni specifiche per la partecipazione dei pazienti alla produzione di linee guida cliniche, con metodologie per l'identificazione e la formazione di rappresentanti e criteri di qualità del coinvolgimento (AGENAS, 2023), mentre il Sistema Nazionale Linee Guida prevede la presenza sistematica di rappresentanti dei pazienti nei panel di esperti, riconoscendo formalmente il valore dell'esperienza vissuta nella definizione delle raccomandazioni (Cappelletti, 2018).

2.3.2 Il gap tra principi e implementazione: sfide e opportunità

Nonostante il riconoscimento formale dell'importanza del coinvolgimento dei pazienti, persistono significativi gap tra i principi enunciati nelle policy e la loro implementazione concreta. La ricerca evidenzia diverse barriere sistemiche: resistenza al cambiamento da parte dei professionisti, mancanza di formazione specifica, risorse inadeguate e assenza di incentivi organizzativi per l'adozione di approcci partecipativi (Kristensen et al., 2022). In salute mentale, le

sfide all'implementazione sono amplificate da fattori specifici come lo stigma professionale verso la capacità decisionale dei pazienti, la complessità della gestione delle fluttuazioni sintomatologiche e le preoccupazioni etiche relative al coinvolgimento di popolazioni vulnerabili (Hudon et al., 2021). La ricerca identifica anche sfide metodologiche nella valutazione dell'impatto del coinvolgimento, con difficoltà nella definizione di indicatori appropriati e nella dimostrazione del valore aggiunto degli approcci partecipativi rispetto a metodologie tradizionali (Gorbenko et al., 2022).

Per superare il divario tra principi e pratica, la letteratura suggerisce alcune strategie che possono contribuire a facilitare un reale cambio di paradigma nelle pratiche cliniche e di ricerca:

1. Formazione sistematica dei professionisti nelle metodologie partecipative e nella gestione delle specificità della salute mentale (Veldmeijer et al., 2023).
2. Incentivi organizzativi che riconoscano e premino l'adozione di approcci partecipativi, inclusa l'integrazione di indicatori di coinvolgimento dei pazienti nei sistemi di valutazione della qualità (Kristensen et al., 2022).
3. Sviluppo di strumenti standardizzati per la valutazione dell'impatto del coinvolgimento, che permettano di dimostrare il valore aggiunto degli approcci partecipativi (Graffigna et al., 2020).
4. Investimenti in ricerca per lo sviluppo di metodologie specificamente adattate alle caratteristiche della salute mentale e alla valutazione della loro efficacia (Milton et al., 2024).

Il capitolo ha delineato un riconoscimento ormai ampio, sul piano dei principi e dei mandati normativi, del coinvolgimento dell'utente in salute mentale, a fronte di un'attuazione che resta diseguale e spesso parziale (Kristensen et al., 2022; Gorbenko et al., 2022). Proprio questo scarto

suggerisce di spostare lo sguardo dal piano generale delle policy a contesti in cui la partecipazione dell'utente non sia solo un adempimento da promuovere, ma una componente strutturale del modello di cura. Le comunità terapeutiche, a cui è dedicato il capitolo seguente, rappresentano un caso di questo tipo: un intervento complesso in senso pieno, in cui esiti, processo e contesto sono difficilmente separabili e la valutazione dalla prospettiva dell'utente diventa perciò particolarmente cruciale.

Capitolo 3. Le comunità terapeutiche come caso di intervento complesso

Il presente capitolo introduce la seconda parte della tesi, dedicata allo studio empirico sui fattori terapeutici delle comunità terapeutiche dal punto di vista degli utenti. Presenta anzitutto le comunità terapeutiche come caso di intervento complesso, ricostruendone i modelli, le funzioni e il radicamento nel contesto italiano. Ne esamina poi lo stato della ricerca di esito e di processo e si concentra infine sui fattori terapeutici e sulla prospettiva degli utenti, fino a discutere i limiti che ancora ne ostacolano il coinvolgimento nella ricerca valutativa, e da cui muove lo studio empirico.

3.1 Le comunità terapeutiche

Il trattamento psichiatrico residenziale in Comunità Terapeutica (CT) è una forma strutturata e intensiva di assistenza in salute mentale, progettata per individui con disturbi psichiatrici che comportano una grave compromissione del funzionamento personale e sociale e che necessitano di un livello di cura superiore a quello offerto dai servizi ambulatoriali (Ministero della Salute, 2013). Esso prevede, a seconda del progetto terapeutico riabilitativo personalizzato stabilito per ciascun utente, l'integrazione di interventi farmacologici, psicoterapeutici, riabilitativi, educativi e sociali erogati da un'equipe multidisciplinare nel contesto di un ambiente strutturato che utilizza la vita comunitaria stessa come strumento terapeutico principale. (Besier et al, 2009; Fassino et al., 2004; Girolamo & Bassi, 2004; Leichtman et al., 2001).

Le CT quindi rappresentano un paradigma emblematico di intervento complesso nei servizi di salute mentale, caratterizzato da multidimensionalità, interazione tra componenti diverse e necessità di adattamento al contesto, e un laboratorio ideale per studiare i processi attraverso cui gli interventi complessi producono il cambiamento esplorando la prospettiva degli utenti nella comprensione di tali processi.

3.1.1 Modelli, funzioni e contesto europeo e italiano

Le comunità terapeutiche hanno origini storiche che risalgono agli anni '40 del XX secolo, quando pionieri come Maxwell Jones svilupparono approcci innovativi che riconoscevano il potenziale terapeutico della vita comunitaria (Ferruta et al., 2012). Nel contesto europeo contemporaneo, si sono evoluti diversi modelli di CT che riflettono tradizioni culturali, sistemi sanitari e popolazioni target specifiche. Il modello italiano delle comunità terapeutiche in particolare si è sviluppato in stretta connessione con la riforma psichiatrica degli anni '70 e la chiusura dei manicomi. Fu in particolare l'opera di Franco Basaglia a imporre il superamento della logica manicomiale e segregante a favore di una presa in carico radicata nel territorio e nella comunità, creando le condizioni entro cui le strutture residenziali italiane hanno assunto la loro fisionomia (Babini, 2009). La Legge 180, che recepì questa spinta, fece dell'Italia il primo paese ad abolire per legge l'ospedale psichiatrico, in un processo di deistituzionalizzazione che ha avuto risonanza internazionale ed è tuttora discusso a livello internazionale come riferimento per la riforma dell'assistenza psichiatrica. È in questa cornice che le strutture residenziali italiane hanno assunto la loro fisionomia: non luoghi di contenimento alternativi al manicomio, ma nodi di una rete territoriale orientata alla riabilitazione e al reinserimento. Ancora oggi le CT italiane si caratterizzano per la

stretta integrazione con i Dipartimenti di Salute Mentale e per l'enfasi sulla riabilitazione psicosociale e sul ritorno alla vita comunitaria (Sampogna et al., 2021).

Le comunità terapeutiche comunque non costituiscono una categoria omogenea, e la letteratura le distingue secondo più criteri, non sempre sovrapponibili.

Una prima distinzione attiene al modello teorico-organizzativo. La tradizione anglosassone separa le *democratic therapeutic communities*, di matrice britannica e legate all'opera di Maxwell Jones, in cui la gerarchia è deliberatamente appiattita e le decisioni sono condivise tra residenti e staff, dalle *concept-based* o *hierarchical therapeutic communities*, di origine statunitense e prevalentemente orientate al trattamento delle dipendenze, organizzate per livelli progressivi e sistemi di responsabilità crescente (Pearce & Haigh, 2017; De Leon, 2000). Le prime, più diffuse in ambito psichiatrico, puntano alla maturazione sociale e al cambiamento della personalità. Le seconde sono invece più focalizzate sul cambiamento comportamentale, e in particolare al superamento della condotta di uso di sostanze o dipendenze. La distinzione, netta sul piano storico, tende oggi ad attenuarsi, con la diffusione di modelli "fusione" che integrano elementi di entrambe tradizioni (Pearce & Haigh, 2017).

Un secondo criterio guarda alla popolazione e al mandato clinico, che orientano in misura rilevante l'organizzazione del percorso. Si distinguono così le comunità per disturbi da uso di sostanze, con programmi residenziali a lungo termine (De Leon & Unterrainer, 2020), quelle rivolte alla grave patologia psichiatrica in fase riabilitativa, più integrate nella rete dei servizi (Sampogna et al., 2021). Vi sono inoltre modelli specifici per l'età evolutiva, come i dispositivi francesi

soins-études, che coniugano cura psichiatrica e prosecuzione del percorso scolastico per adolescenti e giovani adulti (Huas et al., 2021).

Un terzo criterio, più rilevante nel contesto italiano e di natura normativo-organizzativa, ordina le strutture per intensità terapeutico-riabilitativa e assistenziale. La normativa nazionale distingue le strutture per trattamenti a carattere intensivo (SRP1) ed estensivo (SRP2) da quelle per interventi socio-riabilitativi a più bassa intensità riabilitativa (SRP3), con requisiti differenti quanto a copertura oraria e composizione dell'équipe: dalle strutture a più alta intensità, dove è maggiore il peso delle figure sanitarie, a quelle socio-riabilitative, in cui prevale la componente educativa e assistenziale (Ministero della Salute, 2013). È una classificazione che riflette il grado di compromissione del funzionamento e di autonomia dei pazienti, e colloca le comunità lungo un continuum dalla cura ad alta protezione al supporto orientato al reinserimento.

Le funzioni delle comunità terapeutiche si articolano in generale su multiple dimensioni: da una lato è centrale la stabilizzazione a livello sia clinico e sintomatologico sia educativo, reso possibile dalla molteplicità degli interventi offerti ma anche dall'ambiente residenziale stesso, che offre la stabilità necessaria per obiettivi terapeutici ed educativi complessi (Huas et al., 2021). Questo lavoro è orientato al recupero psicosociale: attraverso routine quotidiane strutturate, formazione al lavoro ed esperienze informali tra pari, le CT facilitano lo sviluppo di competenze sociali e lavorative essenziali per il reinserimento (Manella et al., 2019). Tutto questo è reso possibile anche dal collegamento con servizi territoriali: spesso le CT fungono da ponte tra fase acuta e reinserimento nella società, promuovendo la continuità assistenziale con i servizi invianti anche durante la presa in carico (Sampogna et al., 2021).

3.1.2 Caratteristiche dell'utenza

La popolazione delle comunità terapeutiche europee e italiane presenta caratteristiche eterogenee che riflettono sia la specializzazione dei servizi sia l'evoluzione dei bisogni di salute mentale. Gli studi italiani documentano profili ricorrenti caratterizzati da bassa scolarità, disoccupazione e frequenti comorbidità con disturbi da uso di sostanze (Salvi et al., 2016). Le principali categorie di utenti includono:

- adulti con dipendenze croniche: rappresentano la popolazione tradizionale delle CT orientate alle dipendenze, con programmi residenziali a lungo termine che possono durare da 12 a 24 mesi. L'analisi di follow-up di Simula e Lunesu (2020) evidenzia come questa popolazione presenti spesso storie di multiple ricadute e necessità di interventi intensivi e prolungati;
- pazienti con grave patologia psichiatrica in riabilitazione: include persone con disturbi psicotici, disturbi di personalità e condizioni complesse che richiedono interventi riabilitativi intensivi. Salvi et al. (2016) documentano come questi pazienti beneficino di programmi residenziali che combinano stabilizzazione farmacologica, riabilitazione psicosociale e sviluppo di competenze di vita autonoma;
- adolescenti e giovani adulti: un tipo di popolazione emergente che presenta bisogni specifici di continuità tra cura e educazione, richiedendo una forte integrazione con servizi non solo di area medico-sanitaria ad esempio per permettere il mantenimento del percorso scolastico durante il trattamento psichiatrico (Huas et al., 2021).

3.2 L'efficacia degli interventi residenziali: la ricerca di esito

Le comunità terapeutiche residenziali hanno accumulato evidenze favorevoli su un ventaglio di condizioni cliniche, con gradi di robustezza diseguali. Le evidenze più solide, e in parte quantitative, riguardano i disturbi da uso di sostanze, per i quali la letteratura documenta benefici clinici e psicosociali e una riduzione delle ricadute, pur con incertezze sulla loro persistenza nel tempo (De Leon & Unterrainer, 2020; Suárez-Castro et al., 2023). Nel campo dei disturbi di personalità il quadro è più esplorativo: le evidenze provengono soprattutto da studi qualitativi che documentano cambiamenti nel funzionamento personale e relazionale, di cui alcuni autori segnalano però la fragilità metodologica (Clarke & Waring, 2018; Debaere et al., 2016; Capone et al., 2016). A queste si affiancano evidenze sulla riabilitazione psichiatrica in senso ampio, relative al funzionamento psicosociale e al reinserimento (Parker et al., 2021; Barreto et al., 2024). Nell'insieme, più che la prova circoscritta su un singolo disturbo, ne emerge un quadro di efficacia trasversale a un'utenza clinica eterogenea, solido su alcune condizioni e ancora fragile su altre.

Questo quadro introduce una domanda centrale soprattutto in salute mentale: efficacia rispetto a che cosa? Gli stessi studi, riletti dal lato delle dimensioni che assumono come esito, ne rivelano una gamma sorprendentemente ampia. Da un lato osserviamo gli indicatori clinici più circoscritti e misurabili, come la riduzione del consumo di sostanze, i tassi di recidiva, la stabilizzazione sintomatologica, che restituiscono l'efficacia nei termini classici della remissione (De Leon & Unterrainer, 2020; Suárez-Castro et al., 2023). Ma iniziano a trovare spazio anche indicatori più articolati e complessi: quelli relazionali e affettivi, come la qualità dei legami, la capacità di regolare le emozioni e il funzionamento interpersonale (Clarke & Waring, 2018; Debaere et al., 2016; Capone et al., 2016), e quelli ancora più ampi, come la qualità della vita, il funzionamento

psicosociale e il reinserimento sociale e lavorativo (Parker et al., 2021; Barreto et al., 2024). Si tratta di dimensioni che misurano non necessariamente la scomparsa del disturbo, ma la possibilità di tornare a una vita piena. Lo spostamento però non è neutro: quanto più ci si allontana dall'esito clinico stretto per avvicinarsi agli aspetti soggettivi ed esistenziali dell'esperienza, tanto più il dato si fa qualitativo e meno standardizzato. Quali esiti assumere come misura riflette così una posizione, presa a monte, su che cosa conti come cambiamento terapeutico: una questione che rinvia direttamente al modo in cui le comunità producono i loro effetti, oggetto della ricerca di processo.

3.3 I meccanismi e i fattori terapeutici dell'intervento residenziale: la ricerca di processo

La ricerca di processo ha progressivamente identificato i meccanismi e i fattori che rendono terapeutico l'intervento nelle comunità residenziali, andando oltre la semplice misurazione degli outcome per esplorare come e perché il cambiamento avviene. De Salis e colleghi (2023) hanno condotto una realist review sulle comunità terapeutiche per dipendenze - ovvero una sintesi della letteratura orientata a chiarire non se un intervento funzioni, ma attraverso quali meccanismi e in quali condizioni produca i suoi effetti - identificando tre meccanismi generativi centrali: l'appartenenza (senso di essere parte di un gruppo significativo), il significato (rielaborazione narrativa dell'esperienza e costruzione di nuove identità) e l'autodeterminazione (sviluppo di agency e capacità decisionale). Mutschler e collaboratori (2021) hanno ulteriormente articolato questi meccanismi, mostrando come l'interazione tra contesto comunitario, relazioni tra pari e struttura programmata attivi processi di cambiamento identitario e comportamentale.

Il clima terapeutico e l'ambiente sociale costituiscono altre due dimensioni fondamentali del processo di cambiamento. Clarke e Waring (2018) hanno documentato come i rituali di interazione quotidiana

– quindi pasti condivisi, pause, routine strutturate – trasformino emozioni negative in senso di inclusione e solidarietà, generando un "ritmo comunitario" che sostiene la trasformazione emotiva. Clarke e colleghi (2016) hanno evidenziato che il contesto relazionale, caratterizzato da espressione e contenimento dell'affetto, senso di appartenenza e gerarchie relazionali fluide, determina se l'ambiente facilita o ostacola il cambiamento terapeutico. La qualità del clima sociale, intesa come insieme di norme implicite, aspettative condivise e modalità di gestione dei conflitti, emerge come mediatore cruciale tra struttura organizzativa e outcome individuali.

La partecipazione attiva dei residenti rappresenta un ulteriore meccanismo terapeutico centrale. Doogan e Warren (2017) hanno mostrato che le affermazioni tra pari e la reciprocità promuovono comportamento cooperativo e apprendimento sociale, con i residenti che fungono da agenti terapeutici gli uni per gli altri.

E' possibile organizzare le osservazioni emerse dalla ricerca in una tassonomia dei fattori terapeutici costituita da quattro domini principali:

1. i *fattori relazionali*, che includono l'appartenenza, il supporto tra pari, la solidarietà emotiva e le opportunità di sperimentare relazioni correttive (Clarke & Waring, 2018; De Leon & Unterrainer, 2020);
2. i *fattori strutturali*, che comprendono la durata del trattamento, le regole e i confini chiari, i ruoli formali assegnati ai residenti e le routine quotidiane programmate, elementi che forniscono contenimento e prevedibilità (De Leon & Unterrainer, 2020).;
3. i *fattori processuali*, che si riferiscono ai rituali quotidiani, alle pratiche di feedback tra pari, alle dinamiche di rete sociale e ai meccanismi di influenza reciproca che producono apprendimento sociale (Clarke & Waring, 2018; Doogan & Warren, 2017);

4. i *fattori di significato*, che riguardano la rielaborazione narrativa dell'esperienza, la costruzione di nuove identità, la scoperta di senso e la generazione di speranza per il futuro (De Salis et al., 2023).

Questa tassonomia si radica nei principi organizzativi originariamente formulati da Rapaport (1960): democrazia, comunitarismo, permissività e confronto con la realtà, che continuano a porsi alla base della pratica contemporanea delle comunità terapeutiche (Kennard, 2000; Ferruta et al., 2012).

3.4 Il coinvolgimento degli utenti nella ricerca sulle comunità terapeutiche

Gran parte della ricerca esaminata finora, sia di esito sia di processo, attinge alla prospettiva degli utenti; in quasi tutti i casi, però, essi vi figurano come oggetto di indagine - intervistati, osservati, interpellati - più che come soggetti che partecipano a costruire la conoscenza. Gli interrogativi, le categorie e gli outcome restano definiti dai clinici e dai ricercatori, mentre il ricorso a metodologie genuinamente partecipative come ricerca-azione, co-design, e analisi collaborativa dei dati (vedi Capitolo 2) rimane sporadico.

Dove invece il coinvolgimento assume forma partecipativa, è il coinvolgimento stesso a produrre effetti. Bacha e colleghi (2020), esplorando le esperienze di utenti di servizi di salute mentale coinvolti in progetti di ricerca partecipativa, hanno documentato come la collaborazione paritaria e la co-produzione valorizzino la dignità dei partecipanti e migliorino la qualità delle relazioni terapeutiche: la posizione di co-ricercatore, e non di semplice rispondente, modifica l'esperienza della cura oltre che quella della ricerca. Esperienze analoghe mostrano che il coinvolgimento può spingersi fino alla conduzione stessa della ricerca: nello studio co-prodotto di

Trevillion e colleghi (2022) sui servizi per persone con bisogni emotivi complessi, ricercatori con esperienza vissuta hanno guidato la raccolta e l'analisi dei dati. Nel contesto italiano, alcune esperienze di co-produzione nei servizi di salute mentale comunitari hanno documentato come la partecipazione attiva degli utenti favorisca la ricostruzione identitaria e ridefinisca le asimmetrie di potere insite nella relazione di cura (Pocobello et al., 2024).

Si tratta tuttavia di esperienze che provengono in larga parte dai servizi di salute mentale di comunità, più che dalle comunità terapeutiche residenziali, dove la ricerca partecipativa resta ancora più rara. Anche qui, in altri termini, il riconoscimento dell'utente come co-costruttore di conoscenza fatica a tradursi in pratica. La prospettiva degli utenti continua a essere prevalentemente materiale d'indagine, e solo di rado voce che concorre a definire che cosa, di quell'esperienza, valga la pena indagare: una sotto-rappresentazione che costituisce un limite significativo della ricerca attuale, su cui la sezione conclusiva tornerà più estesamente.

3.5 Il contributo della ricerca in psicoterapia alla ricerca di processo

Se nella ricerca sulle comunità terapeutiche l'indagine della prospettiva di chi è in cura è ancora un campo in larga misura da esplorare, esiste un campo in cui quella stessa interrogazione ha una tradizione lunga e sistematica: la ricerca sulla psicoterapia individuale e di gruppo. Vale la pena attraversarla brevemente, non per assimilare due contesti diversi, ma perché offre un precedente su cosa emerge quando si chiede direttamente al paziente che cosa, della cura, abbia trovato terapeutico, e su quanto questa risposta possa discostarsi da quella del clinico.

Già a partire dagli anni Ottanta lo studio dei *significant events* e degli *helpful aspects of therapy* ha spostato l'interrogazione dal terapeuta al paziente (o cliente, nella tradizione

anglosassone), chiedendo a quest'ultimo di indicare con parole proprie ciò che, nel corso del trattamento, aveva trovato di aiuto (Elliott, 2008). La meta-analisi di Timulak (2007) ha poi ricondotto gli impatti che i clienti riconoscono come utili a un nucleo ricorrente di categorie - tra cui la consapevolezza e l'insight, il sentirsi compresi, il senso di sicurezza e sostegno, l'empowerment - in cui non è difficile riconoscere temi che riemergeranno, con un altro lessico, anche nelle narrazioni raccolte in questo studio. È una convergenza da tenere a mente: la prospettiva dell'utente, là dove è stata interrogata sistematicamente, ha restituito un'immagine della cura organizzata attorno alla relazione e all'esperienza di sé prima ancora che alla tecnica. Generalizzare questo sguardo dal setting psicoterapeutico a quello comunitario - un oggetto più composito, dove ciò che cura non è un intervento circoscritto ma l'intreccio di relazioni, tempi e spazi del vivere quotidiano - sarebbe improprio, ma il dialogo con questa tradizione può comunque offrire un termine di paragone per ciò che gli utenti, anche in comunità, riconoscono come terapeutico.

Una linea analoga ha attraversato la ricerca sulla psicoterapia di gruppo, interrogando direttamente i pazienti e chiedendo loro di ordinare per importanza i fattori terapeutici teorizzati da Yalom. Gli studi che hanno adottato questo disegno restituiscono profili non sempre coincidenti tra loro, sensibili al tipo di gruppo e alla popolazione, ma con alcune costanti: la coesione, l'instillazione della speranza e l'universalità tendono a collocarsi stabilmente in alto nelle valutazioni di chi quei gruppi li frequenta (Restek-Petrović et al., 2014). Un dato rilevante che questi studi hanno fatto emergere è la ricorrente divergenza tra ciò che i pazienti valorizzano e ciò che i clinici presumono conti di più: un disallineamento che, lungi dal segnalare un errore di prospettiva dell'uno o dell'altro, suggerisce che la posizione di chi riceve la cura e quella di chi la eroga illuminino aspetti diversi del

processo. È una ragione in più per non dare per scontato che il punto di vista dell'utente coincida con quello del curante, e per interrogarlo direttamente.

3.6 Limiti della ricerca attuale e prospettive

La ricerca sulle comunità terapeutiche presenta limiti metodologici e concettuali ricorrenti che compromettono la comparabilità dei risultati e la capacità di trarre conclusioni robuste sull'efficacia e sui meccanismi di cambiamento. Un primo limite riguarda l'eterogeneità dei modelli di comunità terapeutica e la disomogeneità degli outcome misurati. Perryman e Dingle (2015) hanno condotto una revisione sistematica delle metodologie utilizzate nella ricerca sulle comunità terapeutiche per dipendenze pubblicata tra il 2000 e il 2013, documentando ampia eterogeneità nei disegni di ricerca, nelle misure di outcome e nella qualità metodologica, con uso limitato di gruppi di confronto e problemi di rappresentatività dei campioni. Cutcliffe e colleghi (2016) hanno discusso l'eterogeneità delle pratiche nelle comunità terapeutiche, evidenziando tensioni tra modelli diversi e lacune nella formazione del personale, con implicazioni per la ricerca comparativa e la generalizzabilità dei risultati. Suárez-Castro e collaboratori (2023) hanno rilevato nella loro revisione sistematica la predominanza di studi osservazionali, l'esistenza di un solo trial randomizzato controllato e incertezza sulla persistenza a lungo termine degli effetti, imputando ciò all'eterogeneità metodologica e ai limitati disegni longitudinali robusti.

Gli alti tassi di dropout e le frequenti perdite di partecipanti nei follow up (*attrition bias*) costituiscono un secondo limite strutturale. King e colleghi (2016) hanno misurato gli outcome per utenti di una comunità terapeutica, mostrando miglioramenti clinici ma segnalando abbandoni selettivi, e caratteristiche comuni tra partecipanti che rispondono più spesso ai follow-up, limitando l'interpretabilità degli outcome. Barreto e collaboratori (2024) hanno evidenziato che la variabilità

nell'esposizione agli interventi e la durata del trattamento sono centrali per gli outcome sociali, ma hanno sottolineato problemi di monitoraggio sistematico e la difficoltà di confrontare comunità terapeutiche diverse, con il dropout che introduce bias significativi nelle stime di efficacia.

Un terzo limite riguarda la scarsità di strumenti specifici e culturalmente adattati per il setting residenziale, particolarmente nel contesto italiano. Perryman e Dingle (2015) hanno sottolineato l'uso limitato di misure validate e la necessità di sviluppare strumenti sensibili ai cambiamenti specifici che avvengono nelle comunità terapeutiche, piuttosto che affidarsi esclusivamente a misure cliniche generiche. Questa lacuna è particolarmente rilevante per la valutazione di dimensioni processuali quali il clima terapeutico, la qualità delle relazioni tra pari e i meccanismi di apprendimento sociale, che richiedono strumenti specificamente progettati per il contesto comunitario.

Un quarto limite riguarda il coinvolgimento riduttivo degli utenti. Anche dove la partecipazione è formalmente prevista, essa rischia di tradursi in quello che è stato definito “*tokenismo*”: un coinvolgimento solo apparente, in cui agli utenti si dà voce per legittimare decisioni già prese, senza che la loro prospettiva incida realmente sul processo (Arnstein, 1969). Cutcliffe e collaboratori (2016) ricollegano questo atteggiamento allo scetticismo di parte dei ricercatori verso il punto di vista degli utenti, specie quando non collima con le aspettative dei professionisti, e alla conseguente resistenza a cedere quote di controllo e di potere sulla ricerca. Ne deriva che i pazienti continuano a essere trattati prevalentemente come fonte di dati, e solo di rado come partner nella definizione delle domande e nell'analisi dei risultati, con scarso ricorso a metodologie partecipative quali la ricerca-azione, il co-design e l'analisi collaborativa dei dati.

Questi limiti convergono nel delineare un'agenda di ricerca futura che richiede approcci metodologici più rigorosi e inclusivi. È necessario standardizzare una serie di outcome che permettano comparazioni tra studi, implementare strategie per preservare la qualità degli studi i

follow-up e includere analisi che considerino il bias da dropout, sviluppare e validare strumenti culturalmente adattati per il contesto italiano, integrare metodologie partecipative che coinvolgano gli utenti come co-ricercatori, e implementare disegni che testino esplicitamente mediatori e moderatori legati all'outcome. In particolare, la prospettiva degli utenti, attualmente sotto-rappresentata, offre un potenziale non ancora pienamente realizzato per comprendere i meccanismi di cambiamento e identificare le dimensioni dell'esperienza residenziale che sono più significative per chi vive il percorso terapeutico.

PARTE 2 - Studio multicentrico in co-design “I fattori terapeutici del trattamento in comunità secondo la prospettiva dei pazienti”

Il progetto di ricerca “I Fattori Terapeutici del trattamento in Comunità secondo la prospettiva dei pazienti” si propone di descrivere e analizzare i fattori terapeutici percepiti dagli utenti residenti nelle comunità terapeutiche italiane. Due assunti ne orientano l’impianto metodologico: che i fattori terapeutici delle comunità non si lascino cogliere dai soli indicatori di esito, ma richiedano l'analisi del processo esperienziale vissuto da chi le abita (De Leon, 2000; Ferruta et al., 2012); e che, se ciò che conta è la prospettiva dell'utente, l'utente debba partecipare anche alla costruzione degli strumenti con cui quella prospettiva viene rilevata: la ricerca *sul* paziente deve diventare ricerca *con* il paziente (Greenhalgh et al., 2019).

Ne consegue un disegno articolato in due fasi distinte ma interdipendenti. La Fase 1, illustrata nel Capitolo 4, ha avuto funzione preparatoria: attraverso un processo di co-design condotto con utenti e professionisti di una comunità terapeutica, si è giunti alla definizione partecipata del protocollo e degli strumenti di rilevazione. La Fase 2, discussa nel Capitolo 5, ne costituisce il nucleo empirico: uno studio osservazionale trasversale multicentrico a metodi misti, condotto in quindici comunità terapeutiche italiane, volto a identificare e descrivere i fattori terapeutici percepiti dagli utenti.

La relazione tra le due fasi non è quindi soltanto cronologica. Gli esiti della Fase 1 (la formulazione delle domande, le preferenze sugli strumenti e sulle modalità di somministrazione, la

struttura del protocollo) hanno costituito la base su cui è stato elaborato il protocollo definitivo della Fase 2. Il quadro sinottico delle fasi del progetto è riportato in Tabella.

Quadro sinottico delle fasi dello studio

	Fase 1 - Co-design (Capitolo 4)	Fase 2 - Studio multicentrico (Capitolo 5)
Periodo	Novembre 2022	Dicembre 2023 - Ottobre 2025
Setting	CT "Il Porto", Moncalieri (TO)	15 CT aderenti a Mito&Realtà (Italia)
Obiettivo Principale	Definire, con il coinvolgimento diretto degli utenti, il protocollo di ricerca e gli strumenti di rilevazione per la Fase 2	Descrivere e analizzare i fattori terapeutici percepiti dagli utenti nelle CT italiane esplorando specificità per sottogruppi, valutando implicazioni per la programmazione dei servizi
Partecipanti	27 Residenti presso CT “Il Porto”	205 Residenti nelle CT aderenti al progetto
Disegno	Studio qualitativo partecipativo (co-design di ricerca)	Osservazionale trasversale multicentrico, mixed methods
Metodi e Strumenti	Laboratori strutturati su 3 giornate: • giornata 1: laboratorio di formazione (fondamenti di metodologia della ricerca e introduzione ai fattori terapeutici); • giornata 2: laboratori sugli strumenti (domande aperte, questionari a risposta chiusa I, disegno); • giornata 3: laboratori sugli strumenti (questionari a risposta chiusa II, assemblaggio protocollo) e gruppo di confronto finale.	Questionari self-report. Destinati ai coordinatori o responsabili di ciascuna CT: • Anagrafica di Comunità. Destinati agli utenti partecipanti: • Case Report Form • Questionario “Therapeutic Factors Inventory-8” (8 item) • Questionario ad hoc “Fattori Terapeutici” (12 item) • Questionario ad hoc “Dispositivi Terapeutici” (44 item) • 4 domande aperte

Capitolo 4. Studio di co-design su “I Fattori Terapeutici del trattamento in Comunità secondo la prospettiva dei pazienti”

4.1 Introduzione

Nel presente capitolo verrà illustrata la prima fase dello studio, costituita da un'esperienza di co-design di ricerca condotta presso la Comunità Terapeutica "Il Porto Onlus" di Moncalieri (TO), a novembre 2022. Come discusso nel capitolo 2.1.2, il co-design di ricerca è una tecnica di progettazione partecipata che permette di integrare il punto di vista di diversi stakeholder nel processo di indagine e costruzione di nuove conoscenze. Il coinvolgimento dei pazienti o utenti, in particolare, rappresenta un importante strumento a supporto di una governance più partecipata, legittima e orientata ai bisogni reali dei servizi e delle persone coinvolte.

L'esperienza descritta in questo capitolo si è configurata come un laboratorio di attività in cui ricercatori e residenti hanno co-costruito significati, strumenti e priorità di ricerca, mettendo alla prova la possibilità di trasferire i principi del patient engagement nel contesto della salute mentale residenziale. Il progetto di co-design è stato sviluppato in collaborazione con la Società Scientifica "Mito&Realtà - Associazione per le Comunità terapeutiche e residenziali" fondata nel 1996 a Milano. L'associazione, i cui promotori sono professionisti della salute mentale operanti con diversi suoli all'interno di comunità terapeutiche o in collaborazione con esse, e che vede associate diverse strutture psichiatriche residenziali in tutta Italia, si dedica allo studio, alla ricerca e alla raccolta di dati sul funzionamento delle comunità terapeutiche e sulla formazione di tutte le figure che vi lavorano. Il presente lavoro di co-design fa parte di una più ampia ricerca promossa dal Comitato

Scientifico di Mito&Realtà insieme all'Università degli Studi di Milano-Bicocca volta a indagare i fattori terapeutici caratterizzanti il trattamento in comunità terapeutica, tramite la prospettiva degli utenti. La metodologia del co-design è stata adottata nella fase di definizione degli strumenti, al fine di co-costruire un protocollo di ricerca da utilizzare successivamente nella fase di raccolta dati.

4.2 Obiettivi

Il contributo dei pazienti nel co-design di ricerca può riguardare solo alcune fasi del processo o venire messo in atto dal momento della definizione delle priorità di ricerca fino all'analisi, discussione e disseminazione dei risultati (Sacristan et al., 2016). Nel presente progetto si è deciso di circoscrivere il contributo del co-design alla definizione degli strumenti di ricerca, in base alle risorse e ai limiti alla base di questo specifico progetto.

L'obiettivo generale dell'esperienza di co-design è stato quindi quello di costruire, in collaborazione diretta con le persone residenti in comunità terapeutica, un protocollo di ricerca finalizzato a identificare i fattori terapeutici specifici della comunità secondo il punto di vista dei pazienti stessi. Più specificamente, il lavoro di co-design si è posto tre obiettivi interconnessi:

- il primo obiettivo è stato indagare la rilevanza del tema di ricerca secondo i pazienti, destinatari finali dello studio, valutando la loro motivazione e disponibilità a partecipare a una ricerca di questo genere;
- il secondo obiettivo è stato raccogliere il loro punto di vista critico sugli strumenti pre-selezionati dal comitato scientifico e sulle modalità di somministrazione, indagando quali secondo loro potessero essere i più idonei, comprensibili e significativi rispetto all'esperienza di cura in comunità;

- il terzo obiettivo è stato valutare assieme ai residenti l'adeguatezza del protocollo di ricerca nella sua interezza, tanto in termini di significatività clinica e scientifica quanto di fattibilità operativa all'interno del contesto comunitario.

4.3 Campione, reclutamento e criteri di inclusione

Al momento della conduzione dello studio, dall'8 al 22 novembre 2022, la comunità terapeutica "Il Porto" ospitava complessivamente 40 residenti. Di questi, 27 hanno preso parte volontariamente al lavoro di co-design, di cui 16 maschi e 11 femmine, con un'età compresa tra i 21 e i 60 anni. Le diagnosi principali dei partecipanti includevano disturbi da psicosi, disturbi della personalità e disturbo da uso di sostanze. A tutti i partecipanti è stato illustrato e fatto firmare il consenso informato alla ricerca, sottolineando la possibilità di abbandonare liberamente l'attività in qualsiasi momento, in modo che la loro scelta di partecipare fosse consapevole e libera.

I criteri di inclusione stabiliti erano due: essere residenti della comunità al momento dello studio e partecipare per intero al primo incontro di formazione, ritenuto propedeutico alla prosecuzione del percorso. Sebbene infatti i partecipanti fossero stati invitati a partecipare alla totalità dei 3 incontri previsti, solo la partecipazione al primo incontro era vincolante all'inclusione nel progetto.

Nel corso dello svolgimento dei laboratori si è verificato il drop-out di 3 partecipanti.

Per facilitare l'organizzazione logistica del lavoro e minimizzare l'interferenza con le altre attività quotidiane della comunità, i partecipanti sono stati suddivisi dagli operatori della comunità in due gruppi, misti in termini di età, sesso e diagnosi. Il primo gruppo, denominato "Gruppo A", era composto da 16 ospiti e ha partecipato alle attività nella fascia oraria mattutina. Il secondo gruppo,

"Gruppo B", era composto da 11 ospiti e ha partecipato nella fascia pomeridiana. I due gruppi hanno quindi partecipato alle medesime attività, soltanto in orari diversi.

4.4 Strumenti e metodologia

4.4.1 Fase preparatoria: Sviluppo di proposte metodologiche per la discussione partecipativa (febbraio–agosto 2022)

L'avvio del lavoro di co-design è stato preceduto da una fase preparatoria dedicata alla costruzione di una bozza iniziale del protocollo di ricerca. Questa fase aveva l'obiettivo di identificare una prima rosa di metodi e strumenti potenzialmente idonei a indagare i fattori terapeutici dell'intervento comunitario, da sottoporre successivamente alla discussione critica dei residenti.

Questa fase preparatoria è stata condotta da un sottogruppo del comitato scientifico di Mito&Realtà composto da 5 operatori di comunità (psicologi, psicoterapeuti, psichiatri, direttori e responsabili operanti in diverse regioni italiane), affiancati da uno studente universitario di psicologia, di qui in avanti denominato "Gruppo Ricerca M&R". Tra febbraio e agosto 2022, il Gruppo Ricerca M&R ha collaborato allo sviluppo di proposte metodologiche per il protocollo di ricerca, discusse durante riunioni di condivisione mensili.

Il primo passaggio è stata la definizione della domanda di ricerca, che è stata formulata nei seguenti termini: "Quali sono i fattori terapeutici dell'intervento psichiatrico residenziale secondo gli utenti?".

Successivamente, è stata effettuata una ricerca in letteratura per identificare metodi e strumenti utilizzati in ricerche analoghe. I risultati della ricerca in letteratura sono stati discussi nelle

riunioni di gruppo, integrando gli elementi metodologici identificati con la conoscenza contestuale del panorama italiano delle comunità terapeutiche e della popolazione di pazienti propria dei professionisti coinvolti. Come impianto metodologico, è stata proposta l'adozione di un approccio *mixed methods*, che permettesse di integrare strumenti sia quantitativi sia qualitativi. Questa scelta è stata motivata dalla necessità di affrontare la complessità intrinseca degli interventi residenziali (Craig et al., 2008; Moore et al., 2015). Come descritto nel Capitolo 3, gli interventi complessi sono caratterizzati da un elevato numero di componenti interagenti, da una varietà di comportamenti richiesti ai soggetti, e da un alto grado di flessibilità e personalizzazione. Per indagare i diversi fenomeni che caratterizzano questa complessità, i soli strumenti quantitativi - capaci di fornire dati più comparabili e standardizzabili - sono stati ritenuti insufficienti. Allo stesso modo, i soli strumenti qualitativi rischiano di non catturare la dimensione di misura e confronto necessaria per la valutazione. L'integrazione metodologica risponde quindi a un principio di appropriatezza: utilizzare i metodi più idonei per la natura del fenomeno da indagare (Creswell & Plano Clark, 2018). Gli strumenti specifici selezionati sono illustrati nel paragrafo 5.4.2.

Il terzo passaggio ha riguardato la costruzione di strumenti ad hoc, aggiuntivi rispetto a quelli ricavati in letteratura. Durante la fase di revisione della letteratura è infatti emersa la scarsità di strumenti specificamente costruiti per indagare i fattori terapeutici nel contesto dell'intervento residenziale, a fronte di una prevalenza di strumenti validati per la psicoterapia di gruppo (Vanderplasschen et al., 2013; Pearce & Pickard, 2013; Flora, 2022). Questa tendenza appare comprensibile: gli studi disponibili sono spesso orientati alla valutazione degli esiti clinici più che all'analisi dei processi terapeutici e, quando i processi vengono indagati, risulta metodologicamente più agevole circoscrivere l'analisi a specifici dispositivi o setting, come il gruppo, piuttosto che

studiare la comunità terapeutica come intervento complesso nella sua interezza. Il ricorso a strumenti derivati dalla ricerca sui gruppi appare quindi pertinente per alcune dimensioni dell'esperienza comunitaria, ma parziale rispetto alla specificità dell'intervento residenziale.

Sulla base di queste considerazioni, il sottogruppo ha deciso di affiancare agli strumenti già disponibili due questionari costruiti ad hoc: uno orientato ai fattori terapeutici specifici della comunità terapeutica e uno rivolto ai dispositivi concreti della vita comunitaria, descritti in dettaglio nel paragrafo 5.4.2.

L'insieme delle proposte metodologiche emerse da questa fase preparatoria (impianto metodologico e strumenti quantitativi e qualitativi candidati) è stata integralmente sottoposto al feedback critico dei residenti della comunità terapeutica "Il Porto" partecipanti al co-design, i quali avrebbero potuto approvare, modificare, o rifiutare qualunque elemento della bozza proposta, diventando quindi determinanti nella co-costruzione del metodo stesso di ricerca (Staniszewska et al., 2017).

4.4.2 Descrizione degli strumenti proposti

Sono stati quindi selezionati 7 strumenti, qualitativi e quantitativi, proporre e discutere con gli utenti nei laboratori dello studio di co-design. Quella che segue è una descrizione sistematica di ciascuno strumento, accompagnata da una discussione dei relativi vantaggi e limitazioni metodologiche.

Strumenti qualitativi - Le metodologie qualitative permettono di esplorare in profondità esperienze, significati, rappresentazioni e processi, risultando particolarmente utili quando il fenomeno è complesso, poco studiato o difficilmente riducibile a variabili predefinite. Consentono di

raccogliere dati ricchi e contestualizzati, mantenendo maggiore aderenza al linguaggio e al punto di vista dei partecipanti. Il loro limite principale riguarda la minore standardizzazione: i dati richiedono un lavoro interpretativo più articolato, possono essere meno facilmente comparabili e la trasferibilità dei risultati dipende dal contesto e dalla qualità del processo analitico (Patton, 2002).

1. **La domanda aperta.** La domanda aperta costituisce un formato di rilevazione qualitativa nel quale il partecipante è invitato a rispondere liberamente a uno stimolo formulato dai ricercatori, senza dover scegliere tra alternative predefinite. A differenza dei questionari a risposta chiusa, consente di raccogliere contenuti espressi con il linguaggio e la terminologia prodotta spontaneamente del rispondente e permette l'emergere di aspetti non anticipati dal ricercatore. Al tempo stesso, presenta alcune criticità metodologiche: le risposte possono essere molto eterogenee per lunghezza e profondità, possono risentire delle competenze espressive e della disponibilità del partecipante alla scrittura, e richiedono un successivo lavoro interpretativo e di decodifica che, in assenza della possibilità di approfondire o chiarire quanto scritto, può venire ostacolato da risposte troppo sintetiche, ambigue o incomplete (O'Cathain & Thomas, 2004; Reja et al., 2003) .

Nel presente progetto, la domanda aperta è stata proposta come possibile strumento per esplorare in modo diretto quali elementi dell'esperienza comunitaria fossero percepiti dagli utenti come utili o terapeutici, demandando la definizione dell'esatta formulazione al laboratorio di co-design..

2. **L'incidente critico (Critical Incident Technique, CIT).** La tecnica dell'incidente critico (Flanagan, 1954) è una tecnica qualitativa esplorativa che prevede la presenza di una o più domande aperte strutturate a esplorare in modo strutturato che cosa abbia favorito o ostacolato una specifica esperienza o attività. Nell'ambito dei servizi sanitari, può essere utile

per raccogliere informazioni concrete su eventi, comportamenti o situazioni che hanno contribuito alla qualità percepita dell'assistenza, oppure l'hanno compromessa (Flanagan, 1954; Viergever, 2019). L'impiego di tale tecnica risulta particolarmente utile per indagare in profondità costrutti o fattori complessi, facilitando l'espressione delle emozioni e dei significati sottostanti. La CIT permette di identificare eventi e circostanze quotidiane che potrebbero sfuggire a metodi di rilevazione meno strutturati, e promuove la trasformazione di racconti liberi in dati più strutturati e ricchi di significato (FitzGerald et al., 2008). Tuttavia, presenta limitazioni intrinseche perché qualità dei dati dipende dalla capacità del partecipante di ricordare, selezionare e descrivere episodi specifici e di conseguenza, il materiale raccolto può risentire di bias di memoria, selettività del racconto e diversa competenza narrativa dei rispondenti (Butterfield et al., 2005).

3. **Il disegno.** Il disegno può essere utilizzato nella ricerca qualitativa come strumento visuale di elicitazione, cioè come supporto per facilitare l'espressione e la successiva verbalizzazione dell'esperienza del partecipante. In questa prospettiva, il disegno non viene considerato uno strumento clinico o diagnostico, né un materiale da interpretare indipendentemente dal soggetto che lo produce, ma un mezzo per esplorare come le persone rappresentano, organizzano e comunicano alcuni aspetti della propria esperienza (Guillemin, 2004; Pain, 2012). Il principale vantaggio risiede nella possibilità di affiancare al linguaggio verbale un canale espressivo diverso, che può facilitare la riflessione, rendere più accessibili contenuti difficili da formulare immediatamente in parole e offrire un punto di partenza concreto per la discussione. Al tempo stesso, l'uso del disegno presenta limiti metodologici rilevanti. Il significato dell'immagine non è autoevidente e non può essere ricavato in modo diretto dal ricercatore. Per questo motivo, il disegno richiede particolare cautela interpretativa e

dovrebbe essere analizzato insieme alla descrizione o al commento del partecipante, così da ridurre il rischio di attribuzioni arbitrarie o proiettive da parte del ricercatore (Backett-Milburn & McKie, 1999; Pain, 2012).

Strumenti quantitativi. Le metodologie quantitative consentono di misurare fenomeni attraverso variabili definite in modo standardizzato, producendo dati comparabili tra soggetti, gruppi o contesti diversi. Sono particolarmente utili per descrivere distribuzioni, stimare frequenze, valutare associazioni tra variabili e, in alcuni disegni, testare ipotesi. Il loro principale vantaggio è la possibilità di sintetizzare grandi quantità di informazioni in modo sistematico. Tuttavia, possono ridurre la complessità dell'esperienza soggettiva, vincolare le risposte entro categorie prestabilite e non cogliere aspetti inattesi o formulati nel linguaggio dei partecipanti (Creswell, 2014).

4. **Il Group Therapy Assessment Tool (GrEThA-Q).** Si tratta di un questionario composto da 15 item con modalità di risposta dicotomica vero/falso, volto a indagare i fattori terapeutici del gruppo (Giorgi et al., 2006). Lo strumento è stato validato anche in lingua italiana, il che rappresenta un vantaggio in termini di applicabilità. Tuttavia, presenta diverse criticità rilevanti. Non è uno strumento nato specificamente per indagare i fattori terapeutici all'interno della comunità residenziale, ma piuttosto per i fattori derivanti dalla partecipazione al gruppo in generale. Non è mai stato utilizzato all'interno di ricerche sui fattori terapeutici nei trattamenti residenziali e non presenta delle solide proprietà psicometriche. Gli item inoltre non sono esplicitamente riconducibili ai fattori terapeutici che intendono misurare. Infine, la modalità di risposta dicotomica esclude la possibilità di cogliere la gradualità degli aspetti indagati, impedendo la rilevazione di livelli di risposta intermedi.

5. **Il Therapeutic Factors Inventory-8 (TFI-8).** Il TFI-8 (Tasca et al., 2016) è uno strumento breve e validato per la misurazione dei fattori terapeutici percepiti nella psicoterapia di gruppo. Deriva dal Therapeutic Factors Inventory (Lese & MacNair-Semands, 2000), originariamente costruito sui fattori terapeutici di gruppo di Yalom, e dalla sua versione abbreviata a 23 item (*TFI-S*; MacNair-Semands et al., 2010). Lo strumento è costituito da 8 item, ciascuno valutato su scala Likert a 5 punti (1 = "per nulla importante"; 5 = "estremamente importante"). Tale strumento presenta il vantaggio di essere stato utilizzato nella ricerca sui fattori terapeutici di comunità e di essere stato validato in più lingue, inclusa l'italiana (Landi et al., 2021). È di facile e rapida somministrazione. Come limitazione principale, lo strumento mantiene un orientamento al gruppo piuttosto che alla comunità.
6. **Il Questionario ad hoc “Fattori terapeutici” (FT).** Il questionario FT è stato sviluppato appositamente per indagare i fattori terapeutici così come si manifestano nello specifico contesto delle comunità terapeutiche, ampliando e ricontestualizzando anche alcuni costrutti misurati dal TFI-8 alle diverse dimensioni dell'esperienza comunitaria. La costruzione dello strumento è avvenuta attraverso un processo iterativo di confronto e consenso interno al Comitato Scientifico di Mito&Realtà, che riunisce psichiatri, psicoterapeuti, psicologi e direttori di comunità. A partire dalla letteratura sui fattori terapeutici (vedi § 3.3), il gruppo ha individuato per via deduttiva un insieme di dimensioni rilevanti, ne ha discusso e raffinato la formulazione in successive sessioni di lavoro. Durante la costruzione, la chiarezza e la pertinenza degli item sono state sottoposte a una lettura pilota da parte di alcuni utenti di comunità (non inclusi nel presente studio), i cui riscontri su leggibilità e aderenza all'esperienza sono stati integrati nella versione finale dello strumento. Il questionario indaga

dodici dimensioni, specifiche del contesto residenziale e ciascuna dimensione è rilevata su scala Likert a 5 punti. il questionario presenta la significativa limitazione di non essere stato sottoposto a validazione. Il questionario completo è consultabile in Appendice 2.

7. **Il Questionario ad hoc sui dispositivi terapeutici (DT) - Bozza.** Questo strumento è stato pensato per esplorare l'utilità e la rilevanza attribuite dai residenti ai dispositivi concreti che organizzano la vita comunitaria. A differenza dei questionari precedenti, maggiormente orientati ai fattori terapeutici intesi come esperienze o processi con valore psicologico e relazionale, questo questionario si concentra su elementi più direttamente osservabili del contesto residenziale: ambienti, attività, spazi, figure di riferimento, regole, routine e pratiche organizzative.

Il questionario è stato costruito dal Gruppo Ricerca M&R in forma di bozza preliminare. I professionisti coinvolti hanno elaborato un primo inventario di dispositivi a partire dalla propria conoscenza clinica e organizzativa delle comunità terapeutiche italiane, con il preciso intento di sottoporre questa bozza in sede di co-design perché venisse corretta, modificata e soprattutto integrata sulla base dell'esperienza diretta degli utenti del contesto comunitario.

4.4.3 Metodologia

Il progetto di co-design presso "Il Porto" è stato strutturato in tre giornate di lavoro distribuite nell'arco di tre settimane. La prima giornata è stata dedicata alla formazione dei partecipanti, mentre le due giornate successive sono state dedicate a laboratori tematici specifici. Il totale delle ore di lavoro è stato di circa 6 ore per partecipante, suddivise tra formazione e attività laboratoriali.

Prima giornata: formazione (8 novembre 2022). La prima giornata è stata dedicata a una sessione formativa della durata complessiva di 2 ore, pensata per costruire una base comune di linguaggio e di comprensione tra ricercatrici e residenti prima dell'avvio dei laboratori di co-design. L'obiettivo non era fornire una formazione metodologica esaustiva, ma introdurre alcuni concetti essenziali della ricerca scientifica e del disegno partecipativo, così da permettere ai partecipanti di comprendere il senso del lavoro proposto e di contribuire in modo più consapevole alla valutazione degli strumenti (INVOLVE, 2012).

L'incontro è stato strutturato in forma partecipativa, alternando momenti più frontali a domande rivolte al gruppo, esempi concreti e spazi di discussione collettiva. Dopo una fase iniziale di presentazione reciproca e di introduzione al progetto, è stato illustrato il significato del co-design come modalità di lavoro in cui i destinatari finali della ricerca non vengono coinvolti solo come partecipanti, ma anche come interlocutori nella costruzione del metodo. Successivamente sono stati introdotti alcuni elementi di base del metodo scientifico, tra cui la formulazione di una domanda di ricerca, la costruzione di ipotesi, la raccolta e l'analisi dei dati e la produzione di conclusioni.

Una seconda parte dell'incontro è stata dedicata al tema dei fattori terapeutici in comunità. Il concetto è stato introdotto attraverso un confronto aperto con i residenti, invitati a riflettere su quali elementi della vita comunitaria potessero contribuire al percorso di cura. A partire da questa discussione, le ricercatrici hanno proposto una prima concettualizzazione dei fattori terapeutici, distinguendo tra elementi specifici di alcuni interventi o setting e fattori più trasversali ai percorsi di cura. La parte finale della formazione ha introdotto, in forma generale, le principali tipologie di strumenti di ricerca che sarebbero state discusse nei laboratori successivi — domande aperte, questionari, strumenti visuali e forme di discussione di gruppo — soffermandosi sui loro possibili

punti di forza e limiti. In questo modo, la giornata formativa ha avuto una funzione preparatoria rispetto al lavoro successivo di valutazione, modifica e costruzione partecipata del protocollo.

Seconda giornata: Laboratorio Domanda Aperta, Laboratorio Dispositivi e Laboratorio Disegno (15 novembre 2022). La seconda giornata di co-design è stata articolata in tre laboratori, dedicati alla discussione degli strumenti qualitativi e alla co-costruzione del questionario DT (vedi § 5.4.2, punto 7).

Il primo laboratorio, denominato *Domanda Aperta*, è stato suddiviso in due momenti. La prima parte del laboratorio è stata organizzata come brainstorming collettivo, finalizzato a discutere se la domanda di ricerca formulata dai ricercatori fosse chiara e comprensibile anche per persone non precedentemente formate sul tema. La seconda parte è stata invece dedicata alla tecnica dell'incidente critico: ai partecipanti è stata presentata una possibile consegna centrata sulla descrizione di un evento significativo del percorso comunitario, chiedendo loro di valutarne chiarezza, rilevanza e modalità di risposta più adeguata (ad esempio in forma scritta o orale, a mano o al computer, con spazio limitato o più esteso).

Il secondo laboratorio, *Dispositivi*, è stato organizzato con l'obiettivo di contribuire alla costruzione di uno strumento finalizzato a raccogliere e valutare i dispositivi concreti che caratterizzano l'intervento comunitario. In questo caso, il focus non era ancora stabilire quali elementi fossero terapeutici, ma identificare preliminarmente che cosa caratterizzasse la vita in comunità: attività, luoghi, regole, routine, tempi, spazi e pratiche organizzative. Per stimolare la riflessione, i partecipanti sono stati suddivisi in sottogruppi e accompagnati in una visita guidata delle diverse aree della comunità, durante la quale potevano annotare su dei cartoncini forniti loro gli elementi ritenuti caratterizzanti della loro esperienza. Al rientro, i materiali prodotti dai residenti

sono stati integrati con dei cartoncini già preparati contenenti i dispositivi raccolti da Gruppo Ricerca M&R. Le eventuali ripetizioni sono state discusse e gli elementi raccolti sono stati organizzati attraverso una procedura di ordinamento visuale, ispirato al metodo del *Q Sorting* (Moseya et al., 2020; Watts & Stenner, 2012), distinguendo quelli ritenuti più o meno centrali nel caratterizzare l'intervento comunitario.

Il terzo laboratorio, *Disegno*, ha avuto la funzione di esplorare se uno strumento visuale potesse facilitare l'espressione di aspetti dell'esperienza comunitaria. Sapendo che nella comunità "Il Porto" è presente un laboratorio di arteterapia proposto agli utenti e quindi immaginando di avere di fronte delle persone già familiarizzate all'uso di strumenti grafici come mediatori espressivi, un obiettivo centrale del laboratorio è stato quello di coinvolgere gli utenti in una discussione sulle complessità metodologiche e interpretative di questo strumento. A questo scopo, ai partecipanti è stato chiesto di produrre un disegno libero a partire da due tracce tra cui era possibile scegliere: (a) rappresentare il laboratorio di co-design o (b) rappresentare ciò che era piaciuto maggiormente fino a quel momento. La produzione grafica è stata trattata come punto di partenza per discutere collettivamente possibilità e limiti del disegno come strumento di ricerca. La parte finale del laboratorio è stata dedicata alla riflessione sulle possibili tracce da proporre in un futuro questionario e sull'opportunità di accompagnare il disegno con una breve descrizione o domanda integrativa, utile a chiarire il significato attribuito dal partecipante al proprio elaborato.

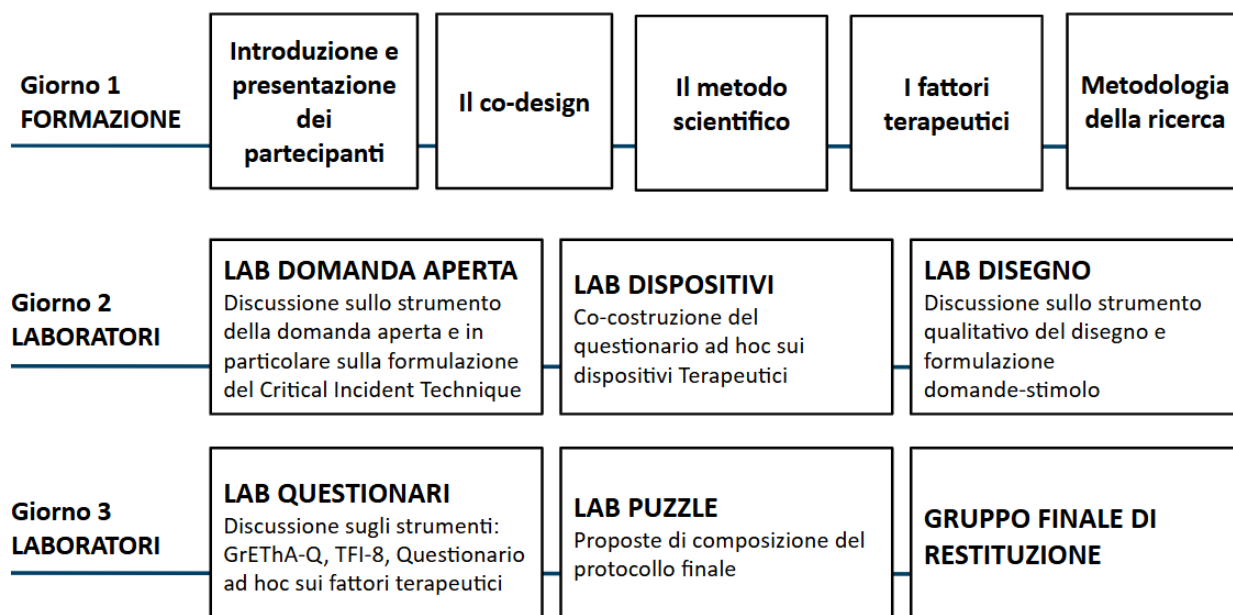
Terza giornata: Laboratorio Questionari, Laboratorio Puzzle e gruppo di restituzione (22 novembre 2022). La terza e ultima giornata ha avuto lo scopo di discutere gli strumenti quantitativi e infine lavorare alla composizione del protocollo di ricerca.

Il primo laboratorio, *Questionari*, è stato dedicato all'analisi dei tre questionari proposti dal gruppo di ricerca: GrEThA-Q, TFI-8 e Questionario FT. Il lavoro è stato avviato con un brainstorming sulle caratteristiche che, secondo i partecipanti, dovrebbe avere un buon questionario. Tali caratteristiche sono state adottate come “assi” in base ai quali leggere, discutere e valutare i diversi questionari, con l'obiettivo di far emergere punti di forza e criticità di ciascuno strumento. La valutazione è stata sostenuta da modalità visuali e materiali cartacei, così da rendere più concreta e accessibile la comparazione tra gli strumenti.

Il secondo laboratorio, denominato *Puzzle*, ha avuto l'obiettivo di assemblare una proposta di protocollo finale a partire da tutti gli strumenti discussi nei laboratori precedenti. I materiali relativi a domande aperte, incidente critico, disegno, questionari e dispositivi della comunità sono stati disposti visivamente su cartoncini, in modo da poter essere selezionati, combinati, spostati o esclusi. Lo scopo era passare dalla riflessione sui singoli strumenti ad una riflessione sulla struttura complessiva del protocollo, considerando non solo la rilevanza dei contenuti, ma anche la sostenibilità della batteria per i futuri partecipanti.

Infine, la giornata si è conclusa con un gruppo di restituzione e confronto, pensato come spazio aperto in cui i partecipanti potessero esprimere impressioni, difficoltà, curiosità e valutazioni sull'intero percorso di co-design. Questo momento conclusivo ha avuto la funzione di chiudere il lavoro laboratoriale, raccogliendo un feedback complessivo sull'esperienza e sul processo partecipativo svolto.

Immagine 4.1 - Rappresentazione schematica della struttura dei laboratori



4.5 Risultati

I risultati dei laboratori sono presentati prevalentemente in forma narrativa, integrando le osservazioni raccolte dai ricercatori durante le attività, le discussioni emerse nei gruppi e, quando disponibili, le rilevazioni quantitative delle preferenze espresse dai partecipanti. Queste ultime (votazioni, alzate di mano, punteggi oppure ordinamenti) sono state utilizzate principalmente come strumenti di facilitazione del confronto e di supporto alla decisione collettiva, più che come misure quantitative standardizzate.

Di conseguenza, i dati numerici raccolti vengono interpretati come indicatori descrittivi delle preferenze emerse nei laboratori, utili a documentare l'orientamento dei gruppi e a sostenere la ricostruzione del processo decisionale, ma non vanno intese come stime generalizzabili né come misure formali di consenso. Tutti i dati quantitativi prodotti durante le attività pertanto sono riportati

in Appendice 1, mentre nel testo principale sono stati mantenuti solo quelli più utili a comprendere gli snodi decisionali e gli esiti del processo di co-design.

4.5.1 Prima giornata: formazione e introduzione ai concetti fondamentali

L'incontro di formazione ha avuto inizio con una presentazione reciproca di tutti i partecipanti, ricercatori e ospiti, disposti in cerchio. È stato chiesto agli ospiti se sapessero il motivo dell'incontro e cosa conoscessero del progetto, rilevando che l'obiettivo degli incontri era stato loro comunicato in forma sommaria, o comunque non era stato generalmente compreso. Il progetto è stato quindi presentato nel dettaglio, illustrandone premesse, obiettivi e anticipando la strutturazione delle 3 giornate.

Nel corso della sessione formativa sul tema della metodologia di ricerca, è stato inizialmente chiesto agli ospiti, da un punto di vista metodologico, quali strumenti avrebbero adottato per conoscere il punto di vista di qualcuno su un determinato argomento. Dalla discussione collettiva sono emersi i principali strumenti di indagine utilizzati in ricerca: la domanda aperta, i questionari e il disegno. Questi strumenti sono stati poi analizzati dal gruppo identificando vantaggi e svantaggi per ciascuno.

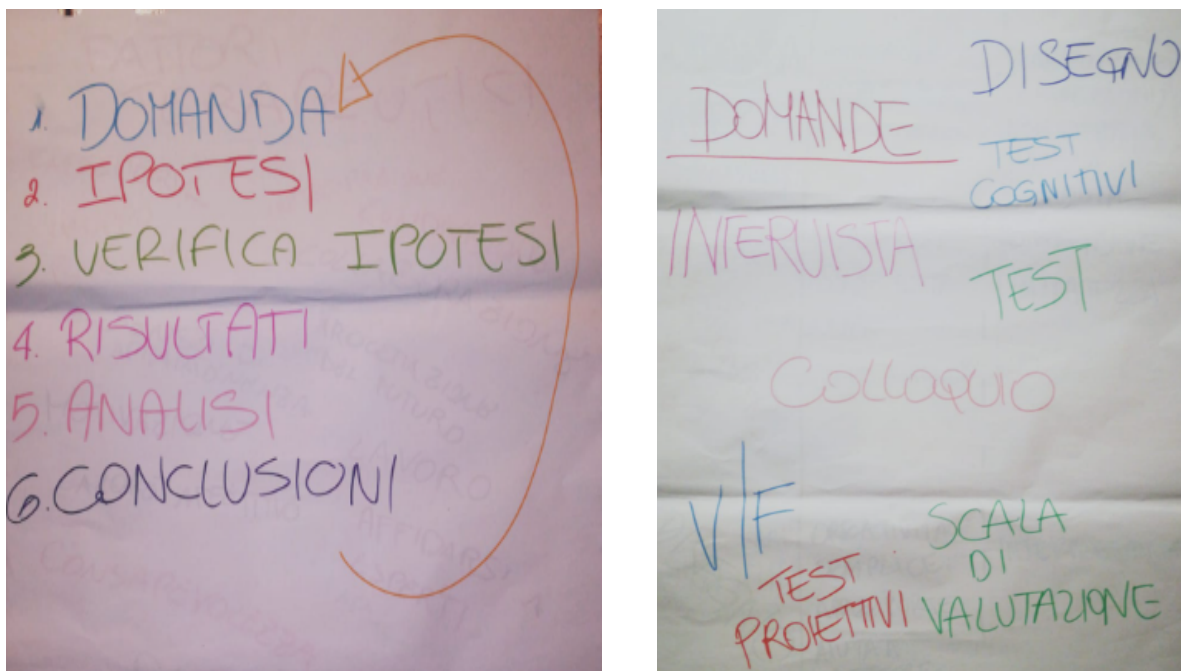
Per quanto riguarda la domanda aperta, analizzata sia nella sua forma orale (intervista) che scritta, gli ospiti hanno individuato tra i vantaggi la possibilità di raccogliere una maggiore ricchezza di dettagli, la libertà di poter descrivere i propri vissuti in maniera autentica, e la possibilità di rispondere in maniera esaustiva alle domande. Tra gli svantaggi, il primo elemento emerso è stata l'inibizione, particolarmente rilevante nel caso di intervista orale, nella quale la presenza diretta di un intervistatore potrebbe limitare la completa espressione dei contenuti o indurre il soggetto a

modificare ciò che vuole comunicare. Per quanto riguarda la domanda aperta in forma scritta, gli ospiti hanno evidenziato un rischio maggiore di lasciare in bianco la risposta rispetto a strumenti con domande chiuse.

Nel passaggio all'analisi dei questionari, gli ospiti hanno esplorato sia la modalità di risposta dicotomica (vero/falso) che su scala Likert (a 5 o 7 punti). Tra i vantaggi di questo strumento è emersa la precisione dei dati che permette di ricavare e che quindi possono essere analizzati statisticamente, la facilità di risposta e la possibilità di confrontare in modo sistematico le risposte tra diversi soggetti. Tra gli svantaggi, è emerso il rischio che gli item siano di difficile comprensione, che non vi sia la possibilità di cogliere sfumature e complessità dell'esperienza, e infine la rigidità nella risposta. Alcuni ospiti hanno fatto riferimento alla "freddezza delle domande", sottolineando la distanza percepita tra la formulazione astratta dei quesiti e la realtà concreta che si propongono di indagare.

Per quanto riguarda il disegno come strumento di ricerca, gli ospiti hanno individuato vantaggi significativi nella possibilità di espressione attraverso il canale non verbale, il quale fornisce la possibilità di esprimere contenuti che non si riesce a comunicare verbalmente. Tra gli altri vantaggi indicati c'è la possibilità di dar spazio alla creatività personale, la facilità di esecuzione e la possibilità di accedere a contenuti che operano al di fuori della consapevolezza immediata. Per quanto riguarda gli svantaggi, è emersa la difficoltà di un'interpretazione obiettiva del disegno, connessa all'ambiguità intrinseca del contenuto disegnato e alla mediazione che la prospettiva del ricercatore esercita sull'interpretazione stessa.

Immagine 4.2 - Fogli di lavoro prodotti durante il giorno di formazione



4.5.2 Seconda giornata: laboratori tematici

Laboratorio "Domanda aperta" e "Incidente critico"

Nel laboratorio dedicato alla domanda aperta, è stato inizialmente chiesto agli ospiti quale fosse per loro una formulazione efficace per indagare i fattori terapeutici di comunità. Il gruppo A ha proposto tre formulazioni:

- "Quali sono, secondo te, i fattori terapeutici della comunità?"
- "Quali sono, secondo te, le potenzialità della comunità?"
- "Secondo te, in quale modo ti sta aiutando la comunità?"

La formulazione "Quali sono, secondo te, i fattori terapeutici della comunità?" è stata ritenuta chiara solo da due ospiti. Diversi partecipanti hanno proposto di sostituire il termine "fattori

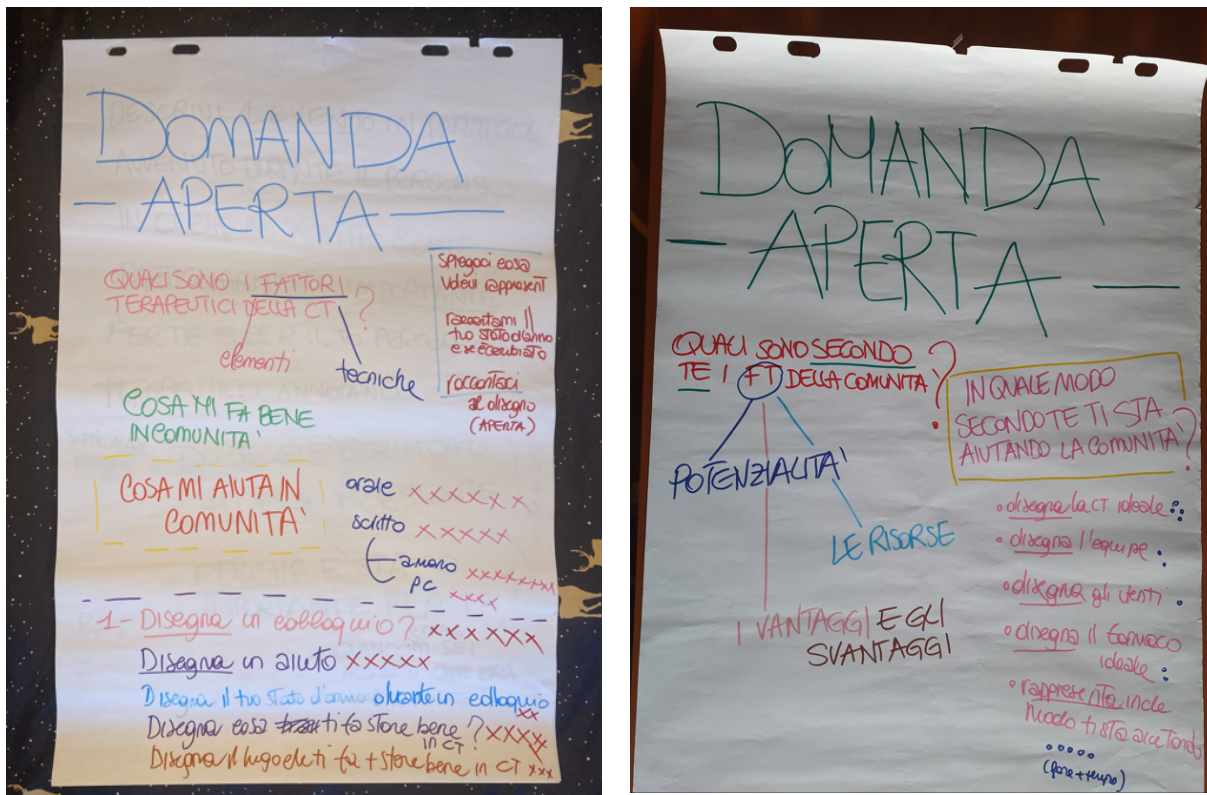
terapeutici" con una terminologia più semplice da comprendere, come "potenzialità", "risorse" o "vantaggi e svantaggi" fino a convergere sulla formulazione più condivisa "Secondo te, in quale modo ti sta aiutando la comunità?", ritenuta di più semplice e intuitiva comprensione, e più specificamente orientata alla funzione di aiuto della comunità.

Il gruppo B ha elaborato quattro formulazioni alternative:

- "Quali sono gli elementi terapeutici della comunità?"
- "Quali sono le tecniche terapeutiche della comunità?"
- "Cosa mi fa bene in comunità?"
- "Cosa mi aiuta di più in comunità?"

Come nel gruppo A, il termine "fattori terapeutici" è stato considerato molto specifico e di difficile comprensione per soggetti che non avevano una formazione pregressa sul tema. Anche in questo gruppo, sono state ideate formulazioni con terminologia più accessibile, come "elementi" o "tecniche", ma queste non hanno riscosso particolare favore. La formulazione favorita dal gruppo B è risultata "Cosa mi aiuta in comunità terapeutica?", rispecchiando la preferenza generale per un linguaggio orientato alla funzione di aiuto piuttosto che alla terminologia tecnica.

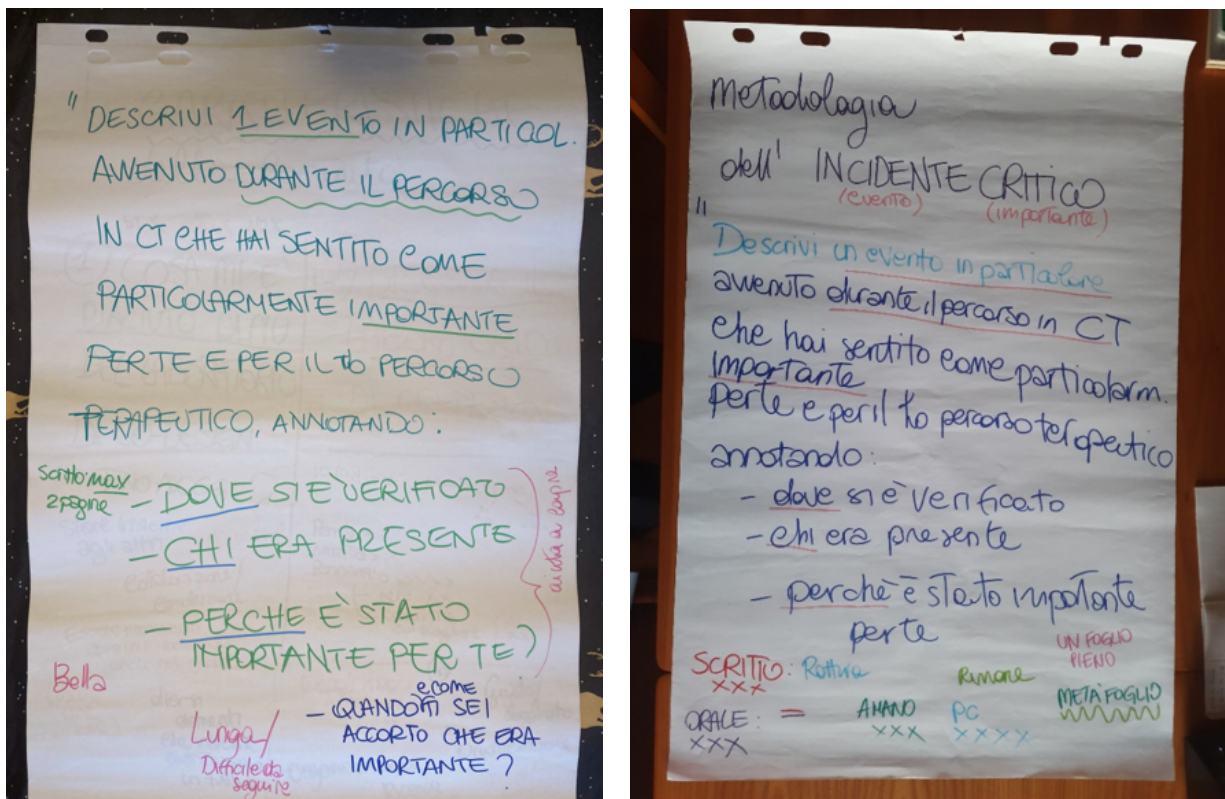
Immagine 4.3 - Fogli di lavoro prodotti durante il laboratorio "Domanda Aperta" nei gruppi di lavoro A e B



Successivamente, è stata discussa la metodologia dell'incidente critico. È stata analizzata la formulazione proposta dai ricercatori: "Descrivi un evento in particolare avvenuto durante il percorso in comunità terapeutica che hai sentito come particolarmente importante per te e il tuo percorso terapeutico, annotando dove si è verificato, chi era presente e perché è stato importante per te". Nel gruppo A, la formulazione ha suscitato pareri contrastanti: alcuni ospiti hanno apprezzato la chiarezza e ritenuto la formulazione necessaria per guidare la risposta; altri, invece, hanno evidenziato l'impegno cognitivo richiesto nel rispondere a una domanda così articolata. Il gruppo B ha accolto in maniera più favorevole l'inserimento della metodologia dell'incidente critico, nonostante alcuni abbiano ritenuto la formulazione eccessivamente lunga e difficile da seguire. La

maggioranza ha comunque reputato l'inserimento esaustivo e alcuni partecipanti hanno proposto la strutturazione di ulteriori sotto-domande per rendere più completa la risposta e permettere una maggiore ricchezza di dettagli, come ad esempio "quando e come ti sei accorto che era importante?".

Immagine 4.4 - Fogli di lavoro prodotti durante il laboratorio "Domanda Aperta", approfondimento sulla Critical Incident Technique. nei gruppi di lavoro A e B



Nella seconda parte del laboratorio è stata discussa la modalità di risposta. Con entrambi i gruppi sono state esaminate la modalità orale e scritta, l'ampiezza dello spazio a disposizione per la risposta, e la scelta tra scrittura a mano o tramite computer. A causa di limitazioni temporali, il gruppo A ha analizzato principalmente la modalità di risposta all'incidente critico, mentre il gruppo B ha analizzato la domanda aperta. In entrambi i gruppi non è emersa una chiara preferenza netta tra modalità orale e scritta. Nel gruppo A sono stati esplorati brevemente vantaggi e svantaggi: secondo i

partecipanti, la modalità orale sarebbe più immediata e meno faticosa rispetto alla scrittura, ma la modalità scritta consente al soggetto di riflettere maggiormente su ciò che vuole esprimere e di non avere pressione nel dover rispondere immediatamente. Nel gruppo B è stato possibile raccogliere queste preferenze quantitativamente: la scrittura a mano ha ricevuto 8 voti a favore, la voce 6, la scrittura al PC 4, e 1 ha espresso indifferenza.

Riguardo lo spazio a disposizione della risposta, sono state proposte varie lunghezze (mezza pagina, una pagina, due pagine). L'alternativa che ha raccolto maggiore consenso è la metà pagina, ritenuta dalla maggioranza sufficiente per rispondere sia alla domanda aperta che all'incidente critico. Per quanto riguarda la modalità di scrittura (a mano o a PC), il gruppo A non ha espresso una chiara preferenza, mentre la maggioranza del gruppo B ha preferito la scrittura a mano.

Laboratorio "Dispositivi"

Il laboratorio dedicato ai dispositivi della comunità è stato organizzato con l'obiettivo di co-costruire un questionario che inquadrasse i dispositivi concreti che la comunità adotta per svolgere la sua azione terapeutica, arricchendo e potenzialmente mettendo anche in discussione la bozza iniziale prodotta dal Gruppo Ricerca M&R che ne aveva preparato una versione preliminare. Agli ospiti è stato chiesto di pensare a cosa caratterizza l'intervento in comunità. Per stimolare la riflessione, ciascun gruppo è stato suddiviso in due sottogruppi, uno diretto verso la "Casa Madre" (l'edificio principale) e l'altro verso le "Scuderie" (una struttura separata), in modo da sollecitare ricordi specifici ed esperienze legate ai diversi luoghi e alle attività che vi si svolgono.

Durante la visita, i partecipanti sono stati muniti di cartoncini e pennarelli per annotare i dispositivi che man mano venivano loro in mente passeggiando e chiacchierando informalmente tra

loro. Rientrati dalla visita, ciascun gruppo ha suddiviso i cartoncini secondo una scala che attraversava tre dimensioni: i dispositivi potevano essere considerati "molto caratterizzanti", "mediamente caratterizzanti" e "poco caratterizzanti" l'intervento della comunità terapeutica. Questo processo ha condotto alla formulazione di questionari specifici per gruppo, contenenti come item tutti gli aspetti risultati altamente caratterizzanti l'intervento in comunità terapeutica.

I dispositivi identificati come "molto caratterizzanti" dai partecipanti includevano elementi quali la personalizzazione della camera, la possibilità di avere uno spazio intimo e personale, l'opportunità di organizzare feste e momenti di socialità con gli altri, attività come il giardinaggio e l'orto, la cucina, la convivenza in spazi appropriati e confortevoli, momenti di condivisione dei pasti, laboratori artistici, contatto con la natura, spazi dedicati allo svago e al relax. Questi risultati evidenziano come gli ospiti abbiano identificato come particolarmente significativi sia gli aspetti strutturali dell'ambiente (ampiezza, estetica, comfort) che le attività relazionali e creative. L'elenco completo degli item selezionati dai partecipanti come "altamente caratterizzanti" dal gruppo A e dal gruppo B è consultabile in Appendice 1.

[illegible]

POCO carati

- ESPERIMENTARE MOMENTI DI DIVERTEMENTO B. GRADO (NARRARE, CACCIA, ...)
- LUGHI PER FACE SPOT
- CUC. JARRE
- VIVERE IN MONDO STAGIO IN UN'ADATTAMENTO COMFORTABILE
- SPAZI APERTI ACCESSIBILI
- LA CONDIVISIONE DELLE PROBLEMATICHES CON GLI ALTRI
- PRESSIONE DI VIVERE E DI UN COLLETTIVO
- 2000-0

MIO

- ESPERIMENTARE MOMENTI DI DIVERTEMENTO B. GRADO (NARRARE, CACCIA, ...)
- AVERE UN RINNOVO INTERIORE NELLE ATTIVITA' DI CARI
- BALA TV MOMENTI DI RELAX
- AVIA CONTRASTO ASSIEME ALLA CROCIATA IL PRODOTTO TEMPORALE
- POTER RIFLETTERE SULLE DINAMICHE RICORRENTI NELL'AMBIENTE DA CUI PROVENGO
- MENSA STARE IN SIEME
- CONFERMARE IL CANTIERE PER IL PRIMO INVIARE
- ACCA' FUTURO DIVERTEMENTO IN UN'ADATTAMENTO COMFORTABILE
- ATTIVITA' DI ESPRESSIONE CORPORA
- VIVERE IN MONDO STAGIO IN UN'ADATTAMENTO COMFORTABILE
- CONDIVISIONE DEI MOMENTI DI SANG

MUCHO carati

- ESSERE SEGUITO/A DAL PUNTO DI VISTA MEDICO-SANITARIO
- POTER STARE LONTANO PER UN PERIODO DEL MIO TEMPO E/O LA MIA FAMIGLIA
- ESSERE SEGUITO/A DAL PUNTO DI VISTA FARMACOLOGICO
- AVERE UN PUNTO DI RIFERIMENTO (WOGG, SIEGRO)
- ACQUARIO DOW AFFERMARE LE DIFFICOLTA'
- CLEAN UP COOPERAZIONE
- PARTICIPARE AD ATTIVITA' EDUCATIVE DI TIPO LAVORATIVO
- GUARDIANITA' CARATTERIZZATA DA ATTIVITA' ORGANIZZATIVE E STRUTTURATIVE

Laboratorio "Disegno"

Nel laboratorio "Disegno", è stato chiesto ai partecipanti di produrre un disegno libero scegliendo tra due tracce proposte:

- Traccia 1: Cosa mi è piaciuto di più del laboratorio di co-design fino ad oggi?
- Traccia 2: Disegna il laboratorio di co-design.

Il tempo a disposizione per completare il disegno era di 10 minuti. Nel gruppo A, la traccia 1 è stata scelta da 5 persone, la traccia 2 da 7, 1 ospite si è astenuto dal compito e 1 ospite ha violato la consegna rispondendo in forma scritta. Nel gruppo B, invece, la traccia 1 è stata scelta da 6 ospiti, la traccia 2 da altri 6, e 2 persone hanno violato la consegna producendo risposte in forma scritta.

In seguito alla raccolta dei disegni, che sono stati mantenuti anonimi, è stato chiesto ai partecipanti che avevano scelto una traccia di interpretare i disegni prodotti da chi aveva scelto l'altra traccia. Per ciascun gruppo di disegni sono state formulate ipotesi interpretative e poi è stato chiesto ai chi avesse prodotto i disegni, collettivamente, il loro grado di accordo con le interpretazioni fornite dagli altri residenti. Nel gruppo A, coloro che avevano scelto la traccia 1 hanno espresso un buon grado di accordo con le interpretazioni ai disegni fornite dagli altri ospiti. Diversamente, coloro che avevano scelto la traccia 2 hanno espresso opinioni diverse, con alcuni che si sono ritrovati nelle interpretazioni e altri meno. Nel gruppo B, chi aveva scelto la traccia 1 ha riferito minore accordo sulle interpretazioni fornite ai propri disegni (una persona si è ritrovata completamente, due parzialmente e una per niente). mentre chi aveva scelto la traccia 2 è stato complessivamente d'accordo sulle interpretazioni formulate dagli altri residenti. Questo processo ha permesso ai co-ricercatori partecipanti di sperimentare in prima persona sia i vissuti legati all'uso di questo

strumento come partecipanti ad una ricerca, sia le complessità interpretative, costruendosi un'idea di alcuni vantaggi e criticità di questo strumento.

Nella fase successiva è stata discussa la tempistica necessaria per la produzione del disegno e gli strumenti con cui realizzarlo. Sia il gruppo A che il gruppo B hanno generalmente stimato che 10 minuti fosse un tempo sufficiente, sebbene nel gruppo B tre ospiti abbiano suggerito un tempo minimo di 20 minuti per permettere una produzione più articolata.

La parte finale del laboratorio è stata dedicata alle possibili formulazioni della consegna per il disegno, che poi sono state sottoposte a votazione. Il gruppo A ha proposto le seguenti formulazioni con i relativi voti:

- Disegna in che modo ti sta aiutando la comunità terapeutica (5 voti)
- Disegna la comunità terapeutica ideale (4 voti)
- Disegna l'equipe (2 voti)
- Disegna il farmaco ideale (2 voti)
- Disegna gli utenti della comunità terapeutica (1 voto)

A causa di limitazioni temporali il gruppo A non ha discusso eventuali domande aggiuntive da integrare al disegno.

Le formulazioni proposte dal gruppo B sono state:

- Disegna il colloquio (6 voti)
- Disegna cosa ti fa stare bene in comunità (5 voti, proposta originale del comitato scientifico)
- Disegna un aiuto (5 voti)
- Disegna il luogo che più ti fa stare bene in comunità (3 voti)

- Disegna il tuo stato d'animo durante il colloquio (2 voti)

Il gruppo B ha inoltre discusso l'opportunità di inserire domande aggiuntive al disegno per facilitarne l'interpretazione. Sono state proposte tre formule alternative:

- "Spiegare cosa si ha voluto disegnare": ritenuta da alcuni una domanda eccessivamente chiusa
- "Raccontare il disegno": ritenuta più aperta e preferita dalla maggior parte del gruppo per le maggiori possibilità di espressione
- "Raccontare il proprio stato d'animo e se il disegno ha smosso qualcosa": domanda proposta per esplorare la componente affettiva.

Una minoranza del gruppo B ha espresso il rischio di rendere eccessivamente pesante il protocollo mediante l'aggiunta di un'ulteriore domanda in seguito al disegno.

Laboratorio "Questionari"

Il laboratorio sui questionari è stato avviato con un brainstorming riguardante le caratteristiche che i partecipanti ritenevano essenziali per un "buon questionario". Le caratteristiche

identificate sono state poi utilizzate come assi di valutazione per analizzare i tre questionari proposti.

Il gruppo A ha individuato i seguenti assi di valutazione:

- Brevità delle domande
- Specificità delle domande
- Brevità del questionario nel suo complesso
- Domande che rispecchiano l'esperienza personale
- Modalità di risposta adeguata alla domanda

Il gruppo B ha identificato assi molto simili:

- Domande in cui riconoscersi
- Chiarezza delle domande
- Brevità delle domande
- Formulazione delle domande
- Formulazione della consegna
- Attinenza rispetto al tema dei fattori terapeutici

La valutazione dei tre questionari (GrEThA-Q, Questionario FT, TFI-8) è stata condotta attraverso una tecnica visuale: per ogni asse di valutazione, i partecipanti hanno colorato un semaforo (rosso = valutazione negativa, giallo = valutazione intermedia, verde = valutazione positiva) per esprimere il loro giudizio.

Risultati per il GrEThA-Q. Nel gruppo A il questionario ha ricevuto valutazioni generalmente positive: tutti i partecipanti hanno ritenuto brevi le domande e aderenti all'esperienza personale, e la maggioranza ha valutato positivamente la specificità degli item, sebbene non in modo

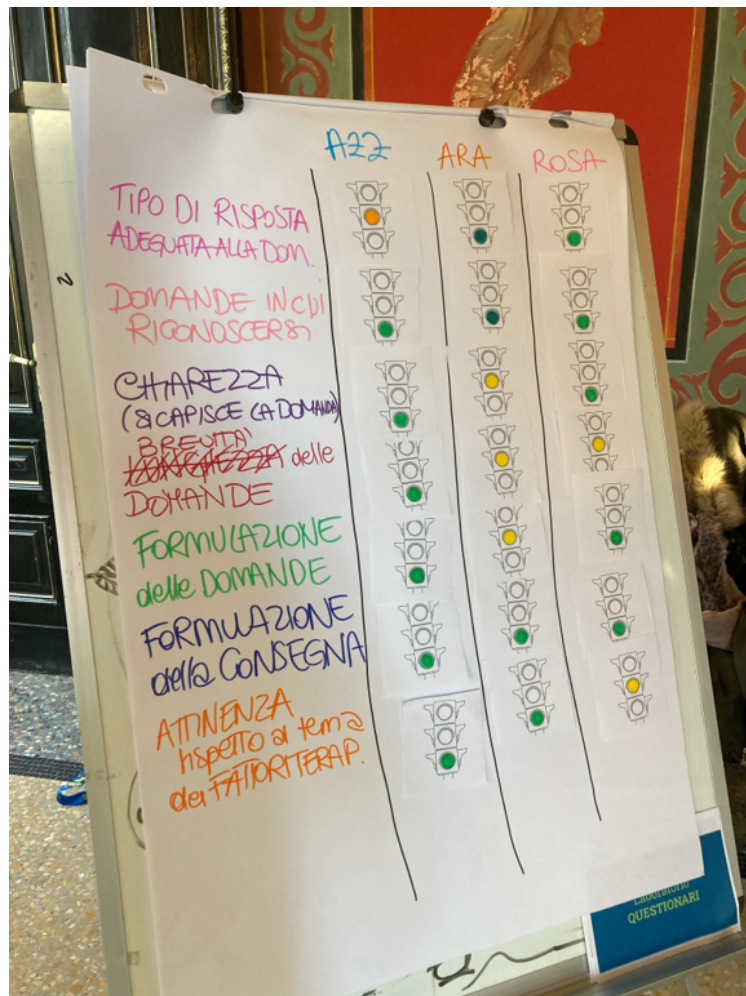
unanime. Una minoranza ha invece giudicato il questionario troppo lungo nel suo complesso. Riguardo alla modalità di risposta (vero/falso), 6 partecipanti l'hanno ritenuta adeguata, 1 intermedia e 2 non adeguata. Nel gruppo B il consenso è risultato ancora più ampio: il questionario è stato unanimemente ritenuto breve, chiaro e riconoscibile nella propria esperienza, con valutazioni positive anche sulla formulazione delle domande e della consegna. Anche in questo gruppo, tuttavia, la modalità di risposta ha raccolto qualche riserva (2 voti positivi, 2 negativi e una maggioranza intermedia), e due partecipanti hanno espresso una valutazione negativa sull'attinenza al tema dei fattori terapeutici.

Risultati per il Questionario FT. Nel gruppo A, questo questionario ha ricevuto valutazioni più complesse. Mentre tutti lo hanno ritenuto specifico e aderente all'esperienza personale, 3 partecipanti lo hanno ritenuto troppo lungo, mentre 3 hanno espresso valutazione intermedia e 1 sola valutazione positiva riguardo la lunghezza complessiva. La modalità di risposta su scala Likert a 7 punti ha ricevuto valutazioni prevalentemente positive (4 valutazioni positive e 3 intermedie). Nel gruppo B, il questionario ha riscosso consenso leggermente maggiore. È stato unanimemente ritenuto specifico e adeguato in termini di esperienza personale. mentre per quanto riguarda la brevità della formulazione, 4 partecipanti lo hanno giudicato positivamente, 2 in modo intermedio, e 3 negativamente. La modalità di risposta è stata valutata positivamente dalla maggioranza (4 voti positivi, 3 intermedi).

Risultati per il TFI-8. Nel gruppo A, il TFI-8 ha ricevuto valutazioni complessivamente positive: tutti hanno ritenuto brevi le domande e chiara la formulazione. Tuttavia, una minoranza (3 ospiti) ha ritenuto il questionario poco specifico e non completamente rappresentativo dell'esperienza personale in comunità. Per quanto riguarda la modalità di risposta su scala Likert, 5 partecipanti

l'hanno valutata positivamente, 2 in modo intermedio, e 1 negativamente. Nel gruppo B, il TFI-8 ha riscosso una valutazione lievemente meno entusiasta del gruppo A in alcuni aspetti. La brevità delle domande è stata ritenuta da alcuni aspetto problematico (nessuno ha votato verde, una maggioranza giallo, 3 rosso), suggerendo che le domande brevi potrebbero risultare poco articolate per catturare complessità importanti. La formulazione complessiva è stata ritenuta più chiara: 5 hanno votato positivamente, 2 in modo intermedio, e 2 negativamente. Per quanto riguarda l'attinenza al tema dei fattori terapeutici, è stato unanimemente ritenuto pertinente, eccetto 1 voto negativo.

Immagine 4.8 - La valutazione dei questionari con la metodologia dei semafori



Laboratorio "Puzzle"

Nel laboratorio "Puzzle", gli strumenti utilizzati nei laboratori precedenti sono stati ripresi, disposti visivamente su cartoncini, e discussi collettivamente al fine di selezionarli e di assemblarli in un protocollo finale di ricerca. Questo momento ha permesso ai partecipanti di visualizzare concretamente il protocollo finale, dando loro la possibilità di manipolare i vari “pezzi”, ed effettuare spostamenti, modifiche o esclusioni.

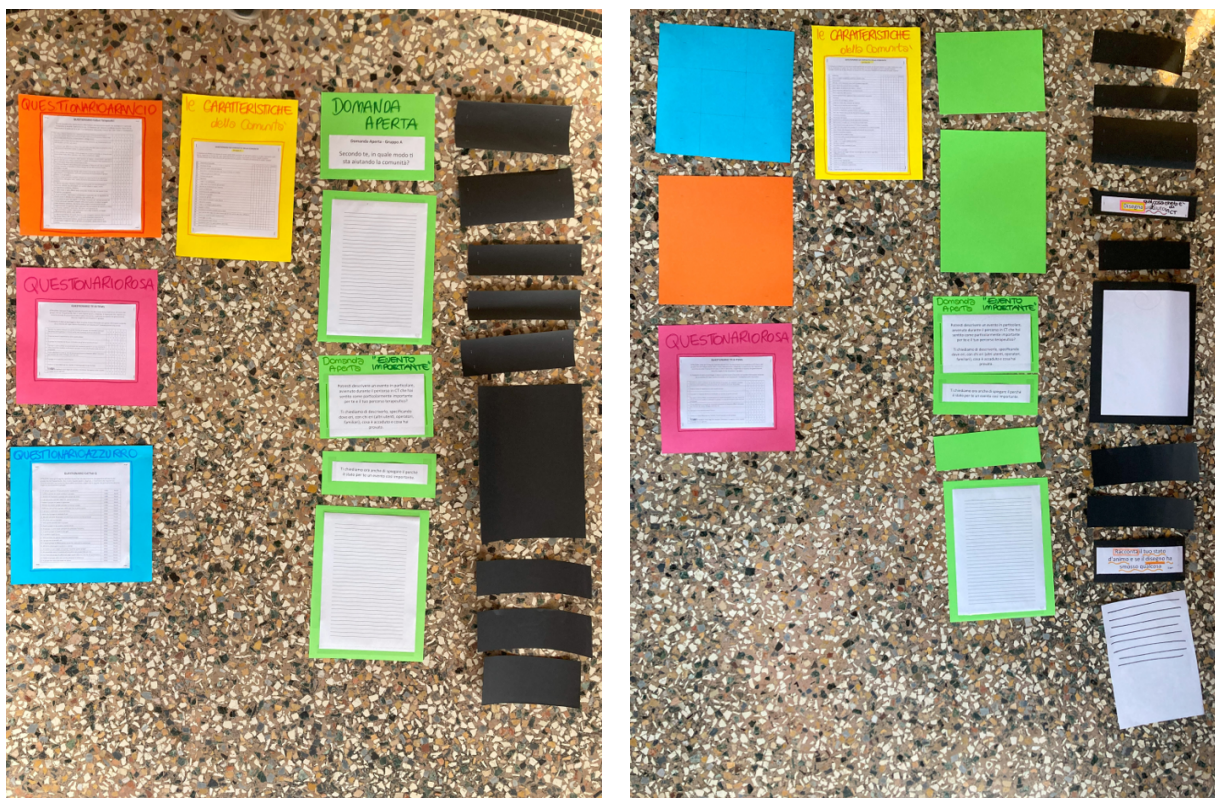
Rispetto ai laboratori precedenti, questo momento ha prodotto risultati meno lineare, sia nel confronto tra gruppo A e gruppo B, sia relativamente all'accordo interno dei gruppi. I partecipanti hanno espresso preferenze eterogenee e, in alcuni passaggi, è risultato complesso mantenere una piena coerenza tra le valutazioni formulate sui singoli strumenti nei momenti precedenti e le proposte di composizione del protocollo nel suo insieme. In particolare, nelle prime proposte emerse in entrambi i gruppi, i partecipanti tendevano a includere un numero molto elevato di strumenti, nonostante nei laboratori precedenti avessero più volte sottolineato il carico, la fatica e l'impegno richiesto dalla compilazione. In altri momenti, al contrario, sono state formulate proposte fortemente orientate verso strumenti qualitativi ed espressivi, come disegno e domande aperte, riducendo il peso degli strumenti quantitativi e lasciando in secondo piano alcune criticità precedentemente riconosciute. Per questo motivo, il laboratorio ha richiesto un ruolo di facilitazione più attivo da parte dei ricercatori, che hanno richiamato progressivamente i criteri emersi nei laboratori precedenti - chiarezza, completezza, sostenibilità, fatica richiesta e coerenza con la domanda di ricerca - oltre ai vincoli di fattibilità del futuro studio multicentrico. Tali interventi, che non avevano la funzione di sostituire la scelta dei partecipanti ma di sostenere il gruppo nel passaggio dalla valutazione dei singoli strumenti alla costruzione di una batteria complessiva coerente e realisticamente

somministrabile, hanno comunque trovato molta resistenza e hanno portato a esiti complessivamente non allineati con quelli dei laboratori precedenti.

In conclusione, il gruppo A ha deciso di escludere lo strumento del disegno, sollecitati dall'opinione molto forte di un singolo partecipante che ne ha sottolineato le difficoltà di interpretazione. La maggiore difficoltà decisionale si è manifestata nella scelta dei questionari a risposta chiusa, che alla fine i partecipanti hanno deciso di includere nella loro totalità (TFI-8, GrEThA-Q, Questionario FT e Questionario DT) nonostante riconoscessero di averne segnalato la complessità. Si è infine deciso di inserire anche la domanda aperta con la formulazione “*Secondo te, in quale modo ti sta aiutando la comunità?*” e l'incidente critico con una domanda di approfondimento “*Ti chiediamo ora di spiegare perché è stato per te un evento così importante*”. I partecipanti hanno infine provato a stimare il tempo necessario per la compilazione del protocollo, indicando durate comprese tra 30 minuti e 1 ora.

Il Gruppo B ha invece deciso di mantenere il disegno, con un importante dibattito sulla formulazione che aveva portato a prendere in considerazione di includere due disegni, convergendo poi sulla sola domanda-stimolo “*disegna qualcosa che ti è d'aiuto in comunità*” seguita dalla domanda di approfondimento “*Racconta il tuo stato d'animo e se il disegno ha smosso qualcosa*”. Come strumenti quantitativi sono stati selezionati il TFI-8 e il Questionario DT, insieme alla sola domanda aperta relativa alla *Critical Incident Technique*, senza domande di approfondimento.

Immagine 4.9 - Laboratorio “Puzzle”: le composizioni finali del protocollo proposti dal gruppo A e dal gruppo B



4.5.4 Il gruppo di confronto finale

Al termine dell'ultima giornata di laboratori è stato condotto un gruppo di confronto finale per raccogliere i vissuti, le impressioni e il feedback complessivo dei partecipanti sul processo di co-design.

Un tema trasversale emerso in entrambi i gruppi è stata la questione della tempistica e dell'impegno complessivo richiesto dal progetto. Nel gruppo A è emerso come tema centrale l'impegno necessario per la partecipazione, con uno dei partecipanti che ha sottolineato: "Secondo me questo genere di incontri, a parte che sono una cosa nuova però possono un po'... stufare... nel senso...

possono risultare un po' pesanti". Un altro ospite ha osservato che l'ultima giornata gli è parsa più faticosa rispetto alle altre, mentre altri hanno riportato di essersi sentiti gradualmente sempre più coinvolti con il procedere degli incontri. In riferimento alle difficoltà specifiche che possono incontrare pazienti psichiatrici nella partecipazione a questo genere di attività, è emerso il tema dell'umore altalenante, spesso caratteristico dei disturbi psichiatrici. Due ospiti hanno affermato: "la presenza fisica è un sacrificio, anche se non è una cosa lavorativa... però alle volte l'umore può essere parecchio oscillante" e "dipende pure da come sto di umore eh... cioè perché è importante che senti l'umore alle stelle insomma... cioè già stare qua porti il tuo peso quindi...". Questi commenti evidenziano come il co-design in contesti di psichiatria residenziale debba considerare attentamente le caratteristiche specifiche di questa popolazione, con bisogni di flessibilità e attenzione al benessere emotivo.

Dal confronto sono emersi anche i risvolti positivi dell'esperienza. Gli ospiti hanno apprezzato significativamente la modalità partecipativa che ha caratterizzato tanto la formazione quanto i laboratori. A tal proposito, un ospite ha commentato: "cioè fosse stata tipo una lezione, stare in classe e un professore ti spiega A, B, C, D... sarebbe stata una rottura cioè... già tu sei stata più coinvolgente". I residenti hanno inoltre rilevato l'applicazione di un approccio notevolmente diverso rispetto a quello loro riservato in passate esperienze con altri professionisti della salute mentale. Un residente ha osservato: "A parte l'esperienza in sé per sé, mi son trovato spesso a parlare con psicologi altri, con... come se ti guardassero dall'alto... l'ho trovato un po' fastidioso. Vedere che qualcuno cerca di capire anche effettivamente l'opinione di chi sta in comunità e non fare solo una domanda... cioè è una cosa che ci sta". Un'altra ospite ha connesso questa osservazione al tema più ampio della stigmatizzazione: "purtroppo alle volte, vengono... una volta per lo meno più frequente, oggi, ora magari in qualche posto capita... che il nostro fascicolo viene archiviato nell'armadio come

psicotico... come aggressivo... o come seduttivo... veniamo un po' etichettati no... e ma tu hai un disturbo bipolare, tu disturbo schizoaffettivo... cioè veniamo un po'... cioè uno magari... quando va ad affrontare un paziente... prima legge la relazione e poi va a... realizzare... a verificare se questa persona veramente è come dicono gli schemi che ci hanno imposto certi...".

Un'altra ospite ha inserito questa esperienza di co-design all'interno di una prospettiva storica più ampia: "secondo me bisogna fare queste ricerche per venire più incontro agli utenti... non è fatto da nessun'altra parte... è molto rara... se ci fossero state queste persone anni fa sicuramente non sarebbero successe tutte le torture che ci sono state nei manicomi". Proseguendo sul tema della restrizione della libertà, un'altra residente ha affermato: "che tu... che tu... tu sei convinto di questo di me... io non la penso come te... cioè non puoi limitare una persona nella sua libertà personale... perché tu pensi che se vai fuori... nel mio caso ti fumi una sigaretta... cioè ma dammi la possibilità di dimostrarti che non è vero". Concludendo questa riflessione, ha aggiunto: "però diciamo che intanto noi siamo qua dentro a curarci, cioè ad affrontare le nostre problematiche... ma lo vedete cosa succede fuori... fuori ci sono dei pazzi... dei pazzi sfegatati che magari infieriscono contro la moglie, ammazzano la figlia... cioè se fuori... noi invece che stiamo qua che ci guardiamo allo specchio e diciamo 'ma io ho dei problemi e questi sono i miei problemi, voi che metodologia usate per aiutarmi a superare il dolore, a superare il problema'". Questi commenti esemplificano i valori che sottendono la prospettiva del patient engagement, evidenziando come i pazienti percepiscano positivamente il riconoscimento del loro sapere e denunciando contemporaneamente lo stigma che esperiscono in relazione alla loro condizione di persone affette da disturbi psichiatrici.

Nel gruppo B l'esperienza è stata descritta come particolarmente innovativa. I partecipanti hanno sottolineato come si trattasse di un'esperienza nuova per loro, che ha suscitato molta curiosità.

Alcuni ospiti avrebbero preferito includere anche gli operatori di comunità nei laboratori, sebbene ai ricercatori fosse stato esplicitamente chiesto di fare un passo indietro proprio per cercare di catturare al meglio il punto di vista esclusivo dei residenti. L'aspetto esperienziale e creativo del progetto è stato particolarmente apprezzato da un ospite che ha affermato: "poter fare cose meno logiche con delle esperienze, abbracciare gli alberi, giocare o [...] fare più laboratori più attivi... noi siamo sia esseri umani che chiedono aiuto sia esseri umani già completi... già validi, degni... il nostro valore umano... solo ci siamo un po' persi... però non ci manca nulla di fatto. Non siamo malati. Il terapeutico... che la parola cura non sia vincolante al concetto di sbagliato, di malato e simili... che sono limitanti, magari sono anche veri ma sono limitanti, molto limitanti".

Alla fine del gruppo di confronto, un partecipante ha consegnato silenziosamente un foglio con un feedback scritto, e un'altra ospite ha offerto di leggere ad alta voce i suoi pensieri formulati per iscritto: "Vorrei partire con la mia riflessione ringraziando in primo, chi mi ha dato la possibilità di fare questa esperienza. Operatori e ricercatori. Grazie. Perché in questi laboratori ho scoperto che anche noi pazienti psichiatrici stigmatizzati dalla gran parte del popolo ignorante, siamo e ci siamo sentiti a mio avviso per la prima volta autori e utili, fornendo il nostro contributo a ciò che di più prezioso abbiamo, la salute. Speciali nella nostra unicità, nella possibilità di portare la nostra testimonianza e l'aiuto per una buona causa: la ricerca. Che permetta a noi tutti di sentirci più liberi, un'esperienza che mi ha dato molto, grazie alla ricerca".

Nella riflessione finale, è stato chiesto ai ricercatori di condividere il loro feedback sull'esperienza. I ricercatori hanno riferito di aver imparato molto dal processo, sentendosi arricchiti sia a livello formativo che umano. Uno dei ricercatori ha affermato: "ho anche avuto modo di parlare con qualcuno di voi e... conoscere qualcuno magari sotto certi aspetti e vedere che... ci sono persone

veramente belle qui... quindi questo mi ha fatto molto piacere". Un altro ha sottolineato: "volevo dire che [...] abbiamo tutti più studiato sui libri che vissuto le esperienze reali delle cose... io personalmente, ad esempio, mi sono occupato un po' dei questionari... ho visto un po' le varie domande dei questionari e venire qui e leggerle, capire se queste domande incontrano un po' la vostra esperienza, capire come queste domande che noi leggiamo da fuori in realtà si traducono nell'esperienza quotidiana di ognuno di voi è stato illuminante". Un terzo ricercatore ha aggiunto: "l'impatto è che siamo tutti appunto delle persone, quindi non... tutti accomunati dal fatto di essere delle persone.. non delle letture su dei libri". In risposta a queste osservazioni, un ospite ha sottolineato enfaticamente: "non (siamo) dei numeri", e un altro ha aggiunto: "Hai visto che non siamo tutti tossici anche se stiamo in comunità?", riferendosi nuovamente al tema dello stigma nei confronti dei pazienti psichiatrici.

4.6 Implicazioni per la realizzazione del protocollo di studio

Al termine del laboratorio di co-design, i membri del Gruppo Ricerca M&R si sono riuniti per definire come integrare operativamente i contributi degli utenti partecipanti al progetto. I dati e le impressioni raccolte dai ricercatori durante i laboratori sono stati discussi e le discordanze in merito alle scelte operative sono state risolte mediante discussione fino al raggiungimento del consenso. Di seguito viene tracciato il percorso che va dai risultati del co-design alle scelte metodologiche adottate per la fase successiva.

Sul disegno come strumento di indagine e sulla formulazione delle domande associate.

L'inclusione del disegno nel protocollo ha rappresentato l'esito più distante dalle intenzioni iniziali del Gruppo Ricerca M&R. Le riserve dei ricercatori, legate ai limiti interpretativi dello strumento, si sono confrontate con la valorizzazione che ne hanno fatto gli utenti in entrambi i gruppi, che lo

hanno descritto come strumento "piacevole" e "facilitante", soprattutto a fronte della fatica che potevano comportare la pagina bianca della domanda aperta o la lunghezza dei questionari. Anche là dove un gruppo lo aveva escluso dalla proposta finale di protocollo, tale esclusione era maturata in un quadro complessivo poco coerente con le preferenze che lo stesso gruppo aveva espresso nei momenti precedenti. Sulla base di questi elementi, il Gruppo Ricerca M&R ha deciso di mantenere il disegno nel protocollo definitivo.

Relativamente alla formulazione della domanda-stimolo, entrambi i gruppi avevano identificato come problematico il ricorso a termini tecnici quali "fattori terapeutici", privilegiando un linguaggio orientato alla funzione di aiuto della comunità. Riconoscendo la centralità del termine "aiuto", il Gruppo Ricerca M&R ha tuttavia ritenuto le formulazioni emerse nei gruppi poco chiare in assenza di contesto, ed ha quindi elaborato una formulazione di sintesi che accompagnasse maggiormente il rispondente mantenendo i criteri di chiarezza e brevità: "Provi a rappresentare con un disegno libero il modo in cui la sta aiutando la comunità terapeutica", seguita dalla domanda di chiarimento, ritenuta essenziale sia dagli utenti sia dai ricercatori: "Le chiediamo ora di descrivere brevemente cosa ha disegnato e perché".

Sulla metodologia dell'incidente critico. Questo strumento è stato selezionato da entrambi i gruppi nel protocollo finale, che hanno apprezzato la libertà di espressione che concedeva valorizzando il fatto che sostenesse un ragionamento guidato e quindi facilitato, nonostante la lunghezza della formulazione, che però è stata da entrambi i gruppi arricchita con almeno una domanda di approfondimento. Nel protocollo definitivo quindi, la formulazione iniziale è stata integrata con le sotto-domande suggerite dai partecipanti, risultando in questa formulazione: *“Ripensando al percorso in comunità che ha svolto dall’ingresso fino ad oggi in questa specifica*

struttura riuscirebbe a identificare un momento o un evento particolarmente importante in cui ha percepito che la comunità le è stata di aiuto per il tuo cambiamento e per il suo percorso verso il benessere? Le chiediamo di descriverlo, specificando cosa è accaduto, quando e dove è avvenuto, con chi era (altri utenti, operatori, familiari) e perché è stato importante per lei.”

Sulla scelta della modalità di risposta alle domande aperte. Sia per la domanda aperta che per l'incidente critico, il co-design ha rivelato una preferenza per la modalità scritta a mano (ricevuta in entrambi i gruppi, con particolare evidenza nel gruppo B). Questa preferenza è stata mantenuta nel protocollo definitivo, pur riconoscendo che il PC avrebbe potuto rappresentare un'alternativa valida per utenti con specifiche necessità.

Sulla selezione dei questionari a risposta chiusa (GrEThA-Q, TFI-8, Questionario FT. Il co-design ha fornito informazioni cruciali sulle percezioni degli ospiti riguardo ai tre questionari proposti, in particolare durante il laboratorio “Questionari”. Sia il GrEThA-Q sia il TFI-8 hanno ricevuto valutazioni complessivamente positive in entrambi i gruppi, con apprezzamenti per la brevità e la chiarezza della formulazione, nonostante alcuni partecipanti abbiano colto una certa distanza di questi strumenti rispetto alla specificità dell'esperienza comunitaria. In sede di definizione del protocollo, il Gruppo Ricerca M&R ha tuttavia rilevato come GrEThA-Q e TFI-8 condividessero lo stesso limite di fondo, già discusso in fase di presentazione degli strumenti (vedi § 4.4.2): si tratta in entrambi i casi di strumenti orientati alla misurazione dei fattori terapeutici di gruppo e non specificamente concepiti per il contesto della comunità terapeutica. Mantenere entrambi i questionari è apparso quindi ridondante, a fronte di un protocollo già impegnativo in termini di lunghezza e carico per i partecipanti. Si è perciò deciso di conservarne uno solo, optando per il TFI-8 in ragione della sua maggiore brevità e del fatto che fosse stato accolto positivamente da entrambi i gruppi. Il

Questionario FT, pur presentando criticità in termini di lunghezza e complessità degli item, è stato invece mantenuto in quanto unico strumento specificamente riferito all'esperienza in comunità terapeutica e giudicato il più aderente al vissuto diretto degli ospiti, se ne è tuttavia prevista una revisione degli item, sulla base del feedback raccolti, finalizzata a migliorarne la chiarezza e la rilevanza clinica.

Sui dispositivi della comunità. Il laboratorio dedicato ai dispositivi ha prodotto una lista concreta di aspetti che i residenti identificano come caratterizzanti l'intervento comunitario. Questa lista è stata utilizzata per definire gli item del Questionario DT, generando uno strumento radicato nell'esperienza effettiva dei residenti piuttosto che su pure assunzioni teoriche. Il questionario è stato ritenuto inoltre fondamentale da entrambi i gruppi, nonostante vada segnalato come a questo possa aver contribuito proprio l'esperienza di partecipare attivamente alla sua costruzione, rendendolo uno strumento con un valore e una significatività diversa rispetto agli altri.

Sintesi delle decisioni operative. Il processo di co-design ha prodotto modifiche concrete al protocollo inizialmente immaginato dal Gruppo Ricerca M&R, e non si è limitato a una validazione formale delle scelte già compiute. Rispetto alla bozza iniziale, il confronto con gli utenti ha portato a mantenere il disegno come strumento di indagine, nonostante le riserve interpretative dei ricercatori, a riformulare la domanda-stimolo e l'incidente critico in un linguaggio orientato alla funzione di aiuto della comunità, integrando le sotto-domande di approfondimento suggerite dai partecipanti, a privilegiare la modalità di risposta scritta a mano, a selezionare, tra gli strumenti a risposta chiusa, il solo TFI-8 accanto al Questionario FT, di cui si è prevista una revisione, e infine a costruire il Questionario DT a partire dai dispositivi che gli stessi residenti hanno riconosciuto come caratterizzanti l'esperienza comunitaria.

Il protocollo così definito costituisce la base dello studio osservazionale multicentrico presentato nella sezione successiva, di cui descrive il disegno, gli strumenti e la metodologia di analisi.

4.7 Discussione

4.7.1 Significato e contributo del co-design

Il dato centrale che emerge dall'esperienza al Porto è che il confronto con gli utenti non si è risolto in una consultazione di facciata: ha modificato realmente il protocollo definitivo. I residenti hanno individuato debolezze concrete negli strumenti - a partire dal rifiuto del gergo dei "fattori terapeutici" - e proposto miglioramenti puntuali, poi recepiti nel disegno definitivo. È un risultato non scontato con una popolazione spesso esclusa dai processi partecipativi per la complessità clinica e per il pregiudizio sulla sua capacità di contribuire, e va sottolineato anche perché una delle critiche ricorrenti al *patient involvement* è proprio il rischio di *tokenism*: un coinvolgimento di cui si raccoglie il parere senza che incida sulle decisioni (Arnstein, 1969). Qui l'incidenza c'è stata, pur con il limite che sono stati comunque i ricercatori a stabilirne i confini (vedi § 5.7.2).

A questo esito strumentale se ne affianca uno relazionale, che i partecipanti hanno avvertito come non meno importante. Hanno infatti descritto una differenza qualitativa rispetto alle esperienze passate con i professionisti della salute mentale, vivendo il riconoscimento della propria opinione come un atto di riconoscimento della propria dignità, e collegandolo spontaneamente, per contrasto, al tema della stigmatizzazione e a quanto spesso avvertano che la propria identità venga ridotta a un'etichetta diagnostica. Alcuni hanno inscritto l'esperienza in una prospettiva storica più ampia, richiamando indirettamente la deistituzionalizzazione della psichiatria italiana: un collegamento

luminoso, perché nel riconoscere il sapere esperienziale dei pazienti il co-design si può considerare una metodologia in continuità con la tradizione che in Italia fa capo a Franco Basaglia, e con la sua idea di una psichiatria che non riduce la persona alla malattia ma ne riconosce soggettività, parola e ruolo attivo (Basaglia, 1968).

Esito strumentale ed esito relazionale indicano, insieme, che il co-design non è soltanto una strategia metodologica utile a rendere gli strumenti più comprensibili, pertinenti e aderenti all'esperienza dei destinatari, ma anche come una pratica eticamente rilevante in un campo storicamente attraversato da asimmetrie di potere, stigmatizzazione e rischi di riduzione della persona alla diagnosi. Coinvolgere gli utenti nella costruzione del protocollo significa riconoscere che il sapere accademico e clinico non esaurisce da solo la comprensione dell'esperienza di cura.

Il co-design può quindi contribuire a ridurre la distanza tra sapere scientifico e sapere situato, promuovendo una forma di conoscenza più dialogica, riflessiva e responsabile. In questa prospettiva, può essere letto anche come esercizio di umiltà epistemologica: non come rinuncia al rigore scientifico, ma come riconoscimento dei limiti di un sapere prettamente positivista, che si pretende neutro e oggettivo. Richiamando il lessico del "pensiero debole" di Vattimo e Rovatti (1983), si potrebbe dire che il contributo degli utenti aiuta la ricerca a costruire un sapere "debole" nel senso più fecondo del termine: non meno fondato, ma meno autoritario; non meno rigoroso, ma più consapevole della propria parzialità e più disponibile a lasciarsi trasformare dall'incontro con l'esperienza concreta delle persone coinvolte.

4.7.2 Limiti e questioni aperte

Accanto a questi esiti, l'esperienza presenta limiti che meritano di essere esplicitati, alcuni legati al campione e al setting, altri, interni alla logica stessa del co-design.

Sul piano del campione, i 27 residenti partecipanti rappresentano il 67,5% della popolazione della comunità, un coinvolgimento ampio, ma non totale, che comunque comporta un inevitabile bias di selezione: anche se non è stato possibile reperire informazioni su chi non avesse voluto partecipare, coerentemente con il loro desiderio di non essere coinvolti, è ipotizzabile che chi ha partecipato rappresentasse il sotto-campione di più utenti disponibili, collaborativi, o anche, semplicemente, meno sofferenti o funzionalmente compromessi al momento dello svolgimento del lavoro. I tre drop-out durante il percorso segnalano la fatica che l'esperienza ha comportato per alcuni, e anche tra chi ha portato a termine il progetto è stato riscontrato che il livello di partecipazione è stato molto variabile. Infine, i residenti di una singola comunità non possono costituire un campione rappresentativo della più ampia popolazione di utenti in comunità terapeutica: le caratteristiche cliniche e sociali degli ospiti del Porto, e in particolare l'orientamento psicodinamico della struttura, potrebbero differire da altri contesti residenziali italiani.

Sul piano del setting si pongono questioni di consenso e autonomia. Pur avendo tutti i partecipanti sottoscritto un consenso informato, e pur non comportando il rifiuto alcuna conseguenza sul trattamento, la reale libertà di non partecipare resta una questione delicata in un ambiente residenziale e comunque controllato. A ciò si aggiunge la condizione di ricovero, che può influenzare in modo variabile energia e benessere emotivo dei partecipanti nell'arco delle tre giornate, come hanno mostrato esplicitamente le testimonianze sull'umore altalenante.

Vi sono poi alcuni limiti che riguardano la natura stessa del processo partecipativo e le sue implicazioni.

Il primo è strutturale: il co-design si fonda sulla discussione e sulla costruzione del consenso, e questo comporta che la voce dei partecipanti più assertivi possa pesare più di quella dei più silenziosi. I ricercatori hanno cercato di attenuare questo rischio noto con tecniche di votazione e forme di partecipazione strutturata, ma la possibilità di polarizzazione o di adesione conformista resta, ed è stata osservata sul campo. Inoltre, la divisione in due gruppi con orari distinti, necessaria sul piano organizzativo, ha impedito una discussione plenaria su tutti i temi.

Il secondo ci ricorda come l'intervento stesso influenzi sempre a qualche livello il risultato, ed è quanto va considerato possa essere successo con il Questionario DT, giudicato "fondamentale" da entrambi i gruppi. È plausibile, però, che a questo giudizio abbia contribuito proprio il fatto che siano stati gli utenti stessi a costruirlo. L'attaccamento allo strumento co-prodotto è un possibile effetto collaterale del coinvolgimento attivo: ciò che si è contribuito a creare può venire valutato più positivamente, indipendentemente dalle sue qualità intrinseche. È un limite di cui tenere conto nel leggere l'entusiasmo dei partecipanti per quello strumento, e più in generale un promemoria sul fatto che la partecipazione, mentre dà voce, può anche introdurre i propri bias.

L'ultimo limite è forse il più inaggirabile, e tocca un nodo che costituisce una tensione costitutiva di qualsiasi processo di co-design: fin dove la voce dei partecipanti è decisiva, e dove invece il ricercatore deve riassumere la responsabilità delle scelte. Nel laboratorio "*Puzzle*", chiamati a comporre il protocollo nel suo insieme, i partecipanti hanno prodotto proposte in larga parte incoerenti con le valutazioni che essi stessi avevano espresso sui singoli strumenti nei momenti precedenti (arrivando addirittura, in un gruppo, a un protocollo che includeva quattro questionari e

due domande aperte molto estese nonostante avessero a più riprese sottolineato il carico e la fatica della compilazione). Di fronte a questo, i ricercatori hanno deliberatamente scelto di non attribuire alle proposte del Puzzle lo stesso peso riconosciuto agli altri momenti, privilegiando i contributi puntuali emersi nei laboratori più mirati e difendendo la coerenza complessiva del protocollo e i vincoli di fattibilità dello studio. È una scelta che va dichiarata per quello che è: un intervento dei ricercatori che limita, in quel punto specifico, la sovranità decisionale dei partecipanti. La si può giustificare in forza del fatto la responsabilità scientifica del disegno resta dei ricercatori, e un protocollo insostenibile avrebbe compromesso la fase successiva, ma resta un limite onesto del modello partecipativo, non una sua applicazione lineare.

Capitolo 5. Studio multicentrico “I Fattori Terapeutici del trattamento in Comunità secondo la prospettiva dei pazienti”

5.1 Introduzione

L'intervento psichiatrico residenziale costituisce un sistema terapeutico complesso, nel quale il possibile valore di cura non è riconducibile esclusivamente a singole tecniche o prestazioni, ma può emergere dall'interazione tra relazioni, attività strutturate, organizzazione della quotidianità e caratteristiche del contesto comunitario. Questa complessità rende difficile stabilire quali componenti dell'intervento siano maggiormente rilevanti e attraverso quali esperienze esse assumano un significato terapeutico per chi le vive (vedi § 1.3)

La letteratura sui fattori terapeutici delle comunità terapeutiche ha proposto diversi modelli interpretativi, ma la prospettiva degli utenti rimane ancora relativamente poco rappresentata. Indagare direttamente ciò che i pazienti riconoscono come utile permette non soltanto di valutare la rilevanza attribuita a fattori e dispositivi già individuati dalla letteratura e dalla pratica clinica, ma anche di far emergere esperienze e priorità che potrebbero non essere adeguatamente intercettate da una prospettiva esclusivamente professionale (vedi § 3.6)

A partire da queste premesse, il presente capitolo descrive lo studio osservazionale, trasversale e multicentrico “I Fattori Terapeutici del trattamento in Comunità secondo la prospettiva dei pazienti”. Lo studio rappresenta la seconda fase del percorso di ricerca presentato nella tesi e

utilizza il protocollo e gli strumenti sviluppati attraverso il processo partecipativo di co-design descritto nel Capitolo 4.

5.2 Obiettivi

Il presente studio si propone di indagare, dal punto di vista degli utenti, quali aspetti dell'intervento psichiatrico residenziale vengano riconosciuti come terapeutici e quali significati siano loro attribuiti. Attraverso l'integrazione di metodi quantitativi e qualitativi, il lavoro mira a una comprensione del trattamento residenziale centrata sulla prospettiva degli utenti e a offrire elementi utili per la valutazione, la governance e la programmazione dei servizi.

In particolare, è possibile identificare i seguenti obiettivi.

Obiettivo primario:

identificare e descrivere gli aspetti dell'esperienza e dell'intervento comunitario percepiti come terapeutici dagli utenti delle comunità terapeutiche psichiatriche.

Obiettivi secondari:

- descrivere e confrontare la rilevanza relativa attribuita dagli utenti ai diversi fattori, processi e dispositivi terapeutici, considerando sia le valutazioni espresse su scala sia le scelte di priorità;
- identificare gli aspetti dell'intervento ritenuti non utili;
- formulare indicazioni utili per la programmazione dei servizi psichiatrici residenziali a partire dalle priorità e dalle criticità espresse dagli utenti.

In coerenza con la natura descrittiva ed esplorativa dello studio, non sono state formulate ipotesi da sottoporre a verifica. Le analisi sono state orientate a restituire sistematicamente la prospettiva degli utenti, aderendo il più possibile a ciò che essi stessi nominano come terapeutico o non terapeutico e mantenendo l'interpretazione a un livello semantico; le letture più inferenziali sono riservate alla discussione e proposte come ipotesi da approfondire in studi successivi.

5.3 Metodi

5.3.1 Disegno dello studio

Lo studio *"I Fattori Terapeutici del trattamento in Comunità secondo la prospettiva dei pazienti"* è uno studio osservazionale, trasversale e multicentrico, basato su questionari self-report cartacei con una componente qualitativa e una quantitativa rivolti a utenti residenti in comunità terapeutica e integrati da strumenti di caratterizzazione del campione e del contesto (un *Case Report Form individuale* e una *scheda anagrafica di comunità*). Tutti gli strumenti sono descritti nel paragrafo 5.2.2 e riportati in Appendice 3. Gli strumenti di rilevazione sono stati definiti attraverso un processo partecipativo multi-stakeholder che ha incluso il contributo degli stessi pazienti, descritto per esteso nel Capitolo 4 (*Fase 1 - Co-design del protocollo e degli strumenti*) e sintetizzato nel paragrafo 5.2.2. La batteria completa è riportata in *Appendice 3*.

5.3.2 Strumenti di rilevazione

Il presente studio utilizza strumenti quantitativi e qualitativi in modo integrato. Gli strumenti quantitativi sono stati impiegati per descrivere intensità, distribuzione e variabilità dei fattori e dei dispositivi terapeutici percepiti dagli utenti, mentre le domande aperte sono state incluse per

raccogliere significati, esempi ed esperienze soggettive non necessariamente anticipati dagli strumenti strutturati. Tale scelta è coerente con un disegno *mixed-methods*, particolarmente indicato quando il fenomeno oggetto di studio richiede sia una descrizione sistematica delle risposte sia un approfondimento dei significati attribuiti dai partecipanti (Creswell & Plano Clark, 2018; Fetters et al., 2013). Nel presente lavoro, l'integrazione tra le due componenti non ha finalità di validazione psicometrica degli strumenti, ma di arricchimento interpretativo: i dati quantitativi permettono di descrivere quali fattori e dispositivi siano maggiormente riconosciuti dagli utenti, mentre i dati qualitativi consentono di esplorare come tali elementi vengano narrati, contestualizzati e, quando necessario, ampliati a partire dall'esperienza diretta dei partecipanti (Braun & Clarke, 2022; Malterud et al., 2016). Gli strumenti di rilevazione sono descritti nei paragrafi seguenti, mentre la strategia analitica è presentata nel paragrafo 5.2.5.

Nel protocollo somministrato agli utenti, la componente qualitativa precedeva quella quantitativa, così da raccogliere le risposte aperte prima dell'esposizione agli item strutturati e ridurre il rischio che questi ne orientassero il contenuto (vedi Appendice 3). Nel presente capitolo, tuttavia, gli strumenti sono presentati nell'ordine inverso, prima quantitativi e poi qualitativi, per ragioni di chiarezza metodologica e di coerenza con la sequenza dei risultati: l'esposizione procede infatti dagli strumenti più strutturati, che indagano fattori e dispositivi già definiti o ipotizzati, verso le domande aperte, che permettono di approfondire, contestualizzare ed eventualmente ampliare il quadro emerso attraverso l'esperienza diretta degli utenti.

Strumentazione quantitativa

La componente quantitativa dello studio si basa su un protocollo che integra strumenti validati e questionari sviluppati ad hoc per le specifiche esigenze della ricerca. Gli strumenti di seguito introdotti, sono consultabili nella loro versione integrale in Appendice 2.

Therapeutic Factors Inventory-8 (TFI-8). Il TFI-8 (Tasca et al., 2016) è uno strumento breve e validato per la misurazione dei fattori terapeutici percepiti nella psicoterapia di gruppo. Lo strumento è costituito da 8 item, ciascuno valutato su scala Likert a 7 punti.

Vi sono alcune limitazioni da tenere in considerazione nell'utilizzo di questo strumento per il presente studio: la prima è che il TFI-8 è stato concepito per il dispositivo gruppale, mentre l'oggetto del presente studio è l'esperienza nell'intervento comunitario nel suo complesso. Questa scelta è stata fatta da un lato perché, tra gli strumenti proposti in sede di co-design che indagavano vari aspetti dell'esperienza comunitaria e disponibili in lingua italiana, gli utenti avevano riconosciuto al TFI-8 la capacità di catturare aspetti molto riconoscibili dell'esperienza comunitaria “globale” (e non solo della terapia di gruppo) valorizzando allo stesso tempo il fatto che fosse uno strumento breve e di facile comprensione (vedi § 4.5). D'altra parte, l'intervento comunitario non è riducibile alla sola terapia di gruppo, come argomentato dalla tradizione teorica delle comunità terapeutiche (De Leon, 2000). Per questo, il TFI-8 è stato adottato per cogliere la dimensione gruppale dell'esperienza comunitaria - dimensione centrale benché parziale - affiancato dai questionari ad hoc costruiti per indagare le dimensioni specificamente comunitarie non catturate dallo strumento presentati nel successivo paragrafo.

Una seconda considerazione riguarda il modo in cui lo strumento è stato impiegato: il TFI-8 è validato come misura clinica unidimensionale di un fattore terapeutico di ordine superiore (*l'engagement terapeutico*, vedi Tasca et al., 2016). Nel presente studio, tuttavia, non è stato utilizzato per quella finalità. Esso è stato inserito in un protocollo il cui scopo non è misurare esiti clinici, ma sollecitare nei partecipanti il riconoscimento e la discriminazione degli aspetti percepiti come terapeutici: l'intera batteria - domande aperte e item strutturati - è costruita per portare il rispondente a interrogarsi su quali elementi del percorso senta come più o meno di aiuto. Si tratta di un impiego “riflessivo” dello strumento, distinto dall'uso clinico abituale di questi strumenti, per il quale non esistono, allo stato attuale, scale specificamente concepite. Forti del riconoscimento espresso dagli utenti in fase di co-design, si è quindi scelto di adottare il TFI-8 in chiave esplorativa, impiegandone i singoli item come stimoli che nominano dimensioni terapeutiche riconoscibili, più che come indicatori di un punteggio complessivo. Questa ridefinizione di funzione chiarisce anche perché si sia ritenuta accettabile una traduzione autonoma dello strumento. Pur esistendo una validazione italiana del TFI-8 infatti (Landi et al., 2021), il testo degli item non è riportato nell'articolo e non è stato possibile ottenerlo dagli autori nonostante reiterati tentativi di contatto. Ma dato il particolare uso dello strumento in questo contesto, la validazione certifica proprietà psicometriche relative al costrutto per cui lo strumento è stato sviluppato, che sono proprietà non pertinenti all'uso meta qui adottato. Si è pertanto utilizzata una traduzione autonoma, dichiarando che lo strumento non è impiegato come scala validata.

Coerentemente con la sua natura esplorativa, questo impiego dello strumento è stato esso stesso oggetto di verifica: i dati sono stati analizzati esaminandone la struttura, così da valutare la

praticabilità di una lettura per singolo item, ferma restando la cautela interpretativa e il peso prioritario assegnato ai questionari ad hoc..

Questionario ad hoc “Fattori Terapeutici” (FT). Il questionario FT è stato sviluppato appositamente per questo studio al fine di indagare i fattori terapeutici così come si manifestano nello specifico contesto delle comunità terapeutiche a partire da una revisione della letteratura. La sua costruzione, avvenuta preliminarmente allo studio di co-design, è descritto nel dettaglio nel paragrafo 4.4.2. Lo strumento è stato quindi proposto, insieme ad altri strumenti candidati, nella fase di co-design del protocollo, dove gli utenti coinvolti ne hanno riconosciuto la pertinenza selezionandolo per la batteria finale (vedi § 4.6). Il questionario indaga dodici dimensioni esperienziali specifiche del contesto residenziale. Ciascuna dimensione è valutata tramite una scala Likert a 5 punti.

Questionario ad hoc “Dispositivi Terapeutici” (DT). Il questionario DT è stato sviluppato specificamente per questo studio durante la fase di co-design, con il coinvolgimento diretto di operatori esperti e utenti di CT. A differenza degli altri strumenti, la sua costruzione item per item è avvenuta all'interno di una specifica attività, descritta nei § 4.4.3 e 4.5.2. Lo strumento indaga gli elementi strutturali e organizzativi della vita comunitaria percepiti come terapeuticamente rilevanti - tra cui la routine quotidiana, le regole comunitarie, i rituali e le cerimonie, e le modalità di gestione dei conflitti. È composto da 44 item valutati su scala Likert a 5 punti.

Case Report Form (CRF). La CRF rappresenta scheda di raccolta delle informazioni socio-demografiche e cliniche dei partecipanti rilevanti per l'interpretazione dei risultati. La scheda include dati anagrafici (età, sesso, stato civile, livello di istruzione, condizione lavorativa), informazioni cliniche (diagnosi, durata del disturbo, trattamenti precedenti), e dati relativi al percorso

terapeutico attuale (durata della permanenza nella comunità, numero di ricoveri precedenti, modalità di invio, motivazione al trattamento).

Anagrafica di comunità. L'anagrafica di Comunità rappresenta l'unico questionario della batteria non rivolto agli utenti ma alle comunità terapeutiche coinvolte, finalizzato a indagare tipologia e numerosità dell'utenza, il modello d'intervento, e le caratteristiche istituzionali del centro.

Strumentazione qualitativa

La componente qualitativa dello studio è stata progettata per catturare la ricchezza e la complessità dell'esperienza soggettiva dei fattori terapeutici, fornendo un complemento interpretativo ai dati quantitativi. Questa parte dell'indagine, che è stata proposta ai partecipanti per prima in modo che venissero influenzati il meno possibile dal contenuto delle risposte chiuse, è composta da quattro domande aperte a cui rispondere in forma scritta in uno spazio limitato.

Le domande sono state precedute da un compito di produzione grafica in cui ai partecipanti è stato chiesto: *“Provi a rappresentare con un disegno libero il modo in cui la sta aiutando la comunità terapeutica”*, lasciando uno spazio dedicato al disegno. Tale attività è stata utilizzata come tecnica di facilitazione preliminare alla produzione verbale. Questa scelta si colloca nell'ambito dei metodi visuali e multimodali nelle interviste qualitative, nei quali i disegni prodotti dai partecipanti possono essere integrati con l'intervista verbale per sostenere l'esplorazione di esperienze complesse e difficili da formulare esclusivamente attraverso il linguaggio (Brailas, 2020; Guillemin, 2004). In particolare, il disegno può facilitare l'accesso a vissuti, emozioni e significati non immediatamente disponibili alla verbalizzazione, funzionando come stimolo di attivazione e come supporto alla successiva narrazione (Kearney & Hyle, 2004). Coerentemente con questa prospettiva, l'attività

grafica è stata proposta come modalità iniziale meno strutturata e potenzialmente più accessibile, anche alla luce delle indicazioni emerse nel co-design con gli utenti, che avevano espresso il desiderio di potersi esprimere anche attraverso il disegno (vedi § 4.5). Il disegno è stato quindi utilizzato come facilitatore dell'attivazione, della riflessione e della partecipazione, mentre il materiale oggetto di analisi è rimasto l'output testuale prodotto nella descrizione (Guillemin, 2004; Kearney & Hyle, 2004). Studi condotti in ambito clinico di salute mentale, seppur in età evolutiva, supportano inoltre l'idea che il disegno possa favorire la produzione di informazioni verbali durante il colloquio, purché il focus dell'analisi resti su ciò che il partecipante dice e non sull'interpretazione autonoma del prodotto grafico (Woolford et al., 2015).

Le domande sono le seguenti:

Q1. *Ora le chiediamo ora di descrivere brevemente cosa ha disegnato e perché* - questa domanda riprende il compito di produzione grafica, chiedendo di associare ai contenuti delle parole e delle riflessioni personali.

Q2. *Ripensando al percorso in comunità che ha svolto dall'ingresso fino ad oggi in questa specifica struttura riuscirebbe a identificare un momento o un evento particolarmente importante in cui ha percepito che la comunità le è stata di aiuto per il tuo cambiamento e per il suo percorso verso il benessere? Le chiediamo di descriverlo, specificando cosa è accaduto, quando e dove è avvenuto, con chi era (altri utenti, operatori, familiari) e perché è stato importante per lei* - questa domanda adotta la “Tecnica dell'Incidente Critico” (*Critical Incident Technique*, Flanagan, 1954) offrendo uno schema a cui i partecipanti possono attenersi per narrare qualcosa della propria

esperienza in modo guidato, permettendo poi in sede di analisi l'individuazione di caratteristiche dell'esperienza che potrebbero venire tralasciate in un'esposizione libera.

Q3. *Le chiediamo di pensare a quegli aspetti della comunità e del percorso in comunità che ritiene siano più utili e di aiuto: quali sono e perché secondo lei sono così d'aiuto?* Questa domanda pone al partecipante un interrogativo esplicito su quelli che lui riconosce come i fattori terapeutici della CT più utili, riformulato in modo da non contenere termini tecnici che potrebbero essere di difficile interpretazione (la specifica formulazione è stata identificata come la più chiara dagli utenti coinvolti nel progetto di co-design. vedi § 4.5).

Q4. *Le chiediamo infine di pensare a quegli aspetti della comunità e del percorso in comunità che ritiene invece NON siano utili e di aiuto: quali sono e perché secondo lei non sono così d'aiuto?* Viene posta una domanda esplicita su cosa non sia stato vissuto come terapeutico, al fine sia di poter effettuare un test di coerenza interna delle risposte sia di dare un contributo spesso sotto indagato in letteratura sugli aspetti vissuti come inutili o addirittura iatrogeni dell'intervento stesso.

Tabella 5.1 Caratteristiche degli strumenti

Rispondente	Nome strumento	Caratteristiche/scoring	Scopo
Responsabile o Coordinatore CT	Anagrafica di comunità	Questionario a risposta chiusa	Descrizione dei centri
Utente CT	CRF	Questionario a risposta chiusa	Descrizione dei partecipanti
Utente CT	TFI-8	Questionario a risposta chiusa, 8 item, Likert 1-7	Valutazione dei fattori terapeutici nei gruppi
Utente CT	Questionario ad hoc “Fattori terapeutici”	Questionario a risposta chiusa, 12 item, Likert 1-5	Valutazione dei fattori terapeutici in CT
Utente CT	Questionario ad hoc “Dispositivi terapeutici”	Questionario a risposta chiusa, 44 item, Likert 1-5,	Valutazione dei dispositivi terapeutici in CT
Utente CT	4 Domande aperte (Q1, Q2, Q3, Q4)	Domande aperte in forma scritta con facilitatore grafico (disegno)	Identificazione di fattori terapeutici e antiterapeutici anche non teorizzati

5.3.3 Caratteristiche del campione e del contesto

Lo studio è stato condotto presso 15 comunità terapeutiche operanti nel territorio nazionale che ospitano complessivamente un massimo di 294 utenti maggiorenni, tutte aderenti alla società scientifica “Mito&Realtà - Associazione per le Comunità terapeutiche e residenziali” (Piazza Luigi di Savoia, 22 - 20124 Milano). Il progetto è stato proposto a tutte le comunità con utenti adulti (≥ 18 anni) associate, ovvero al momento del reclutamento 50, e sono state accettate tutte le comunità che hanno dato la disponibilità a partecipare rispettando i criteri di ingaggio e di inclusione descritti nel paragrafo 5.3.3. Le comunità terapeutiche coinvolte adottano diversi modelli di intervento nel campo dei disturbi psichiatrici, accogliendo utenza mista o in base a specifiche diagnosi (disturbi dell’umore, disturbi dello spettro psicotico, disturbi da uso di sostanze, disturbi di personalità, disturbi del comportamento alimentare, disturbi del comportamento e disturbi del neurosviluppo):

sono state incluse strutture residenziali a alta, media e bassa protezione di tipo pubblico, privato convenzionato o misto (quindi con alcuni posti riservati a utenti in carico del SSN e alcuni posti per utenti che pagano la retta privatamente). Le caratteristiche specifiche delle comunità coinvolte sono discusse nel paragrafo 5.3.1.

La scelta di includere comunità terapeutiche con caratteristiche eterogenee è stata deliberata, al fine di catturare la variabilità dei contesti terapeutici e delle modalità di erogazione del trattamento. Questa eterogeneità permette di esplorare come i fattori terapeutici si manifestino e vengano percepiti in contesti organizzativi e terapeutici diversi, aumentando la generalizzabilità dei risultati e la comprensione della loro applicabilità in diversi setting di cura.

Partecipanti e criteri di selezione

La popolazione target dello studio è costituita dagli utenti maggiorenni residenti presso le CT aderenti al progetto, quindi in cura al momento della somministrazione del questionario. Particolare attenzione è stata posta nel garantire che la partecipazione fosse completamente volontaria e che il rifiuto a partecipare non comportasse alcuna conseguenza sul trattamento ricevuto. Questo aspetto è stato comunicato chiaramente a tutti i potenziali partecipanti durante la fase di reclutamento.

I criteri di inclusione delle CT partecipanti sono stati definiti come segue:

- essere una Struttura Psichiatrica Residenziale come definito dall'Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013 "LE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE" (Ministero della Salute, 2013);
- essere membri della società scientifica Mito&Realtà - Associazione per le Comunità terapeutiche e residenziali al momento della somministrazione del questionario;

- essere disponibili a partecipare ad un incontro di formazione preliminare alla somministrazione dei questionari;
- dichiarare l'intenzione di invitare tutti gli utenti della propria CT a partecipare al progetto, senza effettuare una selezione a priori (è stata comunque alla CT la libertà di non proporre lo studio ad utenti che, a giudizio clinico insindacabile dello staff della comunità, ne potessero trarre un danno nel momento specifico designato per la somministrazione, con però l'impegno a comunicare ai referenti della ricerca la presenza di questi specifici casi);
- poter fornire una lettera autorizzativa firmata dal direttore o direttrice della comunità per lo svolgimento dello studio.

I criteri di inclusione dei partecipanti sono stati definiti come segue:

- essere in cura presso una CT partecipante al progetto al momento della somministrazione del questionario;
- avere 18 anni compiuti;
- essere in grado di comprendere e rispondere autonomamente al consenso informato;
- essere in grado di rispondere ai questionari e alle domande scritte, anche con l'aiuto di un operatore;

Non sono stati previsti criteri di esclusione.

Numerosità del campione

La numerosità campionaria dello studio è stata determinata dalla popolazione accessibile al momento della raccolta dati, costituita dagli utenti residenti nelle comunità terapeutiche aderenti al progetto. Le 15 comunità coinvolte disponevano complessivamente di 294 posti letto e ospitavano, al

momento della somministrazione, 280 residenti. La partecipazione è stata proposta a 273 utenti, in accordo con i criteri di inclusione previsti dal protocollo e con la possibilità, stabilita a priori, di non proporre lo studio in casi specifici in cui lo staff clinico ritenesse che la partecipazione potesse risultare inappropriata o potenzialmente gravosa per l'utente in quel momento. Complessivamente, 205 utenti hanno portato a termine la compilazione del questionario, corrispondenti al 75,1% degli utenti invitati e al 73,2% degli utenti presenti nelle strutture al momento della rilevazione (vedi Appendice 4, Tabella A4.1).

Non è stato effettuato un calcolo a priori della numerosità campionaria, poiché lo studio ha finalità osservazionale ed esplorativa e non prevede la verifica confermativa di un'ipotesi, né la stima dell'effetto di un intervento. In linea con le raccomandazioni per il reporting degli studi osservazionali, la numerosità viene quindi descritta esplicitando come sia stata ottenuta, ovvero attraverso il reclutamento della popolazione eleggibile e raggiungibile all'interno delle strutture partecipanti (von Elm et al., 2007).

Le comunità terapeutiche incluse, inoltre, appartengono a uno specifico network scientifico-professionale. Di conseguenza, il campione non può essere considerato rappresentativo dell'intero sistema italiano delle comunità terapeutiche o delle strutture psichiatriche residenziali. I risultati vanno interpretati come descrittivi del campione studiato e come generativi di ipotesi, non come stime generalizzabili alla popolazione nazionale degli utenti in trattamento residenziale.

Infine, nella ricerca qualitativa e mixed-methods, la numerosità non è valutata primariamente in funzione della capacità di rilevare un effetto statistico, ma della ricchezza informativa, della pertinenza rispetto alla domanda di ricerca e della possibilità di intercettare ricorrenze, variazioni e significati rilevanti nel corpus (Guest et al., 2006; Malterud et al., 2016) e in quest'ottica il numero di

partecipanti raggiunto e l'elevata adesione tra gli utenti invitati costituiscono un risultato metodologicamente rilevante per uno studio esplorativo a metodi misti in un setting psichiatrico residenziale, permettendo di produrre descrizioni robuste del campione e ipotesi empiricamente fondate per studi successivi.

Considerazioni etiche e metodologiche

Lo studio è stato sottoposto alla valutazione del Comitato Etico dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, e ha ottenuto l'approvazione il 17.12.2024 (prot. N. 0587979) prima dell'inizio della raccolta dati. Tutti i partecipanti hanno fornito consenso informato scritto dopo aver ricevuto informazioni complete sugli obiettivi, le procedure, i potenziali benefici e rischi della partecipazione.

La completa anonimizzazione dei dati attraverso l'utilizzo di codici alfanumerici, e tutti i dati identificativi sono stati conservati separatamente dai dati di ricerca in archivi protetti. I partecipanti sono stati informati del loro diritto di ritirarsi dallo studio in qualsiasi momento senza conseguenze per il loro trattamento.

Particolare attenzione è stata posta alla gestione dei potenziali conflitti di interesse, assicurando che il personale coinvolto nella raccolta dati non fosse direttamente coinvolto nel trattamento dei partecipanti. È stato inoltre implementato un protocollo per la gestione di eventuali situazioni di disagio o distress che potessero emergere durante la partecipazione allo studio.

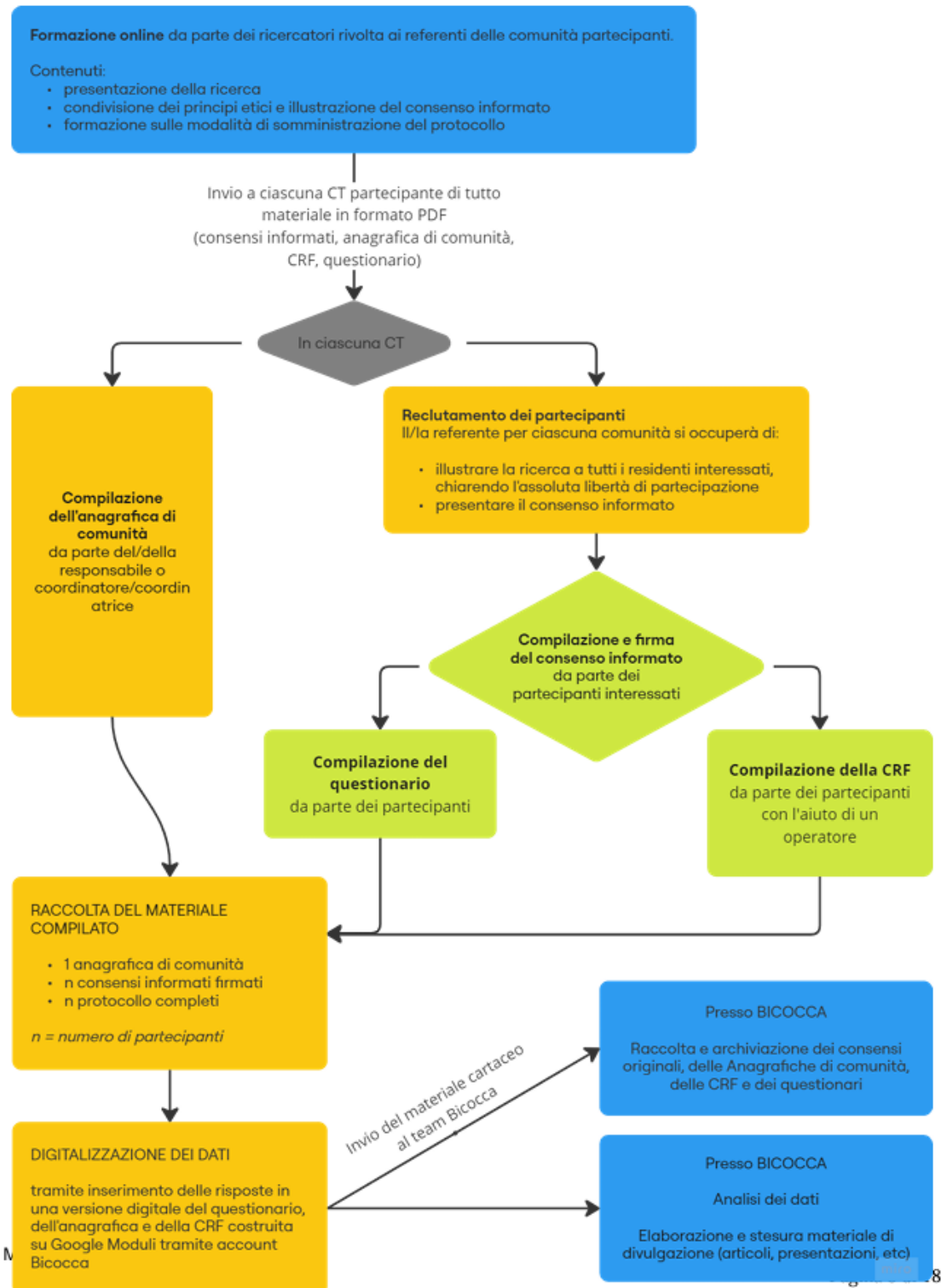
5.3.4 Procedure di raccolta dei dati a anonimizzazione

Ogni CT ha individuato un/una referente che prima della raccolta dei dati ha partecipato ad una formazione online con i responsabili della ricerca inerente principi e obiettivi del lavoro di

ricerca, il ruolo del/della referente (ovvero reclutare i partecipanti, illustrare e successivamente far firmare il consenso informato, coordinare la somministrazione del protocollo, gestire la digitalizzazione e l'invio dei materiali), modalità di somministrazione e rinforzo della tutela della volontarietà (quindi necessità di mettere a disposizione degli utenti delle attività alternative per chi decidesse di non partecipare). I referenti hanno quindi presentato l'iniziativa agli utenti delle proprie comunità organizzando delle riunioni collettive, a seguito delle quali hanno raccolto le adesioni e pianificato la sessione di compilazione.

Reclutati i partecipanti, il/la referente o chi da lui/lei indicato ha illustrato e fatto firmare il consenso, compilato con il partecipante la CRF, quindi assegnato un codice sequenziale uguale su CRF e questionario. Al momento della somministrazione, ai partecipanti sono stati consegnati i questionari corrispondenti alla propria CRF, ma da quel momento CRF e questionari sono stati separati per rendere il codice non riconducibile all'identità. I materiali sono poi stati digitalizzati tramite Moduli Google e gli originali, sia degli strumenti somministrati sia dei consensi informati, sono stati spediti presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca per la conservazione.

Immagine 5.1 Workflow raccolta dati



Tempistiche

La raccolta delle adesioni da parte delle CT interessate al progetto ha avuto luogo contestualmente alla finalizzazione del protocollo da ottobre 2023 a novembre 2024, termine per le CT per inviare la lettera autorizzativa firmata per lo svolgimento dello studio presso le proprie strutture. Il protocollo è stato sottomesso il giorno 18/11/2024 per la valutazione del Comitato Etico dell'Università degli Studi di Milano Bicocca e ha ricevuto parere positivo nella seduta del 12/12/2024. Il 24 e il 27/01/2025 si sono tenuti i due incontri di formazione online, di cui almeno uno obbligatorio, rivolti ad almeno uno o una referente per ciascuna CT coinvolta, relativi alle modalità di somministrazione del protocollo (ovvero consenso informato e questionario) e alla digitalizzazione dei materiali. Il giorno 03/02/2025 sono stati inviati i materiali digitali per lo svolgimento della ricerca. La raccolta dei dati ha avuto luogo tra marzo e maggio 2025, mentre la digitalizzazione ha avuto luogo tra maggio e giugno 2025, in tempi leggermente diversi per ciascuna CT. I materiali originali cartacei, inclusi i consensi, sono stati inviati presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca tra giugno e settembre 2025. Da luglio a ottobre 2025 ha avuto luogo la prima analisi dei dati. Tra gennaio e maggio 2026 sono state completate le analisi.

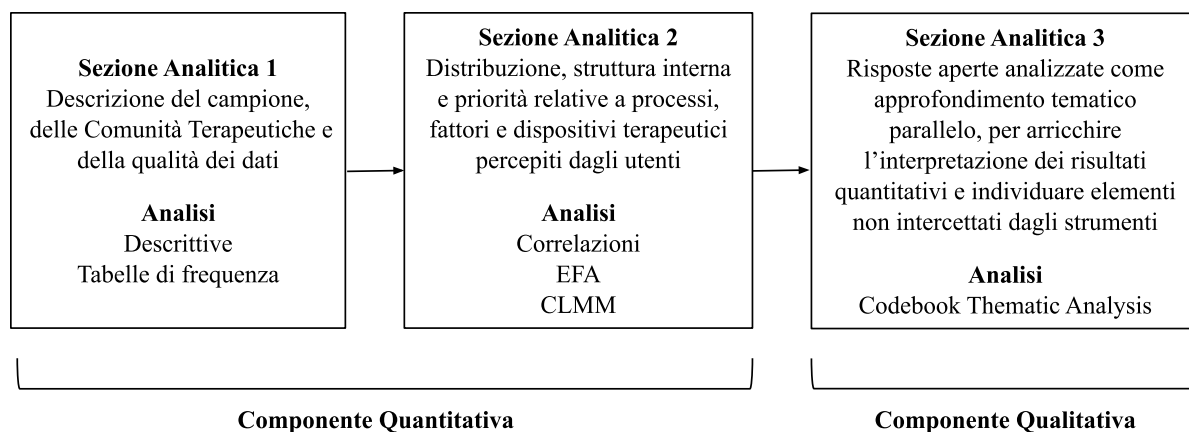
5.3.5 Strategia analitica

La strategia analitica è stata organizzata in tre sezioni distinte. L'obiettivo è descrivere in modo sistematico quali fattori e dispositivi terapeutici siano riconosciuti come rilevanti dagli utenti delle comunità terapeutiche e approfondire qualitativamente il significato attribuito dai partecipanti alla propria esperienza.

La componente quantitativa è stata organizzata in due sezioni: una prima sezione dedicata alla descrizione del campione, delle comunità terapeutiche e della qualità dei dati, e una seconda sezione dedicata alla distribuzione delle risposte agli strumenti quantitativi, all'esplorazione della struttura interna degli strumenti FT e TFI-8, e al confronto corretto tra item tramite modelli ordinali a effetti misti. Le analisi quantitative sono state condotte con finalità descrittiva ed esplorativa.

La componente qualitativa, basata sulle risposte aperte, rappresenta la terza sezione ed è stata invece concepita come approfondimento tematico parallelo, finalizzato ad arricchire l'interpretazione dei risultati quantitativi e ad individuare elementi dell'esperienza comunitaria eventualmente non intercettati dagli strumenti standardizzati o costruiti ad hoc.

Immagine 5.2 - Strategia analitica



5.3.5.1 Sezione 1 - Analisi descrittiva del campione di CT e partecipanti

La prima sezione analitica è finalizzata a fornire una descrizione completa e accurata del campione studiato e delle comunità terapeutiche coinvolte, necessaria a contestualizzare i risultati successivi. Le analisi descrittive sono state condotte sui dati validi disponibili per ciascuna variabile

o item, per questo motivo, in linea con le raccomandazioni per il reporting degli studi osservazionali (von Elm et al., 2007), il numero di osservazioni valide è stato riportato nelle tabelle, insieme al numero e alla percentuale di valori mancanti.

Analisi del campione di CT - L'analisi descrittiva del campione di CT si basa sulle informazioni ricavate dall'Anagrafica di Comunità (vedi Appendice 3) quali tipologia di utenza a cui la CT si rivolge, orientamento terapeutico, livello di protezione, composizione dello staff, numero di utenti accolti, numero di dimissioni concordate e non concordate nell'ultimo anno, numero di utenti coinvolti nella ricerca e numero di utenti che hanno accettato di partecipare.

Analisi del campione di utenti - L'analisi descrittiva del campione di utenti deriva dalle informazioni ricavate dalla CRF individuali (vedi Appendice 3). Per le variabili continue (età, durata del trattamento, prese in carico precedenti, età del primo ingresso) saranno calcolate media, mediana, deviazione standard, valori minimi e massimi, e percentili.

Per le variabili categoriali (sesso, livello di istruzione, diagnosi, provenienza dal circuito giudiziario) sono state calcolate frequenze assolute e percentuali, riportando per ciascuna variabile il numero di risposte valide e di valori mancanti. Nel caso delle diagnosi, queste non vanno considerate mutuamente esclusive dato che uno stesso partecipante poteva presentare più diagnosi riportate nella CRF. Per ciascuna categoria è stata quindi calcolata la percentuale di partecipanti che presentavano quella specifica diagnosi sul totale dei partecipanti con dato diagnostico valido e quindi la somma delle percentuali può superare il 100%. È stata inoltre calcolata separatamente la frequenza assoluta e relativa di utenti con 1, 2, o più di tre diagnosi.

5.3.5.2 Sezione 2 - Analisi dei questionari e degli item

La seconda sezione analitica si concentra sull'analisi dettagliata della distribuzione dei punteggi attribuiti ai fattori terapeutici misurati attraverso il Therapeutic Factor Inventory-8 (TFI-8), il questionario ad hoc “Fattori Terapeutici” (FT) e il questionario ad hoc “Dispositivi Terapeutici” (DT) (vedi Appendice 3).

Analisi descrittiva degli item - Il primo passaggio è stato descrivere item-by-item le risposte ai tre strumenti quantitativi somministrati (TFI-8, FT, DT).

Per ciascun item del TFI-8 e del questionario FT sono stati calcolati numero di risposte valide, numero e percentuale di dati mancanti, media, deviazione standard, mediana, primo e terzo quartile, intervallo interquartile, minimo, massimo, asimmetria, curtosi, percentuale di risposte al valore minimo della scala (*Floor*) e percentuale di risposte al valore massimo della scala (*Ceiling*). Sebbene le risposte Likert abbiano natura ordinale, media e deviazione standard sono state riportate come indicatori descrittivi complementari, utili a facilitare il confronto descrittivo tra item. Mediana, quartili e distribuzione delle risposte agli estremi sono stati invece considerati i descrittori principali, in quanto più appropriati rispetto al livello di misura degli item. Infine, per ciascuno strumento le distribuzioni degli item sono state ispezionate graficamente (grafici a barre delle frequenze per categoria di risposta, riportati in Appendice 4) al fine di verificarne la forma e di individuare eventuali distribuzioni non unimodali, informazione non interamente catturata dagli indici di asimmetria e curtosi.

Per il questionario DT è stata adottata una procedura specifica in quanto, trattandosi di un inventario di dispositivi di natura discreta e concreta (es. attività sportive, attività con animali, etc), in aggiunta alla scala Likert 1-5 è stato data ai partecipanti la possibilità di rispondere che il dispositivo

fosse assente nella propria comunità. La risposta ASSENTE è stata trattata come informazione categoriale preliminare sulla disponibilità, accessibilità o riconoscibilità del dispositivo nel contesto di cura. Di conseguenza, le descrittive item-level sono state calcolate solo sulle valutazioni comprese tra 1 e 5, e sono state accompagnate dal dato di frequenza relativo alle risposte ASSENTE, analizzato e riportato separatamente per ciascun dispositivo.

Analisi delle scelte top-3 - Oltre alle valutazioni su scala Likert, per i questionari ad hoc sono state analizzate le scelte top-3 espresse dai partecipanti. Data la complessità degli item di FT emersa durante il co-design (vedi capitolo 5.5.3) e il rilevante numero di item di DT (n=44), si è infatti inserita una misura aggiuntiva sintetica chiedendo ai partecipanti selezionare i 3 item (fattori o dispositivi) per ciascun questionario ritenuti da loro in assoluto i più utili nell'esperienza terapeutica comunitaria.

Per il questionario FT, le variabili di selezione top-3 sono state ricodificate come indicatori binari di scelta. Sono stati inclusi nell'analisi i partecipanti con una, due o tre selezioni valide, mentre sono stati esclusi i partecipanti senza alcuna selezione e quelli con più di tre selezioni, poiché tali risposte non rispettavano l'istruzione prevista. Le percentuali sono state calcolate usando come denominatore il numero di partecipanti inclusi nell'analisi top-3 FT e vanno quindi interpretate come frequenze di selezione tra i partecipanti che hanno dato una risposta considerata valida.

Per il questionario DT, la validità della selezione top-3 è stata subordinata alla precedente indicazione del dispositivo come presente o valutabile. Di conseguenza, sono state considerate valide solo le selezioni di dispositivi che non fossero stati precedentemente indicati come ASSENTI. Quindi sono stati applicati gli stessi criteri di validità di FT: sono stati inclusi nell'analisi i partecipanti con

una, due o tre selezioni valide, mentre sono stati esclusi i partecipanti senza alcuna selezione e quelli con più di tre selezioni.

Esplorazione della struttura interna di FT e TFI- 8 - La struttura interna del questionario FT è stata esplorata perché lo strumento, costruito ad hoc per rilevare fattori terapeutici specifici dell'intervento comunitario, comprendeva item riferiti ad aspetti distinti ma potenzialmente correlati dell'esperienza terapeutica. L'analisi aveva lo scopo di valutare se fosse appropriato mantenere una lettura item-level o se fosse necessario sintetizzare gli item in una o più dimensioni comuni. Similmente, è stata esplorata la struttura interna del TFI-8. Sebbene la versione validata dello strumento presenti una struttura fattoriale nota (Landi et al., 2021; Tasca et al., 2016), nel presente studio è stata utilizzata una versione tradotta ai fini della ricerca e somministrata in una cornice e con uno scopo differenti da quelli per cui lo strumento è stato originariamente validato, come discusso nel paragrafo 5.3.2. Per questo motivo, l'analisi della struttura interna è stata considerata un passaggio necessario per rilevare eventuali difformità rispetto alla struttura attesa e per valutare l'appropriatezza di una lettura a livello di singolo item. La stessa procedura non è stata applicata al questionario DT, perché i suoi item descrivono dispositivi concreti eterogenei dell'intervento comunitario: eventuali dimensioni comuni emerse statisticamente avrebbero potuto aggregare dispositivi diversi e non comparabili, rendendo non sensata un'interpretazione di fattori latenti.

Considerata la natura ordinale delle risposte, le matrici di associazione per FT e TFI-8 sono state calcolate mediante correlazioni polioriche, che stimano l'associazione tra item ordinali tenendo conto del fatto che le categorie di risposta rappresentano livelli ordinati di una valutazione sottostante. Questo approccio è indicato nelle analisi fattoriali di item ordinali, poiché le correlazioni di Pearson assumono variabili continue a intervalli e possono produrre stime distorte delle

associazioni tra categorie ordinate (Holgado-Tello et al., 2010). Le matrici polioriche sono state utilizzate sia per valutare la presenza di associazioni sufficienti a giustificare analisi fattoriali esplorative, sia per individuare eventuali correlazioni molto elevate indicative di ridondanza tra item.

L'adeguatezza delle matrici all'analisi fattoriale è stata valutata tramite indice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e test di sfericità di Bartlett. Il KMO valuta la quota di varianza comune tra gli item rispetto alla varianza parziale residua: valori più elevati indicano una maggiore adeguatezza della matrice alla fattorizzazione, con valori compresi tra .80 e .89 generalmente considerati buoni secondo i criteri proposti da Kaiser (Kaiser, 1974). Il test di Bartlett verifica invece l'ipotesi nulla che la matrice di correlazione sia una matrice identità: un risultato significativo indica che le correlazioni tra item sono complessivamente diverse da zero e che la matrice può essere considerata potenzialmente fattorizzabile (Bartlett, 1950).

Il numero di fattori da esplorare è stato valutato integrando parallel analysis, andamento dello scree plot, adeguatezza statistica e interpretabilità teorica delle soluzioni. La decisione sul numero di fattori non è stata quindi basata su un singolo criterio automatico, in accordo con le raccomandazioni metodologiche per l'analisi fattoriale esplorativa (Fabrigar et al., 1999; Hayton et al., 2004).

Le analisi fattoriali esplorative (EFA) sono state condotte sulle matrici di correlazioni polioriche utilizzando il metodo di estrazione minimum residual factoring (MINRES). Tale scelta è coerente con l'obiettivo esplorativo dell'analisi, orientato a valutare la struttura comune degli item senza trattare le risposte Likert come variabili continue normalmente distribuite. Per le soluzioni multifattoriali è stata applicata una rotazione obliqua, poiché eventuali dimensioni dell'esperienza terapeutica comunitaria erano teoricamente attese come correlate e non indipendenti (Fabrigar et al., 1999).

L'adeguatezza delle soluzioni fattoriali esplorate è stata valutata considerando congiuntamente saturazioni fattoriali, quota di varianza spiegata, interpretabilità teorica e indici di adattamento (Fabrigar et al., 1999) . In particolare, sono stati considerati il Root Mean Square of Residuals (RMSR), che stima la discrepanza media tra la matrice osservata e quella riprodotta dal modello, il Tucker-Lewis Index (TLI), come indice comparativo di adattamento, e il Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA), come indice di errore di approssimazione del modello. Il test χ^2 è stato riportato come ulteriore indicatore di fit, interpretandolo tuttavia con cautela per la sua sensibilità alla numerosità campionaria. Le soglie comunemente utilizzate per questi indici sono state considerate come riferimenti orientativi, non come criteri decisionali rigidi (Revelle, 2025)

Confronto corretto tra item tramite CLMM - Dopo le analisi descrittive item-level e l'esplorazione della struttura interna degli strumenti, il confronto tra gli item rappresentava un passaggio centrale dell'analisi, poiché l'obiettivo non era soltanto descrivere la distribuzione delle risposte per ciascun item, ma anche confrontare la rilevanza relativa attribuita dagli utenti ai diversi contenuti. A questo scopo sono stati utilizzati i modelli ordinali cumulativi a effetti misti (*cumulative link mixed models*, CLMM) utilizzando una funzione di collegamento logistica (*link logit*) così da produrre un ranking degli item non basato sulle sole medie grezze (Taylor et al, 2023). Questo approccio è coerente con la natura ordinale delle risposte Likert: le categorie esprimono un ordine, ma il modello non richiede di assumere che la distanza tra categorie consecutive sia costante. I CLMM quindi sono stati scelti perché consentono di confrontare item valutati su scale ordinali tenendo conto della non indipendenza delle osservazioni. Nel presente studio, infatti, ciascun partecipante ha valutato più item dello stesso strumento e i partecipanti erano a loro volta inseriti all'interno di comunità terapeutiche differenti. Per ciascuno strumento, quindi, l'unità di analisi era rappresentata dalla singola valutazione item-partecipante: la risposta all'item è stata trattata come

outcome ordinale, mentre l'item è stato inserito come effetto fisso, al fine di stimare la diversa propensione dei singoli item a ricevere risposte nelle categorie più alte della scala. Sono state inoltre incluse intercette casuali per partecipante e per comunità terapeutica. La prima intercetta casuale ha permesso di controllare la tendenza individuale generale a usare categorie più alte o più basse della scala, aspetto rilevante perché i punteggi grezzi possono riflettere non solo la valutazione dello specifico item, ma anche differenze sistematiche nello stile di risposta dei partecipanti. La seconda intercetta casuale ha permesso di tenere conto della possibile somiglianza tra risposte provenienti dalla stessa CT, dovuta a elementi condivisi di contesto, organizzazione del trattamento, clima istituzionale o modalità di somministrazione (Christensen, 2025; Hedeker, 2015; Barbieri et al., 2017; Taylor et al., 2023).

Per ciascuno strumento è stato stimato un modello nullo, contenente solo le intercette casuali per partecipante e comunità terapeutica, e un modello con Item come effetto fisso. I due modelli sono stati confrontati tramite likelihood ratio test (LRT), al fine di verificare se l'inclusione dell'item migliorasse significativamente la descrizione dei dati rispetto a una struttura in cui gli item non venivano distinti. A supporto del confronto è stato riportato anche l'Akaike Information Criterion (AIC), un criterio informativo di confronto tra modelli che tiene conto sia dell'adattamento ai dati sia della complessità del modello: a parità di dati analizzati, valori più bassi di AIC indicano un modello preferibile secondo tale criterio (Akaike, 1974; Burnham & Anderson, 2002). In presenza di un miglioramento significativo, è stato prodotto un ranking degli item tramite stime marginali su scala latente logit. Tali stime non corrispondono alle medie grezze degli item, ma indicano la propensione stimata di ciascun item a ricevere risposte nelle categorie più alte della scala, al netto della tendenza individuale del partecipante e dell'effetto di comunità.

Per il questionario DT, le risposte ASSENTE e i dati mancanti sono stati esclusi dal modello CLMM. Il modello è stato quindi stimato solo sulle valutazioni comprese tra 1 e 5 e deve essere interpretato come confronto tra dispositivi indicati come presenti o valutabili, non come confronto tra tutti i dispositivi elencati.

5.3.5.3 Sezione 3: Analisi qualitativa tematica

L'analisi qualitativa ha seguito l'approccio dell'analisi tematica (*Thematic Analysis*), tra le strategie qualitative più consolidate per l'esplorazione delle esperienze e delle prospettive di pazienti e utenti nella ricerca sui servizi sanitari (Braun & Clarke, 2022; Braun et al., 2019; Saunders et al., 2023). Tale approccio consente di indagare la soggettività e i significati attribuiti all'esperienza di cura senza imporre rigidamente categorie interpretative a priori, mantenendo al contempo una struttura analitica compatibile con l'integrazione tra dati qualitativi e quantitativi. La sua applicazione a risposte aperte scritte raccolte tramite questionario è ampiamente documentata in studi recenti su popolazioni cliniche adulte in trattamento, nei quali si è rivelato particolarmente utile per esplorare in modo sistematico percezioni, bisogni e fattori terapeutici riferiti dagli utenti (Cunningham & Wells, 2017; Li et al., 2025).

Nello specifico è stato adottato un approccio di tipo *Codebook* all'analisi tematica, indicato nei contesti di ricerca applicata e nei progetti che prevedono il coinvolgimento di più ricercatori o ricercatrici nel processo di codifica. Tale approccio prevede la costruzione e il progressivo affinamento di una struttura condivisa di codici, il *codebook*, utilizzato per organizzare, tracciare e rendere trasparente lo sviluppo dell'analisi (Braun et al., 2019; Saunders et al., 2023). All'interno del *codebook* vengono raccolti e spiegati i codici e i sottocodici da associare alle stringhe di testo, in

modo che i ricercatori condividano gli stessi strumenti di analisi. A seconda dell'approccio adottato per costruzione del *codebook*, questo può essere definito a priori sulla base delle domande di ricerca (logica deduttiva), può essere costruito a partire dalla natura del materiale (logica induttiva), o può riflettere l'applicazione di una logica combinata (Saunders et al., 2023). Nel presente lavoro è stata adottata una costruzione combinata: la macro-domanda di ricerca - ovvero quali aspetti del trattamento comunitario gli utenti percepiscano come più terapeutici - ha fornito la cornice interpretativa entro cui sono stati definiti i codici di primo livello, mentre la specificazione dei sottocodici è stata costruita in modo iterativo ed esplorativo, in base a quanto emergeva progressivamente dal materiale testuale.

Il *codebook* non ha la funzione di standardizzare meccanicamente la codifica né di garantire automaticamente la concordanza tra valutatrici, ma costituisce uno strumento di lavoro che facilita il confronto interpretativo, la coerenza analitica e la gestione di corpus testuali medio-ampi (Saunders et al., 2023).

Coerentemente con gli obiettivi dello studio, la codifica è stata condotta a un livello prevalentemente semantico, ovvero ancorata al contenuto esplicitamente espresso dai partecipanti, evitando che le ricercatrici cercassero di inferire significati latenti (Braun & Clarke, 2022). Questa scelta riflette la decisione di mettere al centro l'esperienza consapevole ed esplicita dell'utente, mappando quindi in modo sistematico e tracciabile ciò che gli utenti riferiscono come terapeutico o non terapeutico, non quello che i clinici o i valutatori osservano o inferiscono dalle parole o dai comportamenti degli utenti.

La scelta dell'analisi tematica si è rivelata particolarmente adeguata a un materiale in cui nelle stesse risposte potevano co-occorrere frequentemente descrizioni di esperienze, dispositivi

relazionali, pratiche assistenziali e spiegazioni del cambiamento. Si è quindi preferito un approccio più flessibile e descrittivo-esplorativo rispetto ad altri approcci qualitativi, quali la *Template Analysis* e la *Framework Analysis*, che nella loro forma classica risultano maggiormente orientati all'organizzazione del materiale all'interno di una struttura tematica preliminare o una matrice analitica esplicita (Ritchie & Spencer, 1994; King & Brooks, 2018).

Corpus testuale e domande analizzate

Il corpus analizzato è costituito dai 205 protocolli restituiti, ciascuno potenzialmente composto dalle risposte alle 4 domande aperte del questionario. Ai fini dell'organizzazione del lavoro analitico, e quindi del campionamento del materiale per le varie fasi di sviluppo del codebook, verifica di convergenza e codifica sistematica, il denominatore è rappresentato dai 205 protocolli restituiti. Ai fini dell'analisi tematica invece il denominatore è stato ristretto ai 199 partecipanti che avevano fornito almeno una risposta codificabile alle domande.

Come descritto dettagliatamente nel paragrafo 5.3.2, la sezione qualitativa del questionario comprendeva quattro domande aperte, riportate di seguito per completezza.

1. *Le chiediamo ora di descrivere brevemente cosa ha disegnato e perché¹.*
2. *Ripensando al percorso in comunità che ha svolto dall'ingresso fino ad oggi in questa specifica struttura riuscirebbe a identificare un momento o un evento particolarmente importante in cui ha percepito che la comunità le è stata di aiuto per il tuo cambiamento e per il suo percorso verso il benessere? Le chiediamo di descriverlo, specificando cosa è*

¹ La domanda era preceduta da un compito da un compito: veniva richiesto ai partecipanti di rappresentare con un disegno libero il modo in cui lo/la stesse aiutando la comunità terapeutica.

accaduto, quando e dove è avvenuto, con chi era (altri utenti, operatori, familiari) e perché è stato importante per lei

3. *Le chiediamo di pensare a quegli aspetti della comunità e del percorso in comunità che ritiene siano più utili e di aiuto: quali sono e perché, secondo lei, sono così d'aiuto?*
4. *Le chiediamo infine di pensare a quegli aspetti della comunità e del percorso in comunità che ritiene invece NON siano utili e di aiuto: quali sono e perché, secondo lei, non sono così d'aiuto?*

In fase di analisi, le risposte alla prima domanda sono state escluse dalla codifica tematica principale. Tale decisione è stata presa a posteriori, dopo una prima lettura del materiale, poiché la formulazione della seconda parte della domanda (“[...] e perché [lo ha disegnato]?”) risultava suscettibile di due interpretazioni: da un lato, la richiesta di spiegare il contenuto del disegno, dall'altro, la richiesta di esplicitare in che modo la comunità fosse stata d'aiuto. Questa ambiguità si rifletteva nell'eterogeneità delle risposte, alcune prevalentemente descrittive e altre più direttamente riferite al valore terapeutico dell'esperienza. Per evitare di attribuire retrospettivamente un significato terapeutico a testi che potevano essere nati come semplice descrizione del disegno, Q1 è stata considerata come elemento facilitatore del protocollo, al pari del compito grafico che la introduceva (vedi § 5.3.2), e non come parte del corpus tematizzato .

L'analisi tematica principale ha riguardato quindi le risposte a Q2, Q3 e Q4. Le informazioni relative a esperienze, dispositivi e aspetti utili e non utili del percorso sono state codificate trasversalmente alle tre domande, limitandosi a quanto il partecipante riconosceva esplicitamente come terapeutico o non terapeutico. Coerentemente con questo approccio, per Q2 è stata adottata una

cautela specifica: poiché la domanda richiedeva di descrivere un episodio significativo, indagando esplicitamente alcuni dettagli contestuali - come luogo, attività in corso o persone presenti - si è osservato che queste potevano costituire semplici dettagli narrativi dell'evento elicitati dalla domanda e non aspetti riconosciuti come terapeutici in sé. Sono state quindi codificate unicamente le componenti a cui il partecipante attribuiva esplicitamente valore terapeutico o utilità. Le parti delle risposte in cui i partecipanti spiegavano perché un elemento fosse stato utile, infine, sono state considerate particolarmente rilevanti, poiché permettevano di passare dalla semplice identificazione di un aspetto o episodio del percorso alla descrizione del significato o dell'effetto che tale aspetto assumeva nell'esperienza del partecipante..

Le spiegazioni fornite dai partecipanti circa il perché un elemento fosse utile sono state utilizzate per precisare la codifica: quando descrivevano un effetto soggettivo o un'esperienza prodotta dal percorso sono state codificate nel dominio PTE; quando identificavano una pratica, un'attività o un assetto della comunità riconosciuto come utile sono state codificate nel dominio PTD. In questo modo, la domanda sul “perché” ha permesso di distinguere, ove possibile, tra il dispositivo indicato dall'utente e l'esperienza terapeutica che l'utente vi associava.

Sviluppo del codebook e strategia di codifica

Il processo analitico qualitativo si è articolato in quattro fasi successive: (1) lo sviluppo collaborativo del *codebook*, (2) una verifica di convergenza, (3) la codifica sistematica, (4) la costruzione di temi.

Nella prima fase il *codebook* è stato costruito attraverso una procedura iterativa di codifica collaborativa (Richards & Hemphill, 2018) su un campione di 35 risposte (circa il 17% del corpus),

estratto casualmente prima di qualsiasi analisi sistematica. Le due ricercatrici hanno lavorato congiuntamente su questo campione nel corso di dodici incontri sincroni tra gennaio e marzo 2026, leggendo i testi in anticipo e discutendo ciascuna risposta al fine di costruire definizioni operative condivise. Questa fase non prevedeva il calcolo dell'accordo tra valutatrici, poiché la codifica congiunta aveva l'obiettivo di sviluppare un linguaggio analitico comune e non di testarne la stabilità (Richards & Hemphill, 2018). E' stata adottata come unità di codifica il singolo segmento di significato (la specifica stringa testuale) idoneo ad essere rappresentato dal codice, scelta che ha consentito di mantenere il legame fra ciascun codice e le citazioni che lo esemplificano, a beneficio sia della verifica a ritroso e del confronto fra le ricercatrici, sia della restituzione dei dati con materiale testuale esemplificativo.

In sede di analisi, qualora uno stesso codice completo (quindi codice di primo livello + codice di secondo livello) ricorresse più volte nelle risposte di un medesimo partecipante, questo è stato conteggiato una sola volta. Le frequenze riportate quindi riflettono il numero di partecipanti che hanno espresso ciascun codice, e non il numero complessivo di occorrenze testuali, così da non sovrastimare il peso di codici menzionati ripetutamente dallo stesso rispondente.

Il *codebook* così sviluppato è stato articolato su due livelli: una parte fissa, costituita dai codici di primo livello, e una parte progressivamente affinata, costituita dai sottocodici o codici di secondo livello. Sono stati definiti 4 codici di primo livello, 3 dei quali derivati dalla domanda di ricerca originale e 1 emergente:

- PTE (*Perceived Therapeutic Experience*), che raccoglie le esperienze che l'utente riconosce come curative;

- PTD (*Perceived Therapeutic Device*), che raccoglie i dispositivi concreti messi in campo dalla comunità e riconosciuti come utili;
- NH (*Not Helpful*), che raccoglie le critiche esplicite a dispositivi o esperienze proposti dalla comunità con finalità terapeutica;
- CH (*Challenge*), è stato introdotto in corso di analisi (vedi 5.4.3) per accogliere un contenuto ricorrente non previsto nel disegno iniziale ma che è emerso in modo ricorrente in Q4, relativo a fatiche e difficoltà percepite nel percorso terapeutico, riconducibili a vissuti personali o limiti strutturali ma non codificabili come effettive critiche a dispositivi terapeutici.

I quattro codici sono stati applicati quindi a Q2, Q3 e Q4 e sono stati considerati afferenti a domini concettuali distinti, quindi analizzati ciascuno al proprio interno e non posti a confronto tra loro per frequenza.

La struttura prevedeva inoltre, per ciascun codice di primo livello, dei codici di secondo livello che specificano il tipo di PTE, PTD, NH o CH, specifici per ciascun codice. Sono stati inoltre previsti due codici di secondo livello trasversali:

- una categoria residuale *_Altro*, che raccoglie i contenuti non riconducibili ad alcun sottocodice tematico del rispettivo codice di primo livello. In fase di costruzione, le singole occorrenze di *_Altro* sono state etichettate analiticamente al solo scopo di verificarne la non-ridondanza rispetto ai sottocodici esistenti e l'eventuale afferenza ad altre famiglie, ma in sede di analisi vengono trattate come un unico residuo aggregato, non interpretato granularmente;

- una categoria *_NI (Non Interpretabile)*, che è stata impiegata per le unità in cui il riferimento del partecipante, pur pertinente ad uno specifico codice di primo livello, non risultava interpretabile in modo univoco per via di contenuti troppo generici o al contrario troppo specifici.

Nella seconda fase, prima della codifica sistematica, è stata condotta una verifica di convergenza su un campione di 16 protocolli (circa il 10% del corpus residuo), estratti casualmente. Le due ricercatrici hanno codificato questo campione in modo indipendente, applicando il *codebook* sviluppato nella fase precedente. La convergenza è stata quantificata aggregando le codifiche per le 3 domande mediante un indice di accordo positivo, calcolato come rapporto tra il numero di codici assegnati da entrambe le ricercatrici (concordanze) e il totale dei codici assegnati (concordanze + discordanze), con esclusione degli accordi negativi, una scelta raccomandata in presenza di codici non mutuamente esclusivi e sistematicamente co-occorrenti, condizione in cui includere il conto degli accordi negativi gonfierebbe artificiosamente la stima dell'accordo (O'Connor & Joffe, 2020).

$$convergenza = \frac{n \text{ concordanze}}{n \text{ concordanze} + n \text{ discordanze}}$$

L'unità rispetto a cui è stato calcolato l'accordo è la presenza o assenza di ciascun codice nella risposta complessiva alla singola domanda, e non la collocazione del codice sullo specifico segmento testuale: tale scelta è giustificata dalla brevità delle risposte aperte, mediamente 31 parole a risposta, in cui la singola risposta tende a coincidere con poche unità di significato. La categoria *_NI* è stata trattata, ai fini del calcolo, alla stregua di qualsiasi altro codice.

La soglia decisionale era stata fissata a priori: un livello di accordo pari ad almeno l'80% - una soglia comunemente adottata nelle valutazioni di accordo percentuali (O'Connor & Joffe, 2020) -

sarebbe stato interpretato come evidenza sufficiente della stabilità del *codebook* per procedere con una codifica parallela indipendente, suddividendo il corpus residuo tra le due ricercatrici, mentre un valore inferiore avrebbe indicato l'opportunità di una codifica congiunta. La verifica di convergenza è stata quindi utilizzata per valutare preliminarmente la stabilità applicativa del codebook e orientare la scelta del flusso di codifica più appropriato. L'esito della verifica (riportato nella Sezione Risultati) ha condotto alla scelta di una codifica congiunta dell'intero corpus.

Nella terza fase, conseguentemente all'esito della verifica, la totalità dei protocolli residui è stata sottoposta a codifica congiunta: ciascuna risposta è stata esaminata da entrambe le ricercatrici e le eventuali discrepanze sono state risolte mediante discussione fino al raggiungimento del consenso (Richards & Hemphill, 2018). Il flusso di lavoro è stato strutturato intorno a incontri di allineamento settimanali, nel corso dei quali venivano discusse in particolare le istanze codificate come *_Altro* - ossia le unità testuali concettualmente riconducibili a un codice di primo livello ma non a un sottocodice predefinito - e venivano verificate eventuali ridondanze o sovrapposizioni tra i sottocodici via via generati, integrandoli o eliminandoli ove necessario. Le istanze *_Altro* residue, costituite in prevalenza da contenuti molto specifici riferiti da singoli partecipanti, sono state mantenute come tali dopo aver verificato che non corrispondessero a sottocodici già formalizzati, a conferma della loro natura idiosincratica. La scelta di una codifica congiunta protratta fino al termine dell'analisi è coerente con la natura del materiale: la moderata convergenza osservata è stata attribuita dalle valutatrici principalmente alla brevità e la talvolta limitata determinatezza descrittiva delle risposte aperte, nonché alla presenza di margini di affinamento del *codebook*: la codifica congiunta ha consentito di gestire collaborativamente entrambe le fonti di ambiguità senza forzare la concordanza. A questo proposito, i due dispositivi di codifica trasversale - la categoria *_NI*, per le

unità non interpretabili in modo univoco, e la possibilità di aprire nuovi codici sotto la categoria *Altro* - hanno permesso di registrare in modo tracciabile sia l'ambiguità irriducibile del materiale sia i contenuti non previsti dal *codebook*, anziché risolverli arbitrariamente o escluderli dall'analisi. L'esito di questa fase è riportato in Appendice 4 (Tabella A4.12) dove viene riportato il *codebook* con le frequenze relative per codice.

Nella quarta fase, completata la codifica dell'intero corpus, si è proceduto alla costruzione dei temi a partire dalla struttura di codici. Coerentemente con il l'approccio tipo *Codebook* adottato e con la natura prevalentemente descrittiva della codifica, i temi sono intesi come sintesi organizzate del contenuto manifesto afferente a ciascun dominio (*topic summaries*) e non come "*fully realised themes*" costruiti attorno a un concetto centrale latente (Braun & Clarke 2021). L'organizzazione tematica ha seguito in larga misura la gerarchia interna già presente nel *codebook*: i quattro codici di primo livello (PTE, PTD, NH, CH) costituiscono i domini tematici principali, entro i quali i codici afferenti sono stati raggruppati in temi. Dove il *codebook* prevedeva già un livello intermedio, i temi rispecchiano prevalentemente tale articolazione; dove invece tale livello non era previsto, codici affini sono stati ricondotti ad aree di significato comuni mediante un'operazione di astrazione mantenuta sul piano descrittivo, senza inferenze sui significati impliciti. La definizione e la denominazione dei temi sono state condotte congiuntamente dalle due ricercatrici, facendo riferimento alle citazioni testuali associate a ciascun codice come materiale esemplificativo. Coerentemente con la natura non mutuamente esclusiva dei codici, uno stesso partecipante può concorrere a più temi, anche entro il medesimo dominio: le frequenze associate ai temi sono pertanto state calcolate come numero di partecipanti distinti che esprimono almeno un codice afferente al tema (conteggio per unione), trattate come prevalenze indipendenti e non additive.

Tabella 5.2 - Schema delle fasi analitiche qualitative

Fase	Materiale	Procedura	Output
Fase 1 Sviluppo del codebook	35 protocolli	Codifica congiunta collaborativa	I versione del <i>codebook</i> con definizioni operative: parte fissa (codici di I livello) e parte variabile (codici di II+ livello)
Fase 2 Verifica di convergenza	16 protocolli	Codifica indipendente parallela. Calcolo della convergenza (indice di accordo positivo)	Esito decisionale sul flusso di codifica
Fase 3 Codifica sistematica	154 protocolli	Codifica congiunta (risoluzione delle discrepanze per consenso, allineamenti settimanali)	<i>Codebook</i> definitivo. Dataset codificato completo.
Fase 4 Costruzione di temi	205 protocolli + <i>codebook</i>	Elaborazione di temi (domini) descrittivi	Definizione di temi e sotto-temi

Qualità dell'analisi e riflessività

La qualità dell'analisi è stata presidiata attraverso più dispositivi complementari. Gli incontri periodici di allineamento, corredati di note descrittive sulle modifiche apportate al *codebook*, hanno garantito coerenza interna e tracciabilità delle scelte analitiche nel tempo. La verifica di convergenza ha fornito un'indicazione preliminare sulla stabilità del *codebook*, impiegata per orientare il disegno della codifica mentre composizione intenzionalmente complementare del gruppo di ricerca ha inoltre funzionato come forma di controllo riflessivo e circolare rispetto alle sfide interpretative (Braun & Clarke, 2022).

In coerenza con la centralità attribuita alla riflessività come componente del rigore nella ricerca qualitativa (Braun & Clarke, 2022), si esplicita la posizionalità delle ricercatrici. Entrambe sono psicologhe cliniche, abilitate all'esercizio della professione in Italia e iscritte all'albo degli Psicologi. La prima ricercatrice, dottoranda in Sanità Pubblica durante lo svolgimento dello studio,

ha maturato esperienza diretta nel contesto delle comunità terapeutiche attraverso un tirocinio biennale di specializzazione in psicoterapia presso una struttura non inclusa nel campione. La seconda ricercatrice, specializzata in psicoterapia analitica individuale e di gruppo, collabora da cinque anni come consulente esterna a un progetto di valutazione tra pari di comunità terapeutiche, anch'esso privo di sovrapposizioni con le strutture campionate. Questa configurazione ha offerto familiarità con il contesto e con il linguaggio dei dispositivi terapeutici, mantenendo al contempo indipendenza rispetto alle strutture oggetto di studio. La codifica a livello prevalentemente semantico, la composizione complementare del gruppo - con un profilo più orientato alla sanità pubblica e al contesto comunitario e l'altro alla clinica e alla valutazione tra pari - e la pratica della codifica congiunta con risoluzione per consenso hanno costituito i principali dispositivi per mitigare la possibile tendenza delle ricercatrici a privilegiare letture del cambiamento influenzate da specifici orientamenti teorici, rendendo il più possibile espliciti e negoziabili gli assunti interpretativi impliciti.

Presentazione dei risultati

Il reporting dello studio è conforme alle indicazioni delle Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR; O'Brien et al., 2014). In particolare, i risultati dell'analisi qualitativa sono presentati attraverso una narrazione tematica corredata di citazioni esemplificative tratte dal corpus e accompagnata da tabelle di frequenza per domino, tema e sotto-tema. Questa modalità di restituzione ibrida riflette il disegno *mixed methods* dello studio e ne facilita una lettura da un vertice di tipo interdisciplinare.

5.3.5.4 Software e strumenti analitici

Le analisi quantitative sono state condotte in R versione 4.1.2 (R Core Team, 2021). La manipolazione preliminare dei dati e la selezione degli item sono state effettuate con *dplyr* versione 1.1.2 (Wickham et al., 2023), mentre l'importazione dei file Excel è stata effettuata con *readxl* versione 1.4.2 (Wickham & Bryan, 2023). Le analisi psicometriche, incluse correlazioni policoriche, indice KMO, test di sfericità di Bartlett, parallel analysis e analisi fattoriali esplorative, sono state condotte con *psych* versione 2.5.6 (Revelle, 2025). I modelli ordinali cumulativi a effetti misti sono stati stimati con il pacchetto *ordinal* versione 2022.11.16, che implementa cumulative link models e cumulative link mixed models per dati ordinali (Christensen, 2025). Le stime marginali degli item su scala latente sono state ottenute tramite il pacchetto *emmeans* versione 2.0.0 (Lenth & Piaskowski, 2026).

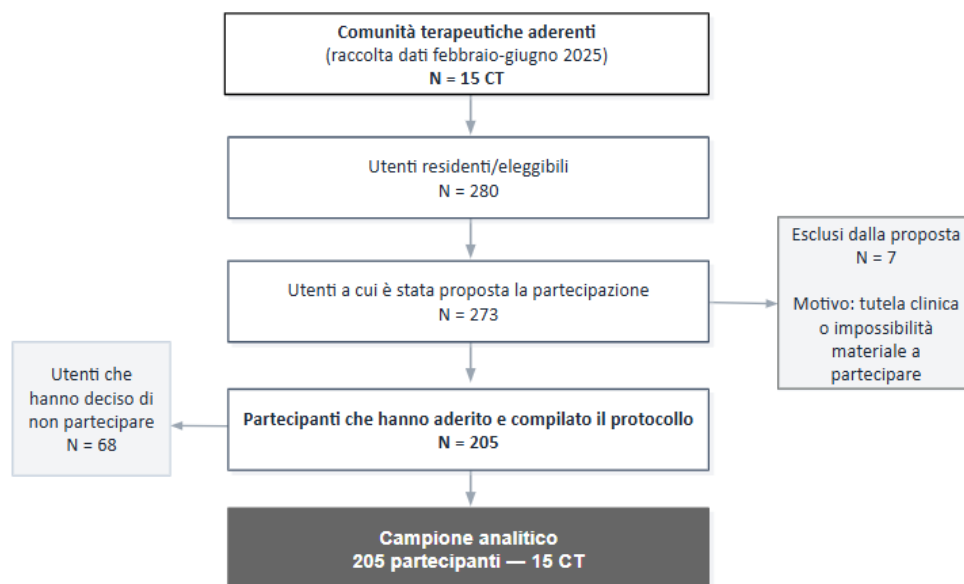
Le analisi qualitative sono state condotte con Atlas-ti WEB (versione 26) per la gestione del corpus testuale e della, strutturando i code groups in corrispondenza delle sezioni del *codebook*. L'estrazione, l'organizzazione e il calcolo delle frequenze e delle co-occorrenze dei codici sono stati effettuati in Microsoft Excel. L'integrità dei conteggi esportati è stata verificata mediante riconciliazione dei totali tra il software di codifica e le tabelle di analisi.

5.4 Risultati

5.4.1 Sezione - Analisi descrittiva del campione di CT e partecipanti

5.4.1.1 Caratteristiche del campione di CT

Alla raccolta dati hanno aderito 15 CT, che hanno portato a termine la raccolta dei dati tra febbraio e giugno 2025. Le 15 CT incluse nell'analisi dei dati avevano complessivamente 294 posti letto e al momento della raccolta dati ospitavano 280 utenti. In accordo con i criteri di inclusione concordati con le CT la partecipazione è stata proposta a tutti gli utenti salvo casi in cui per la tutela del benessere e della salute dell'utente stesso venisse ritenuta opportuna un'esclusione a priori (vedi § 6.2.3). La partecipazione alla ricerca è quindi stata proposta ad un totale di 273 utenti e di questi 205 hanno portato a termine il protocollo, con un tasso di partecipazione del 73.21% rispetto al totale degli utenti presenti nelle CT e del 75.09% rispetto al totale degli utenti coinvolti. Le tabelle con il riepilogo del numero di partecipanti e il dettaglio per ciascuna comunità sono riportate in Appendice 4 (Tabella A4.1 e Tabella A4.2)



Tutte le comunità partecipanti ($N = 15$) si collocano nelle zone del centro e del nord Italia (5 in Lazio, 4 in Umbria, 5 in Lombardia e 1 in Piemonte). La maggioranza del campione di CT ($n = 9$, 60.00%) adotta un approccio terapeutico di tipo psicodinamico mentre 3 (20.00%) adottano un modello di tipo cognitivo comportamentale, 2 (13.33%) hanno dichiarato di adottare un approccio terapeutico misto o integrato, quindi includendo almeno due approcci clinici differenti e 1 (7.7%) adotta il modello Integrato Funzionale di Zapparoli (Zapparoli, 2009). 12 CT (80.00%) sono strutture di tipo privato convenzionato o privato accreditato contrattualizzato, quindi con un gestore privato (non profit o for profit), accreditato e con contratto attivo con il SSR per l'acquisto di posti a tariffa regionale, 2 CT (13.33%) sono di tipo misto quindi in cui co-esistono posti acquistati dal SSR e posti privati nella stessa unità mentre solo 1 (6.67%) è pubblica e quindi con gestore unicamente pubblico, accreditata o interna al SSR con posti completamente finanziati dal SSR secondo regole regionali. Le CT hanno una capacità ricettiva media di 20 utenti, come un'ampia variabilità ($M = 19.46$, $DS = 11.40$, *Mediana* = 20, intervallo 8-46) (vedi Tabella 7.4).

Tabella 5.3 Caratteristiche delle CT coinvolte.

Nome CT	Regione	Orientamento terapeutico	Tipo di struttura	Capacità Ricettiva
Casa Colonica	Umbria	Psicodinamico	Mista	9
Castelluccia	Lazio	Psicodinamico	Privata Convenzionata	20
Comunità Terapeutica Romana	Lazio	Psicodinamico	Privata Convenzionata	11
CREST Cuveglio	Lombardia	Cognitivo-Comportamentale (Recovery Model)	Privata Convenzionata	30
CREST Teseo	Lombardia	Cognitivo-Comportamentale (Terapia Dialettico Comportamentale)	Privata Convenzionata	10
CREST Vinago	Lombardia	Cognitivo-Comportamentale (Terapia Dialettico Comportamentale)	Privata Convenzionata	20
Il Borgo	Umbria	Psicodinamico	Mista	8
Il Poggio	Umbria	Cognitivo-Comportamentale; Psicodinamico	Pubblica	10
Il Porto	Piemonte	Psicodinamico	Privata Convenzionata	46
La Grande Montagna	Lazio	Psicodinamico	Privata Convenzionata	10
La Nostra Locanda	Lombardia	Psicodinamico	Privata Convenzionata	20
Lahuen	Umbria	Cognitivo-Comportamentale; Sistemico-Relazionale; Psicodinamico	Privata Convenzionata	40
Reverie Comunità 1	Lazio	Psicodinamico	Privata Convenzionata	20
Reverie Fondatori	Lazio	Psicodinamico	Privata Convenzionata	20
Villa Gatta	Lombardia	Modello integrato funzionale di Zapparoli	Privata Convenzionata	20

Per quanto riguarda l'età dell'utenza alla quale le CT si rivolgono, 9 (60.00%) accolgono giovani adulti e adulti (18-65 anni), 3 (20.00%) solo utenti adulti (25-65 anni), 2 (13.33%) solo giovani adulti (18-24 anni) mentre solo 1 (6.67%) accoglie adulti e anziani (>65 anni). In termini diagnostici quasi tutte le CT accolgono utenti con disturbi psicotici o dell'umore ($n = 14$, 93.33%), 12 (80.00%) accolgono utenti con disturbi di personalità, 3 (20.00%) disturbi che includono l'uso di sostanze (quindi disturbo da uso di sostanze e disturbo da uso di sostanze associato a disturbo di

personalità), solo 1 (6.67%) ospita utenti con ADHD e 1 (6.67%) utenti con disturbi dell'alimentazione e della nutrizione.

Nelle 15 CT coinvolte il tasso medio di drop-out, inteso come numero di dimissioni non concordate (casi in cui l'utente lascia la CT non in accordo con il parere dei curanti) nei 12 mesi precedenti la rilevazione rispetto al numero di dimissioni totali, risulta del 32,19% ($DS = 21,10\%$, intervallo 0-64.299%).

Tabella 5.4 Caratteristiche dell'utenza a cui si rivolgono le CT

Nome CT	Età utenza*	Tipologia utenza**	dimissioni concordate***	dimissioni NON concordate***	Tasso drop-out
Casa Colonica	Adulti, Anziani	Disturbi psichiatrici, Disturbi di personalità	7	2	28.60%
Castelluccia	Giovani adulti, Adulti	Disturbi psichiatrici, Disturbi di personalità	6	1	16.70%
Comunità Terapeutica Romana	Giovani adulti, Adulti	Disturbi psichiatrici, Disturbi di personalità	6	3	50.00%
CREST Cuveglio	Giovani adulti, Adulti	Disturbi da uso di sostanze, Doppia diagnosi	45	27	60.00%
CREST Teseo	Adulti	Disturbi psichiatrici, Disturbi di personalità	2	1	50.00%
CREST Vinago	Giovani Adulti, Adulti	Disturbi psichiatrici, Disturbi di personalità	5	9	64.29%
Il Borgo	Giovani adulti	Disturbi psichiatrici, Disturbi di personalità, Doppia diagnosi	4	2	50.00%
Il Poggio	Adulti	Disturbi psichiatrici, Disturbi di personalità	1	0	0.00%
Il Porto	Giovani adulti, Adulti	Disturbi psichiatrici, Disturbi di personalità, Disturbi da uso di sostanze, Doppia diagnosi, ADHD, DCA/DNA	15	5	33.30%
La Grande Montagna	Giovani adulti	Disturbi psichiatrici, Disturbi di personalità	2	0	0.00%
La Nostra Locanda	Giovani adulti, Adulti	Disturbi psichiatrici, Disturbi di personalità	10	3	30.00%
Lahuen	Giovani adulti, Adulti	Disturbi psichiatrici, Disturbi di personalità, Doppia diagnosi	16	6	37.50%
Reverie Comunità 1	Giovani adulti,	Disturbi psichiatrici,	5	3	37.50%

	Adulti	Disturbi di personalità			
Reverie Fondatori	Giovani adulti, Adulti	Disturbi psichiatrici, Disturbi di personalità	6	2	25.00%
Villa Gatta	Adulti	Disturbi psichiatrici	8	0	0.00%

* *Giovani adulti 18-24 anni; Adulti 25-65 anni; Anziani >65 anni*

** *Disturbi psichiatrici (disturbi dello spettro psicotico e dell'umore); Disturbi di personalità, Doppia diagnosi (disturbi correlati all'uso di sostanze in associazione con almeno un'altra diagnosi psichiatrica), ADHD (Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività), DCA/DNA (Disturbi del comportamento alimentare o Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione), Disturbi da uso di sostanze*

*** *Dimissioni concordate/Dimissioni NON concordate negli ultimi 12 mesi dal giorno della compilazione dell'Anagrafica di comunità*

5.4.1.2 Caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei partecipanti

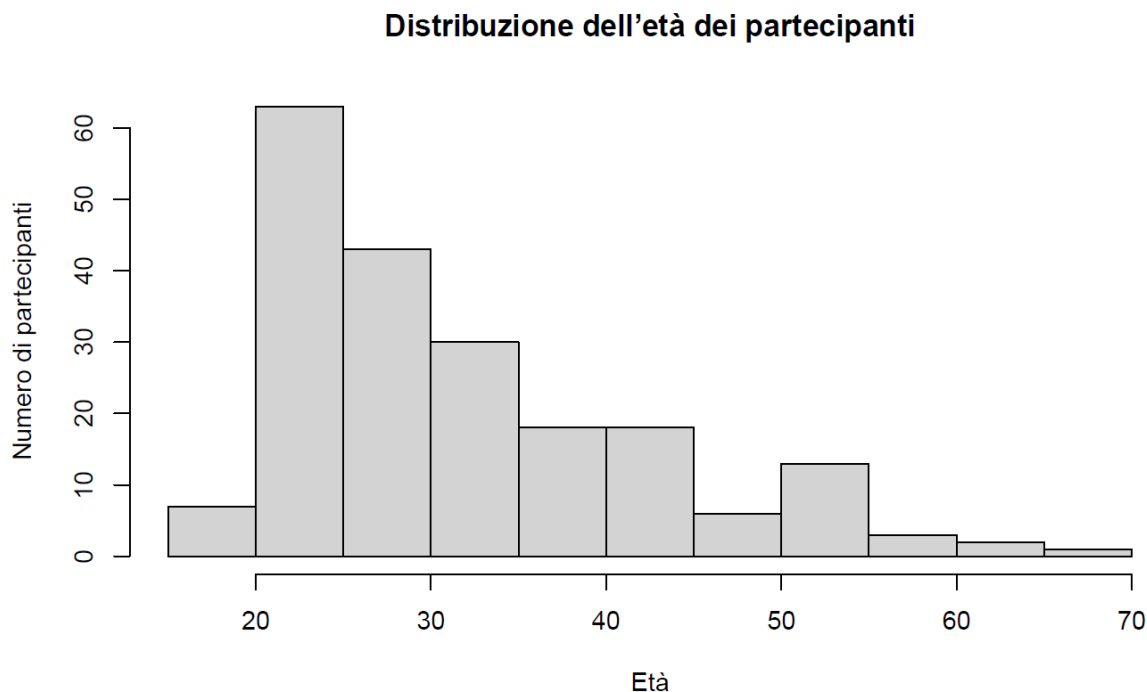
Le caratteristiche socio-demografiche, cliniche e relative al percorso comunitario dei partecipanti sono state descritte a partire dai dati raccolti tramite CRF. Salvo diversa indicazione, le percentuali sono calcolate sul totale del campione dei partecipanti, pari a 205 utenti. I dati mancanti sono riportati esplicitamente, in modo da documentare la completezza delle informazioni disponibili per ciascuna variabile.

Tabella 5.5 - Caratteristiche dei partecipanti (variabili continue)

variabile	n validi	n na	media	ds	mediana	p25	p75	iqr	min	max
Età	204	1	31,16	10,69	28	22	37,25	15,25	18	69
Mesi trascorsi nell'attuale CT	204	1	19,22	27,91	14	6	25,25	19,25	0,2	363
Numero percorsi precedenti in CT	201	4	0,97	1,24	1	0	2	2	0	6
Età al primo ingresso in CT	202	3	26,48	9,27	25	19,25	30	10,75	10	61

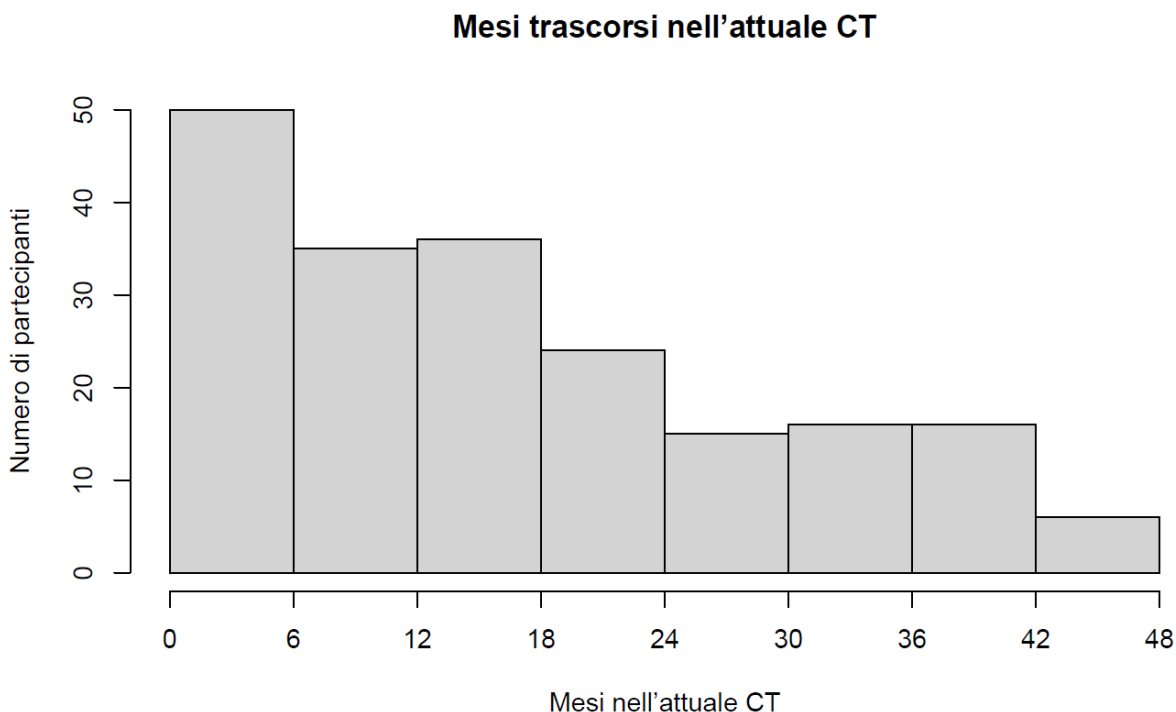
L'età media dei partecipanti era pari a 31,16 anni (DS = 10,69), con una mediana di 28 anni e un intervallo compreso tra 18 e 69 anni. Il dato era disponibile per 204 partecipanti, con un solo valore mancante. La distribuzione dell'età è rappresentata graficamente nella Figura X.

Immagine 5.3 - Istogramma distribuzione età



Per quanto riguarda il tempo trascorso nell'attuale comunità terapeutica, il dato era disponibile per 204 partecipanti. Considerando tutti i valori disponibili, i partecipanti risultavano inseriti nella CT da una media di 19,22 mesi ($DS = 27,91$), con una mediana di 14 mesi e un intervallo compreso tra 0,2 e 363 mesi. La distribuzione mostra un'elevata variabilità ed è influenzata dalla presenza di un valore estremo pari a 363 mesi, nettamente superiore al secondo valore massimo osservato, pari a 72 mesi. Escludendo tale valore, la media risulta pari a 17,53 mesi ($DS = 13,95$). Per questo motivo, oltre a media e deviazione standard, sono riportati anche mediana e intervallo interquartile, meno sensibili alla presenza di valori estremi. La Figura 5.4 mostra la distribuzione dei mesi trascorsi nell'attuale CT limitatamente all'intervallo 0–48 mesi, al fine di rendere leggibile la parte della distribuzione in cui si concentra la maggior parte delle osservazioni.

Immagine 5.4- Istogramma distribuzione età



Nota: il grafico è limitato all'intervallo 0–48 mesi (4 anni), al fine di rendere leggibile la parte della distribuzione in cui si concentra la maggior parte delle osservazioni. I valori superiori a 48 mesi ($n = 6$: 51, 54, 56, 61, 72 e 363 mesi) sono stati esclusi dalla sola visualizzazione, ma inclusi nelle statistiche descrittive riportate nel testo e in tabella.

Il numero medio di percorsi precedenti in comunità terapeutica era pari a 0,97 ($DS = 1,24$), con mediana pari a 1 e intervallo compreso tra 0 e 6. Il dato era disponibile per 201 partecipanti. L'età media al primo ingresso in CT era pari a 26,48 anni ($DS = 9,27$), con mediana di 25 anni e valori compresi tra 10 e 61 anni. Il dato era disponibile per 202 partecipanti.

Rispetto al sesso/genere, il campione era composto da 102 maschi (49,8%), 97 femmine (47,3%) e 5 persone che si definiscono altro/non binarie (2,4%) mentre 1 dato risultava mancante (0,5%). La distribuzione risulta quindi complessivamente bilanciata tra partecipanti maschi e femmine.

Tabella 5.6 - Caratteristiche dei partecipanti: sesso/genere

Sesso/Genere	n	n totale	% totale
Maschio	102	205	49,8
Femmina	97	205	47,3
Altro / non binario	5	205	2,4
Dato mancante	1	205	0,5

Per quanto riguarda il livello di istruzione, la categoria più rappresentata era il diploma di maturità o equivalente, riportato da 91 partecipanti (44,4%), seguita dalla scuola media, riportata da 66 partecipanti (32,2%). Altri 26 partecipanti (12,7%) avevano sostenuto alcuni esami universitari senza conseguire la laurea, mentre 16 partecipanti (7,8%) avevano conseguito una laurea o un titolo superiore. Il dato era mancante per 6 partecipanti (2,9%).

Tabella 5.7 - Caratteristiche dei partecipanti: livello di istruzione

Livello di istruzione	n	n totale	% totale
Scuole medie	66	205	32,2
Diploma di maturità o equivalente	91	205	44,4
Alcuni esami universitari, senza laurea	26	205	12,7
Laurea o superiore	16	205	7,8
Dato mancante	6	205	2,9

Il dato relativo all'invio da circuito giudiziario era disponibile per 201 partecipanti. Complessivamente, 20 partecipanti (9,8% del campione totale) risultavano inseriti in CT a seguito di invio giudiziario, mentre 181 (88,3%) non presentavano tale condizione. Il dato era mancante per 4 partecipanti (2,0%).

Tabella 5.8- Caratteristiche dei partecipanti: invio giudiziario

Invio da circuito giudiziario	n	n totale	% totale
No	181	205	88,3
Sì	20	205	9,8
Dato mancante	4	205	2

Per quanto riguarda la fase del percorso comunitario, 32 partecipanti (15,6%) risultavano in fase di conclusione del percorso, mentre 170 (82,9%) non erano in fase di conclusione. Il dato era mancante per 3 partecipanti (1,5%).

Tabella 5.9 - Caratteristiche dei partecipanti: fase del percorso

In fase di conclusione del percorso	n	n totale	% totale
No	170	205	82,9
Sì	32	205	15,6
Dato mancante	3	205	1,5

La variabile relativa ai percorsi precedenti in CT è stata ricostruita a partire dal numero di percorsi precedenti riportati nella CRF. 95 partecipanti (46,3%) non avevano svolto percorsi precedenti in CT, 48 (23,4%) avevano svolto un percorso precedente, 31 (15,1%) due percorsi precedenti e 24 (11,7%) tre o più percorsi precedenti. Il dato era mancante per 7 partecipanti (3,4%).

Tabella 5.10 - Caratteristiche dei partecipanti: percorsi precedenti

Percorsi precedenti in CT	n	n totale	% totale
Nessun percorso precedente	95	205	46,3
1 percorso precedente	48	205	23,4
2 percorsi precedenti	31	205	15,1
3 o più percorsi precedenti	24	205	11,7
Dato mancante	7	205	3,4

La descrizione diagnostica è stata condotta considerando separatamente da un lato, il numero complessivo di diagnosi per partecipante, ricondotto a tre classi di comorbidità diagnostica (1 diagnosi, 2 diagnosi, 3 o più diagnosi), dall'altro, la frequenza delle singole categorie diagnostiche specifiche. Poiché le diagnosi potevano co-occorrere nello stesso partecipante, le categorie diagnostiche specifiche non sono mutuamente esclusive e la somma delle frequenze supera il numero complessivo di partecipanti.

*Tabella 5.11 - Caratteristiche dei partecipanti:
comorbidità diagnostica*

numero diagnosi	n	%
1 diagnosi	74	36,1
2 diagnosi	75	36,6
3 o più diagnosi	54	26,3
Dato mancante	2	1,0

Il dato sulla comorbidità diagnostica era disponibile per 203 partecipanti. Considerando il totale del campione, 74 partecipanti (36,1%) presentavano una sola diagnosi, 75 (36,6%) presentavano due diagnosi e 54 (26,3%) presentavano tre o più diagnosi. Il dato era mancante per 2 partecipanti (1,0%). Nel complesso, quindi, oltre il 60% del campione presentava almeno due diagnosi riportate nella CRF.

La panoramica delle diagnosi specifiche mostra che la categoria più frequente era rappresentata dai disturbi di personalità, presenti in 125 partecipanti (61,0% del campione totale). Seguivano i disturbi da uso di sostanze, presenti in 74 partecipanti (36,1%), i disturbi di area psicotica, presenti in 73 partecipanti (35,6%), e i disturbi dell'umore, presenti in 67 partecipanti (32,7%). Le altre categorie diagnostiche erano meno frequenti: 22 partecipanti (10,7%) presentavano

disturbi della condotta alimentare, 14 (6,8%) disturbi del comportamento, 6 (2,9%) ADHD, 6 (2,9%) disturbi d'ansia e 6 (2,9%) disturbi cognitivi. Frequenze inferiori erano osservate per disturbo ossessivo-compulsivo (4 partecipanti, 2,0%), disturbi dello spettro autistico (2 partecipanti, 1,0%), PTSD (2 partecipanti, 1,0%) e categoria “preferisco non indicare/altro” (1 partecipante, 0,5%).

Tabella 5.12 - Caratteristiche dei partecipanti: diagnosi riportate in CRF

Diagnosi	n presente	n validi	n na	% su validi
Disturbi di personalità	125	204	1	61,3
Disturbi da uso di sostanze	74	204	1	36,3
Disturbi di area psicotica	73	204	1	35,8
Disturbi dell'umore	67	204	1	32,8
Disturbi della condotta alimentare	22	204	1	10,8
Disturbi del comportamento	14	204	1	6,9
ADHD	6	204	1	2,9
Disturbi d'ansia	6	204	1	2,9
Disturbi cognitivi	6	204	1	2,9
Disturbo ossessivo-compulsivo	4	204	1	2,0
Disturbi dello spettro autistico	2	204	1	1,0
PTSD	2	204	1	1,0
Preferisco non indicare / Altro	1	204	1	0,5

nota: le diagnosi possono co-occorrere

5.4.1.3 Modalità di compilazione della CRF

La modalità di compilazione della CRF era disponibile per 167 partecipanti, mentre risultava mancante per 38 partecipanti (18,5%). Tra i dati disponibili, la modalità più frequente era la compilazione da parte del partecipante con supporto o integrazione di informazioni da parte dell'operatore, osservata in 98 casi (47,8% del campione totale). In 35 casi (17,1%) la CRF risultava compilata da un operatore o un'operatrice (con l'ausilio della cartella clinica e chiedendo al

partecipante in caso di informazioni mancanti), mentre in 34 casi (16,6%) era stata compilata autonomamente dal partecipante.

Tabella 13 - Modalità di compilazione della CRF

Modalità di compilazione CRF	n	n totale	% totale
Dal partecipante con supporto/integrazione dell'operatore	98	205	47,8
Dato mancante	38	205	18,5
In maniera autonoma da un operatore/un'operatrice	35	205	17,1
In maniera autonoma dal partecipante	34	205	16,6

Questo dato viene riportato come informazione procedurale e di qualità del dato, poiché documenta le diverse modalità con cui le informazioni CRF sono state raccolte nelle comunità partecipanti.

5.4.1.4 Completezza dei dati CRF

La completezza dei dati CRF è risultata complessivamente buona per la maggior parte delle variabili considerate. Le variabili età, sesso/genere e mesi trascorsi nell'attuale CT presentavano un solo dato mancante ciascuna, pari allo 0,5% del campione. La comorbidità diagnostica presentava 2 dati mancanti (1,0%), mentre la variabile relativa alla fase di conclusione del percorso e l'età al primo ingresso in CT presentavano 3 dati mancanti ciascuna (1,5%). L'invio da circuito giudiziario presentava 4 dati mancanti (2,0%), il livello di istruzione 6 dati mancanti (2,9%) e le variabili relative ai percorsi precedenti in CT 7 dati mancanti (3,4%).

La principale eccezione riguarda la modalità di compilazione della CRF, per cui risultavano mancanti 38 valori, pari al 18,5% del campione. Tale variabile è stata quindi considerata

prevalentemente come informazione procedurale, da interpretare con maggiore cautela rispetto alle altre variabili descrittive.

Nel complesso, le variabili socio-demografiche, cliniche e relative al percorso comunitario mostrano un livello di completezza adeguato per la descrizione del campione, con una quota di dati mancanti generalmente contenuta e sempre riportata in modo esplicito nelle tabelle descrittive.

Tabella 5.14 - Missing variabili CRF

variabile	n validi	n na	% na
Età	204	1,0	0,5
Sesso/genere	204	1,0	0,5
Livello di istruzione	199	6,0	2,9
Comorbidità diagnostica	203	2,0	1,0
Invio da circuito giudiziario	201	4,0	2,0
Mesi trascorsi nell'attuale CT	204	1,0	0,5
In fase di conclusione del percorso	202	3,0	1,5
Percorsi precedenti in CT	198	7,0	3,4
Numero percorsi precedenti in CT	198	7,0	3,4
Età al primo ingresso in CT	202	3,0	1,5
Modalità di compilazione CRF	167	38,0	18,5

5.4.1.5 Sintesi delle caratteristiche del campione di CT e partecipanti

Nel complesso, la Sezione 1 descrive un campione multicentrico composto da CT collocate nel centro-nord Italia, prevalentemente private convenzionate/accreditate, con orientamenti terapeutici differenziati ma a prevalenza psicodinamica. Le strutture presentano una capacità ricettiva mediamente contenuta, ma con una certa variabilità tra comunità, e si rivolgono soprattutto a utenti giovani adulti e adulti con quadri clinici complessi, frequentemente caratterizzati da disturbi di personalità, disturbi da uso di sostanze, disturbi di area psicotica e disturbi dell'umore. Il campione

dei partecipanti risulta complessivamente bilanciato per sesso/genere, con una prevalenza di livelli di istruzione medio-superiori e con una permanenza nell'attuale CT molto variabile, ma mediamente collocata intorno a un anno e mezzo di percorso. Anche il tasso di dimissioni non concordate mostra una variabilità rilevante tra comunità.

5.4.2 Sezione 2. Analisi delle risposte ai questionari quantitativi

5.4.2.1 Sezione 2a . Analisi descrittive degli item

Per ciascun questionario sono state ripetute le stesse analisi descrittive: ogni singolo item di ciascun questionario è stato descritto in termini di numero dei rispondenti, Media (M), Deviazione Standard (DS), Mediana, soglia del primo quartile (Q1), soglia del terzo quartile (Q3), minimo (Min), massimo (Max), Asimmetria, Curtosi, percentuale media di risposte al minimo (Floor %) e percentuale media di risposte al massimo (Ceiling %).

Per facilitare la leggibilità, nelle tabelle seguenti gli item sono riportati con il solo codice identificativo mentre nell'esposizione narrativa dei risultati gli item sono riportati con codice identificativo ed etichetta sintetica. La formulazione integrale degli item si trova in Appendice 2.

Therapeutic Factors Inventory (TFI-8) - Il TFI-8 è stato analizzato a livello item-level al fine di descrivere la distribuzione delle risposte relative ai processi terapeutici gruppalmente percepiti. Il numero di risposte valide per item varia da 200 a 203 su 205 partecipanti complessivi, con una quota di dati mancanti contenuta, compresa tra lo 0,98% e il 2,44%.

Le medie degli item si collocano nella parte medio-alta della scala Likert 1–7, con valori compresi tra 4,15 e 5,12. Le deviazioni standard variano da 1,82 a 2,04. Le mediane sono comprese tra 4 e 5. Il primo quartile è pari a 3 per la maggior parte degli item, mentre il terzo quartile è pari a 6

o 7. L'item con media più elevata è tfi8_8, *Consapevolezza dell'impatto sugli altri tramite feedback* (M = 5,12; DS = 1,82), seguito da tfi8_4, *Gruppo come microcosmo sociale* (M = 4,62; DS = 1,93) e tfi8_3, *Riconoscimento di somiglianze con gli altri* (M = 4,54; DS = 1,86). I valori medi più bassi si osservano per tfi8_1, *Generalizzazione dell'universalità fuori dal gruppo* (M = 4,15; DS = 1,99) e tfi8_5, *Apprendimento osservativo di strategie* (M = 4,25; DS = 1,92).

Tutti gli item presentano valori minimi e massimi osservati corrispondenti agli estremi teorici della scala, da 1 a 7. L'asimmetria è negativa per tutti gli item, con valori compresi tra -0,86 e -0,04, indicando distribuzioni orientate verso i valori più alti della scala. La curtosi è negativa per tutti gli item, con valori compresi tra -1,20 e -0,15, indicando distribuzioni relativamente appiattite e quindi una certa dispersione delle risposte lungo la scala.

Le percentuali di risposte al valore minimo teorico variano dal 6,90% al 13,50%, mentre le percentuali di risposte al valore massimo teorico variano dal 14,36% al 30,69%. Nessun item presenta un floor rilevante, mentre il ceiling più marcato riguarda tfi8_8, *Consapevolezza dell'impatto sugli altri tramite feedback*, con il 30,69% di risposte al valore massimo.

L'ispezione grafica delle distribuzioni (Appendice 4) ha mostrato che la dispersione non è uniforme tra gli item: in particolare tfi8_1 *Generalizzazione dell'universalità fuori dal gruppo*; e tfi8_5 *Apprendimento osservativo di strategie*, presentano distribuzioni più appiattite e meno orientate verso i valori alti rispetto agli altri item dello strumento, coerentemente con i valori di curtosi più marcatamente negativi

Tabella 5.15 - Analisi descrittive item-level TFI-8

item	n	NA	NA %	M	DS	Mediana	q1	q3	IQR	min	max	Asimm.	Curtosi	Floor %	Ceiling %
tfi8_1	200	5	2,44	4,15	1,99	4	3	6	3	1	7	-0,04	-1,1	13,5	19,5
tfi8_2	202	3	1,46	4,38	1,87	5	3	6	3	1	7	-0,27	-1,03	9,41	14,36
tfi8_3	203	2	0,98	4,54	1,86	5	3	6	3	1	7	-0,31	-1,01	6,9	18,72
tfi8_4	201	4	1,95	4,62	1,93	5	3	6	3	1	7	-0,51	-0,84	10,45	19,9
tfi8_5	202	3	1,46	4,25	1,92	4,5	3	6	3	1	7	-0,19	-1,1	11,39	14,85
tfi8_6	202	3	1,46	4,33	2,04	5	3	6	3	1	7	-0,25	-1,2	12,87	19,8
tfi8_7	201	4	1,95	4,44	1,9	5	3	6	3	1	7	-0,33	-1	9,95	16,42
tfi8_8	202	3	1,46	5,12	1,82	5	4	7	3	1	7	-0,86	-0,15	7,43	30,69

Nel complesso, il TFI-8 mostra distribuzioni prevalentemente collocate nella parte medio-alta della scala, con una tendenza generale verso i valori superiori e un ceiling più evidente per l'item relativo al feedback interpersonale (tfi_8). Le risposte indicano comunque una variabilità apprezzabile tra partecipanti, come segnalato dalle deviazioni standard e dalla curtosi negativa osservata per tutti gli item.

Questionario ad hoc “Fattori Terapeutici” (FT) - Il questionario FT è stato analizzato a livello di singolo item, considerando i 12 item che lo compongono. Il numero di risposte valide per item varia da 199 a 202 su 205 partecipanti, con una quota di dati mancanti compresa tra l'1,46% e il 2,93%.

Le medie degli item si collocano complessivamente nella parte alta della scala Likert 1–5, con valori compresi tra 3,53 e 4,29. Le deviazioni standard variano da 1,03 a 1,31. La mediana è pari a 4 per la maggior parte degli item e pari a 5 per ft_6, *Reinserimento sociale e lavorativo*, e ft_12, *Esperienza terapeutica intensiva e trasformativa*. Il terzo quartile è pari al valore massimo della scala per tutti gli item, segnalando una concentrazione consistente delle risposte sui valori alti.

L'item con media più elevata è ft_12, *Esperienza terapeutica intensiva e trasformativa* (M = 4,29; DS = 1,04), seguito da ft_4, *Integrazione di sé nella relazione con l'équipe* (M = 4,08; DS = 1,08), ft_6, *Reinserimento sociale e lavorativo* (M = 4,03; DS = 1,27) e ft_10, *Quotidianità e apprendimento relazionale* (M = 4,01; DS = 1,03). I valori medi più bassi si osservano per ft_3, *Esperienza emotiva intensa nel gruppo* (M = 3,53; DS = 1,31), ft_11, *Attività creative, gioco e autoefficacia* (M = 3,53; DS = 1,23), ft_5, *Appartenenza attraverso coinvolgimento e responsabilità* (M = 3,55; DS = 1,27) e ft_2, *Integrazione delle parti attraverso la coesione del gruppo* (M = 3,60; DS = 1,20).

Le distribuzioni mostrano asimmetria negativa per tutti gli item, con valori compresi tra -1,46 e -0,46, indicando una tendenza delle risposte verso i valori più alti della scala. La curtosi varia da -0,87 a 1,44, suggerendo forme distributive differenziate tra gli item. Le risposte al valore minimo della scala risultano contenute, con percentuali comprese tra il 2,97% e il 9,90%. Al contrario, la concentrazione di risposte al valore massimo è più marcata, con percentuali comprese tra il 27,00% e il 60,00%. Il ceiling più elevato riguarda ft_12, *Esperienza terapeutica intensiva e trasformativa* (60,00%), seguito da ft_6, *Reinserimento sociale e lavorativo* (51,50%) e ft_4, *Integrazione di sé nella relazione con l'équipe* (47,24%). L'ispezione grafica delle distribuzioni (Appendice 4) ha confermato per tutti gli item del FT un profilo unimodale, con moda al valore massimo o in prossimità di esso, coerente con l'asimmetria negativa rilevata. Non sono emerse distribuzioni bimodali.

Tabella 5.16 - Analisi descrittive item-level FT

item	n	NA	NA %	M	DS	Mediana	q1	q3	iqr	min	max	Asimm.	Curtosi	Floor %	Ceiling %
ft_1	202	3	1,46	3,89	1,07	4	3	5	2	1	5	-0,79	0,06	3,47	35,15
ft_2	201	4	1,95	3,6	1,2	4	3	5	2	1	5	-0,55	-0,61	6,47	27,36
ft_3	202	3	1,46	3,53	1,31	4	3	5	2	1	5	-0,49	-0,87	9,9	31,19
ft_4	199	6	2,93	4,08	1,08	4	3	5	2	1	5	-1,02	0,29	3,02	47,24
ft_5	201	4	1,95	3,55	1,27	4	3	5	2	1	5	-0,5	-0,68	9,45	30,35
ft_6	200	5	2,44	4,03	1,27	5	3	5	2	1	5	-1,15	0,12	7	51,5
ft_7	201	4	1,95	3,91	1,17	4	3	5	2	1	5	-0,88	-0,04	5,47	41,79
ft_8	199	6	2,93	3,75	1,16	4	3	5	2	1	5	-0,64	-0,47	4,52	33,17
ft_9	200	5	2,44	3,83	1,12	4	3	5	2	1	5	-0,7	-0,19	4,5	35,5
ft_10	202	3	1,46	4,01	1,03	4	3	5	2	1	5	-0,99	0,57	2,97	38,61
ft_11	200	5	2,44	3,53	1,23	4	3	5	2	1	5	-0,46	-0,73	7,5	27
ft_12	200	5	2,44	4,29	1,04	5	4	5	1	1	5	-1,46	1,44	3	60

Nel complesso, gli item del questionario FT presentano valutazioni mediamente elevate, con una quota contenuta di risposte al valore minimo della scala e una quota più consistente di risposte al valore massimo. Gli item con valori medi e ceiling più elevati riguardano soprattutto l'esperienza terapeutica intensiva e trasformativa (ft_12), la relazione con l'équipe (ft_4) e il reinserimento sociale e lavorativo (Ft_6).

Top 3 “Fattori Terapeutici” - Oltre alla valutazione item-level su scala Likert, ai partecipanti è stato chiesto di indicare i tre fattori terapeutici ritenuti più rilevanti. Sono stati inclusi nell'analisi i partecipanti con 1, 2 o 3 selezioni valide, mentre sono stati esclusi i partecipanti senza alcuna selezione e quelli con più di 3 selezioni. Sulla base del ranking top-3, risultano inclusi 185 partecipanti ed esclusi 20 partecipanti. Le percentuali indicate indicano il numero delle preferenze espresse per l'item rispetto al numero di partecipanti che hanno fornito una selezione valida vanno

quindi interpretate come frequenze di selezione tra i partecipanti validi e non come misure di intensità del giudizio.

Tabella 5.17 - Selezioni valide FT

n scelte_ft	n	stato
0	20	Escluso
1	1	Incluso
2	6	Incluso
3	178	Incluso
Tot inclusi	185	
Tot esclusi	20	

Nel complesso, gli item più frequentemente selezionati sono ft_12, *Esperienza terapeutica intensiva e trasformativa*, indicato da 103 partecipanti validi (55,68%), ft_4, *Integrazione di sé nella relazione con l'équipe*, indicato da 71 partecipanti (38,38%), e ft_6, *Reinserimento sociale e lavorativo*, indicato da 59 partecipanti (31,89%). Seguono ft_10, *Quotidianità e apprendimento relazionale* (n = 44; 23,78%), ft_9, *Stabilità organizzativa e sicurezza relazionale* (n = 42; 22,70%) e ft_1, *Consapevolezza dell'impatto di sé sugli altri* (n = 40; 21,62%).

Gli item meno frequentemente selezionati tra i tre più rilevanti sono ft_5, *Appartenenza attraverso coinvolgimento e responsabilità* (n = 23; 12,43%), ft_11, *Attività creative, gioco e autoefficacia* (n = 30; 16,22%) e ft_2, *Integrazione delle parti attraverso la coesione del gruppo* (n = 31; 16,76%).

Tabella 5.18 - Item FT indicati come “Top-3” in ordine di rank

item	etichetta sintetica	n selezioni	% preferenze*	rank
ft_12	Esperienza terapeutica intensiva e trasformativa	103	55,68	1
ft_4	Integrazione di sé nella relazione con l'équipe	71	38,38	2
ft_6	Reinserimento sociale e lavorativo	59	31,89	3
ft_10	Quotidianità e apprendimento relazionale	44	23,78	4
ft_9	Stabilità organizzativa e sicurezza relazionale	42	22,7	5
ft_1	Consapevolezza dell'impatto di sé sugli altri	40	21,62	6
ft_3	Esperienza emotiva intensa nel gruppo	36	19,46	7
ft_7	Clima domestico, protezione e autonomia	35	18,92	8
ft_8	Regolarità, varietà e accettazione del cambiamento	33	17,84	9
ft_2	Integrazione delle parti attraverso la coesione del gruppo	31	16,76	10
ft_11	Attività creative, gioco e autoefficacia	30	16,22	11
ft_5	Appartenenza attraverso coinvolgimento e responsabilità	23	12,43	12

*quante volte l'item è stato indicato come preferito/n partecipanti che hanno espresso selezioni valide

L'analisi delle scelte top-3 conferma, sul piano delle priorità espresse, la maggiore salienza degli item relativi all'esperienza terapeutica intensiva e trasformativa (ft_12), alla relazione con l'équipe (ft_4) e al reinserimento sociale e lavorativo (Ft_6).

Questionario ad hoc “Dispositivi Terapeutici” (DT) - Il questionario DT presenta una struttura specifica: per ciascun dispositivo, il partecipante poteva indicare se il dispositivo fosse assente nel proprio contesto di cura e solo in caso di presenza veniva considerata la valutazione su scala 1–5. Di conseguenza, la frequenza della risposta “ASSENTE” è stata analizzata separatamente come informazione sulla disponibilità del dispositivo e non come punteggio ordinale (vedi § 5.3.5.2).

La frequenza di risposte “ASSENTE” varia sensibilmente tra gli item. Il valore più elevato si osserva per dt_1, *Attività con animali*, indicato come assente da 112 partecipanti (54,63%). Seguono dt_26, *Eventi aperti all'esterno* (n = 48; 23,41%), dt_33, *Gruppi/attività familiari* (n = 46; 22,44%), dt_4, *Attività lavorative interne* (n = 35; 17,07%), dt_2, *Attività sportive/motorie* (n = 30; 14,63%) e dt_44, *Gruppi su sintomi/abilità* (n = 29; 14,15%). Per numerosi dispositivi, invece, la quota di

risposte “ASSENTE” è inferiore al 5%, indicando una maggiore presenza o riconoscibilità del dispositivo nei contesti di cura. La tabella riepilogativa con le frequenze per ciascun item è consultabile in appendice 4 (Tabella A4.11)

Tra i dispositivi valutati come presenti, le medie si collocano prevalentemente nella parte alta della scala 1–5. I valori medi più elevati si osservano per dt_24, *Operatori come figure di riferimento* (M = 4,42; DS = 0,95), dt_11, *Cura di sé* (M = 4,39; DS = 1,04), dt_5, *Stabilità abitativa* (M = 4,35; DS = 0,97), dt_16, *Spazi all’aperto* (M = 4,35; DS = 0,88), dt_41, *Operatore individuale di riferimento* (M = 4,34; DS = 1,00) e dt_37, *Psicoterapia individuale* (M = 4,32; DS = 1,12). I valori medi più bassi si osservano per dt_26, *Eventi aperti all’esterno* (M = 3,44; DS = 1,30), dt_29, *Tradizioni comunitarie* (M = 3,46; DS = 1,33), dt_28, *Distanza da territorio/famiglia* (M = 3,48; DS = 1,42) e dt_1, *Attività con animali* (M = 3,51; DS = 1,38).

Le distribuzioni dei punteggi mostrano asimmetria negativa per tutti gli item, con valori compresi tra -1,77 e -0,29, indicando una tendenza generale verso risposte medio-alte tra i partecipanti che hanno valutato il dispositivo come presente. La curtosi varia da -1,14 a 2,67, indicando una variabilità nella forma delle distribuzioni. Gli effetti floor sono generalmente contenuti: i valori più elevati si osservano per dt_28, *Distanza da territorio/famiglia* (13,09%), dt_29, *Tradizioni comunitarie* (10,73%) e dt_1, *Attività con animali* (10,34%). Gli effetti ceiling risultano invece frequenti e talvolta elevati: i valori maggiori si osservano per dt_11, *Cura di sé* (67,50%), dt_24, *Operatori come figure di riferimento* (65,99%), dt_37, *Psicoterapia individuale* (65,19%), dt_27, *Spazi protetti per la crisi* (61,62%) e dt_5, *Stabilità abitativa* (61,62%).

L’ispezione grafica delle distribuzioni (Appendice 4) ha confermato che la grande maggioranza dei dispositivi presenta, tra i partecipanti che li hanno valutati come presenti,

distribuzioni orientate verso i valori alti della scala, pur con alcune differenze nella parte bassa. Verificando la distribuzione dei punteggi assegnati a ciascun item, si osservano quote contenute di giudizi di scarsa importanza (mediana delle risposte ai valori 1–2 pari all'8,8%, corrispondenti ai giudizi "inutile" e "poco utile"), fatta eccezione per un piccolo gruppo di dispositivi per i quali una quota più consistente di utenti, intorno a un quarto, esprime un giudizio di scarsa importanza (valori 1–2): dt_28 Distanza da territorio/famiglia (25,7%), dt_26 Eventi aperti all'esterno (25,3%), dt_1 Attività con animali (25,3%, caratterizzato però dal numero più basso di risposte valide, n=87) e dt_29 Tradizioni comunitarie (24,3%). In questi dispositivi la valutazione tra chi li riconosce come presenti risulta più divisa, con distribuzioni meno concentrate sul valore massimo. È un dato coerente con i maggiori effetti floor già rilevati per gli stessi item, e indica che il dissenso sull'utilità si concentra su un numero ristretto di dispositivi.

Tabella 5.19 - Analisi descrittive item-level DT

item	n*	ASSENTE	ASSENTE %	NA	NA %	M	DS	Mediana	q1	q3	iqr	min	max	Asimm.	Curtosi	Floor %	Ceiling %
dt_1	87	112	54,63	6	2,93	3,51	1,38	4	2,5	5	2,5	1	5	-0,38	-1,12	10,34	35,63
dt_2	171	30	14,63	4	1,95	3,83	1,29	4	3	5	2	1	5	-0,8	-0,49	7,6	43,86
dt_3	184	17	8,29	4	1,95	3,73	1,25	4	3	5	2	1	5	-0,64	-0,71	5,98	36,96
dt_4	163	35	17,07	7	3,41	4,15	1,05	4	4	5	1	1	5	-1,21	0,88	3,07	49,08
dt_5	185	14	6,83	6	2,93	4,35	0,97	5	4	5	1	1	5	-1,36	1	1,08	61,62
dt_6	191	10	4,88	4	1,95	4,26	1,01	5	4	5	1	1	5	-1,47	1,76	3,14	54,97
dt_7	196	5	2,44	4	1,95	4,17	1,1	5	4	5	1	1	5	-1,3	0,89	3,57	53,06
dt_8	199	2	0,98	4	1,95	4,23	1,04	5	4	5	1	1	5	-1,25	0,73	2,01	55,28
dt_9	200	1	0,49	4	1,95	4,2	0,96	4	4	5	1	1	5	-1,13	0,77	1,5	49
dt_10	201	0	0	4	1,95	4,29	0,97	5	4	5	1	1	5	-1,44	1,68	1,99	54,73
dt_11	200	1	0,49	4	1,95	4,39	1,04	5	4	5	1	1	5	-1,77	2,3	3	67,5
dt_12	190	10	4,88	5	2,44	4,18	1,13	5	4	5	1	1	5	-1,31	0,83	4,21	55,79
dt_13	189	11	5,37	5	2,44	3,98	1,16	4	3	5	2	1	5	-0,99	0,1	4,76	44,44
dt_14	193	8	3,9	4	1,95	4,09	1,14	5	3	5	2	1	5	-1,07	0,11	3,11	50,78
dt_15	176	24	11,71	5	2,44	4,07	1,15	4	3	5	2	1	5	-1,23	0,79	5,68	48,3
dt_16	194	4	1,95	7	3,41	4,35	0,88	5	4	5	1	2	5	-1,02	-0,19	0	58,25
dt_17	200	1	0,49	4	1,95	4,12	1,03	4	3	5	2	1	5	-1	0,37	2,5	48,5

dt_18	199	2	0,98	4	1,95	4,26	0,93	5	4	5	1	1	5	-1,06	0,44	1,01	53,27
dt_19	173	28	13,66	4	1,95	3,91	1,19	4	3	5	2	1	5	-0,91	-0,09	5,2	41,62
dt_20	191	8	3,9	6	2,93	3,88	1,12	4	3	5	2	1	5	-0,81	-0,07	4,19	37,17
dt_21	187	11	5,37	7	3,41	3,78	1,11	4	3	5	2	1	5	-0,6	-0,45	3,21	32,09
dt_22	198	1	0,49	6	2,93	3,91	1,14	4	3	5	2	1	5	-0,79	-0,14	4,55	41,41
dt_23	197	3	1,46	5	2,44	3,93	1,02	4	3	5	2	1	5	-0,56	-0,71	0,51	36,55
dt_24	197	1	0,49	7	3,41	4,42	0,95	5	4	5	1	1	5	-1,72	2,46	2,03	65,99
dt_25	197	3	1,46	5	2,44	3,76	1,24	4	3	5	2	1	5	-0,77	-0,37	7,61	36,04
dt_26	150	48	23,41	7	3,41	3,44	1,3	3	2,25	5	2,75	1	5	-0,29	-1,04	8,67	29,33
dt_27	198	2	0,98	5	2,44	4,31	1,05	5	4	5	1	1	5	-1,49	1,36	2,53	61,62
dt_28	191	8	3,9	6	2,93	3,48	1,42	4	2	5	3	1	5	-0,41	-1,14	13,09	36,13
dt_29	177	22	10,73	6	2,93	3,46	1,33	4	3	5	2	1	5	-0,39	-0,98	10,73	29,94
dt_30	198	2	0,98	5	2,44	3,95	0,96	4	3	5	2	1	5	-0,68	0,03	1,52	33,84
dt_31	197	3	1,46	5	2,44	4,04	1,06	4	3	5	2	1	5	-0,99	0,38	3,05	43,15
dt_32	195	4	1,95	6	2,93	4,24	1,14	5	4	5	1	1	5	-1,48	1,31	5,13	60
dt_33	151	46	22,44	8	3,9	3,88	1,21	4	3	5	2	1	5	-0,82	-0,26	5,96	43,05
dt_34	193	6	2,93	6	2,93	4,29	0,93	5	4	5	1	1	5	-1,23	1,06	1,55	55,44
dt_35	198	2	0,98	5	2,44	4,24	1,05	5	4	5	1	1	5	-1,47	1,7	4,04	55,56
dt_36	194	6	2,93	5	2,44	4,24	1,11	5	4	5	1	1	5	-1,5	1,5	4,64	58,25
dt_37	181	19	9,27	5	2,44	4,32	1,12	5	4	5	1	1	5	-1,7	2,07	5,52	65,19
dt_38	184	15	7,32	6	2,93	3,95	1,24	4	3	5	2	1	5	-1,01	-0,04	6,52	46,2
dt_39	190	10	4,88	5	2,44	4,22	1,04	5	4	5	1	1	5	-1,29	1,14	3,16	54,74
dt_40	179	20	9,76	6	2,93	3,94	1,25	4	3	5	2	1	5	-0,96	-0,14	6,7	46,93
dt_41	192	8	3,9	5	2,44	4,34	1	5	4	5	1	1	5	-1,7	2,67	3,65	60,42
dt_42	195	3	1,46	7	3,41	4,29	0,91	5	4	5	1	1	5	-1,31	1,47	1,54	53,33
dt_43	199	1	0,49	5	2,44	4,11	1,05	4	3	5	2	1	5	-1,04	0,35	2,51	48,24
dt_44	171	29	14,15	5	2,44	4,03	1,09	4	3	5	2	1	5	-0,98	0,28	3,51	44,44

* n totale di record validi in cui l'item non è stato segnato come ASSENTE

Nel complesso, le descrittive DT evidenziano una distinzione rilevante tra disponibilità del dispositivo e valutazione del dispositivo quando presente. Alcuni dispositivi risultano indicati come assenti da una quota non trascurabile di partecipanti, mentre tra i dispositivi valutati come presenti le risposte tendono generalmente a collocarsi nella parte alta della scala, con ceiling frequenti.

Top 3 “Dispositivi Terapeutici” - Anche per il questionario DT è stata analizzata la selezione dei tre dispositivi ritenuti più rilevanti. In questo caso, una selezione è stata considerata

valida solo se il dispositivo corrispondente era stato indicato come presente e valutato su scala 1–5. Le selezioni relative a dispositivi indicati come assenti sono state codificate come non valide e non conteggiate nel ranking. Dopo l'esclusione delle selezioni non valide, sono stati inclusi nell'analisi solo i partecipanti con 1, 2 o 3 selezioni valide, sono quindi stati esclusi i partecipanti con 0 selezioni valide o con più di 3 selezioni valide. Le selezioni non valide sono complessivamente 10 e sono state escluse dal ranking principale. Il dettaglio per item e il controllo per partecipante sono riportati nei materiali supplementari (vedi Appendice 4, Tabella A4.4). Sulla base dei criteri di inclusione e validità illustrati, rispetto al ranking top-3, risultano inclusi 177 partecipanti ed esclusi 28 partecipanti.

Tabella 5.20 - Selezioni valide DT

n scelte_ft	n	stato
0	27	Escluso
1	1	Incluso
2	6	Incluso
3	170	Incluso
4	1	Escluso
Tot inclusi	177	
Tot esclusi	28	

Il dispositivo più frequentemente selezionato è dt_37, *Psicoterapia individuale*, indicato da 39 partecipanti validi (22,03%). Seguono dt_24, *Operatori come figure di riferimento* (n = 27; 15,25%), dt_34, *Progetto terapeutico condiviso* (n = 22; 12,43%), dt_27, *Spazi protetti per la crisi* (n = 21; 11,86%), dt_41, *Operatore individuale di riferimento* (n = 21; 11,86%) e dt_35, *Programma per fasi/obiettivi* (n = 20; 11,30%). Tra gli altri dispositivi più frequentemente selezionati compaiono dt_2, *Attività sportive/motorie* (n = 19; 10,73%), dt_11, *Cura di sé* (n = 18; 10,17%), dt_44, *Gruppi*

su sintomi/abilità (n = 18; 10,17%), dt_15, *Inserimento lavoro/scuola* (n = 17; 9,60%) e dt_25, *Pari con fragilità simili* (n = 17; 9,60%).

Gli item meno frequentemente indicati tra i tre dispositivi più rilevanti sono dt_29, *Tradizioni comunitarie* (n = 1; 0,56%), dt_6, *Spazi abitativi adeguati* (n = 3; 1,69%), dt_16, *Spazi all'aperto* (n = 3; 1,69%) e dt_21, *Gruppi educativi di comunità* (n = 4; 2,26%).

Anche in questo caso, le percentuali indicano la quota di partecipanti validi che ha selezionato ciascun dispositivo tra i tre ritenuti più rilevanti.

Tabella 5.21 - Item DT indicati come "Top-3" in ordine di rank

item	etichetta sintetica	n selezioni	% preferenze*	rank
dt_37	<i>Psicoterapia individuale</i>	39	22,03	1
dt_24	<i>Operatori come figure di riferimento</i>	27	15,25	2
dt_34	<i>Progetto terapeutico condiviso</i>	22	12,43	3
dt_27	<i>Spazi protetti per la crisi</i>	21	11,86	4
dt_41	<i>Operatore individuale di riferimento</i>	21	11,86	5
dt_35	<i>Programma per fasi/obiettivi</i>	20	11,3	6
dt_2	<i>Attività sportive/motorie</i>	19	10,73	7
dt_11	<i>Cura di sé</i>	18	10,17	8
dt_44	<i>Gruppi su sintomi/abilità</i>	18	10,17	9
dt_15	<i>Inserimento lavoro/scuola</i>	17	9,6	10
dt_25	<i>Pari con fragilità simili</i>	17	9,6	11
dt_3	<i>Attività artistiche/creative</i>	16	9,04	12
dt_5	<i>Stabilità abitativa</i>	16	9,04	13
dt_30	<i>Quotidianità strutturata</i>	15	8,47	14
dt_28	<i>Distanza da territorio/famiglia</i>	14	7,91	15
dt_32	<i>Continuità farmacologica</i>	14	7,91	16
dt_10	<i>Gestione della libertà</i>	13	7,34	17
dt_22	<i>Convivenza quotidiana</i>	13	7,34	18
dt_38	<i>Psicoterapia di gruppo</i>	13	7,34	19
dt_23	<i>Fare per gli altri</i>	12	6,78	20

dt_33	<i>Gruppi/attività familiari</i>	12	6,78	21
dt_36	<i>Cura medico-sanitaria</i>	11	6,21	22
dt_12	<i>Gestione economica</i>	10	5,65	23
dt_20	<i>Piccoli gruppi</i>	10	5,65	24
dt_40	<i>Incontri con servizi invianti</i>	9	5,08	25
dt_13	<i>Accompagnamento contatti sociali esterni</i>	8	4,52	26
dt_42	<i>Spazi abitativi confortevoli</i>	8	4,52	27
dt_9	<i>Turni e responsabilità</i>	8	4,52	28
dt_19	<i>Contatto con la natura</i>	7	3,95	29
dt_4	<i>Attività lavorative interne</i>	7	3,95	30
dt_43	<i>Regole chiare</i>	7	3,95	31
dt_7	<i>Spazi personali</i>	7	3,95	32
dt_1	<i>Attività con animali</i>	6	3,39	33
dt_14	<i>Accompagnamento relazioni esterne significative</i>	6	3,39	34
dt_17	<i>Svago condiviso</i>	6	3,39	35
dt_18	<i>Spazi di relax</i>	5	2,82	36
dt_26	<i>Eventi aperti all'esterno</i>	5	2,82	37
dt_31	<i>Condivisione tra operatori</i>	5	2,82	38
dt_39	<i>Infermeria</i>	5	2,82	39
dt_8	<i>Apprendimento attività quotidiane</i>	5	2,82	40
dt_21	<i>Gruppi educativi di comunità</i>	4	2,26	41
dt_16	<i>Spazi all'aperto</i>	3	1,69	42
dt_6	<i>Spazi abitativi adeguati</i>	3	1,69	43
dt_29	<i>Tradizioni comunitarie</i>	1	0,56	44

**quante volte l'item è stato indicato come preferito/n partecipanti che hanno espresso selezioni valide*

L'analisi delle scelte top-3 DT mostra una coerenza solo parziale con le descrittive item-level: alcuni dispositivi più frequentemente selezionati presentano anche ceiling elevati (dt_37, *Psicoterapia individuale*, dt_24, *Operatori come figure di riferimento*, dt_27, *Spazi protetti per la crisi* e dt_41, *Operatore individuale di riferimento*), ma non tutti gli item con alta concentrazione al

valore massimo risultano prioritari nelle scelte top-3, segnalando che valutazione alta e scelta top-3 non coincidono necessariamente per questo questionario.

5.4.2.2 Sezione 2b. Esplorazione della struttura interna degli strumenti FT e TFI-8

È stata quindi esplorata la struttura interna degli item FT e TFI-8, secondo le procedure descritte nella sezione Metodi. La stessa procedura non è stata applicata al questionario DT poiché eventuali aggregazioni fattoriali tra dispositivi concreti eterogenei non sarebbero state considerate concettualmente interpretabili (vedi §. 5.3.5.2).

Questionario FT - Gli item FT presentavano una quota contenuta di dati mancanti, compresa tra 1,46% e 2,93% per item. Le analisi sulla struttura interna sono state condotte sui partecipanti con dati completi sui 12 item FT (n = 194).

Il primo passaggio per procedere all'esplorazione della struttura interna del questionario FT, è stato esaminare la matrice di correlazioni tra i 12 item mediante correlazioni polioriche.

Tabella 5.22 - Matrice di correlazioni polioriche FT

item	ft_1	ft_2	ft_3	ft_4	ft_5	ft_6	ft_7	ft_8	ft_9	ft_10	ft_11	ft_12
ft_1	1	0,362	0,283	0,475	0,336	0,291	0,197	0,443	0,404	0,351	0,258	0,473
ft_2	0,362	1	0,3	0,371	0,364	0,389	0,39	0,366	0,472	0,467	0,386	0,346
ft_3	0,283	0,3	1	0,334	0,394	0,339	0,299	0,297	0,344	0,35	0,215	0,369
ft_4	0,475	0,371	0,334	1	0,319	0,494	0,375	0,362	0,512	0,423	0,395	0,395
ft_5	0,336	0,364	0,394	0,319	1	0,354	0,402	0,358	0,304	0,378	0,232	0,16
ft_6	0,291	0,389	0,339	0,494	0,354	1	0,607	0,49	0,442	0,502	0,364	0,483
ft_7	0,197	0,39	0,299	0,375	0,402	0,607	1	0,358	0,39	0,418	0,385	0,293
ft_8	0,443	0,366	0,297	0,362	0,358	0,49	0,358	1	0,536	0,411	0,476	0,406
ft_9	0,404	0,472	0,344	0,512	0,304	0,442	0,39	0,536	1	0,49	0,453	0,485
ft_10	0,351	0,467	0,35	0,423	0,378	0,502	0,418	0,411	0,49	1	0,518	0,469
ft_11	0,258	0,386	0,215	0,395	0,232	0,364	0,385	0,476	0,453	0,518	1	0,308
ft_12	0,473	0,346	0,369	0,395	0,16	0,483	0,293	0,406	0,485	0,469	0,308	1

Tabella 5.23- Sintesi Correlazioni policoriche FT

n correlazioni	min	max	media	mediana	≤ .20	.20 - .39	.40 - .59	.60 - .69	≥ .70
66	0,160	0,607	0,385	0,381	2	39	24	1	0

Matrice di correlazioni policoriche - La matrice di correlazioni policoriche ha mostrato associazioni prevalentemente positive e di entità moderata tra gli item FT. Le 66 correlazioni tra coppie di item variavano da $r = .16$ a $r = .60$, con una media pari a $r = .39$ e una mediana pari a $r = .38$. Nessuna correlazione ha raggiunto o superato la soglia di $r = .70$ che potrebbero suggerire ridondanza tra item (Lance et al., 2006). La maggior parte delle correlazioni si collocava tra $r = .30$ e $r = .49$: nello specifico, 31 correlazioni erano comprese tra $.30$ e $.39$ e 20 tra $.40$ e $.49$. Solo 5 correlazioni erano pari o superiori a $.50$, con il valore più elevato osservato tra ft_6, *Reinserimento sociale e lavorativo*, e ft_7, *Clima domestico, protezione e autonomia* ($r = .61$). Nel complesso, la matrice mostra un pattern di associazioni coerente con l'ipotesi che gli item possano condividere una struttura comune, riconducibile a una cornice generale di valutazione dell'esperienza terapeutica comunitaria, pur mantenendo contenuti non completamente sovrapponibili. Questo risultato supporta quindi l'opportunità di esplorare la struttura interna dello strumento, verificando se le associazioni osservate possano essere sintetizzate in una o più dimensioni comuni.

KMO e Test di sfericità di Bartlett - Per valutare l'adeguatezza della matrice FT per un'analisi fattoriale esplorativa, sono stati utilizzati l'indice di Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e il test di sfericità di Bartlett.

Tabella 5.24 - Adeguatezza della matrice FT per l'analisi fattoriale

indicatore	valore
KMO complessivo	0,874
MSA item-level minimo	0,822
MSA item-level massimo	0,942
Bartlett χ^2	902,702
Bartlett df	66
Bartlett p	<0.001
Autovalore minimo della matrice	.26

Nel questionario FT, il KMO complessivo è risultato pari a .87, indicando una buona adeguatezza della matrice per l'analisi fattoriale. Anche gli indici MSA dei singoli item sono risultati tutti soddisfacenti, con valori compresi tra .82 (ft_1) e .94 (ft_2). Il test di sfericità di Bartlett è risultato significativo, $\chi^2(66) = 902.70$, $p < .001$, indicando che la matrice di correlazione si discosta significativamente da una matrice identità. Infine, il controllo degli autovalori della matrice poliorica ha mostrato valori tutti positivi, compresi tra 5.27 e 0.26, senza evidenza di problemi di singolarità della matrice (ossia di una matrice non invertibile, condizione che renderebbe instabile la stima fattoriale). I dati completi sono presenti in Appendice 4 (Tabella A4.8b)

Nel complesso, questi risultati indicano che la matrice degli item FT presenta un livello sufficiente di varianza comune tra gli item per procedere con l'analisi fattoriale esplorativa (EFA - Exploratory Factor Analysis).

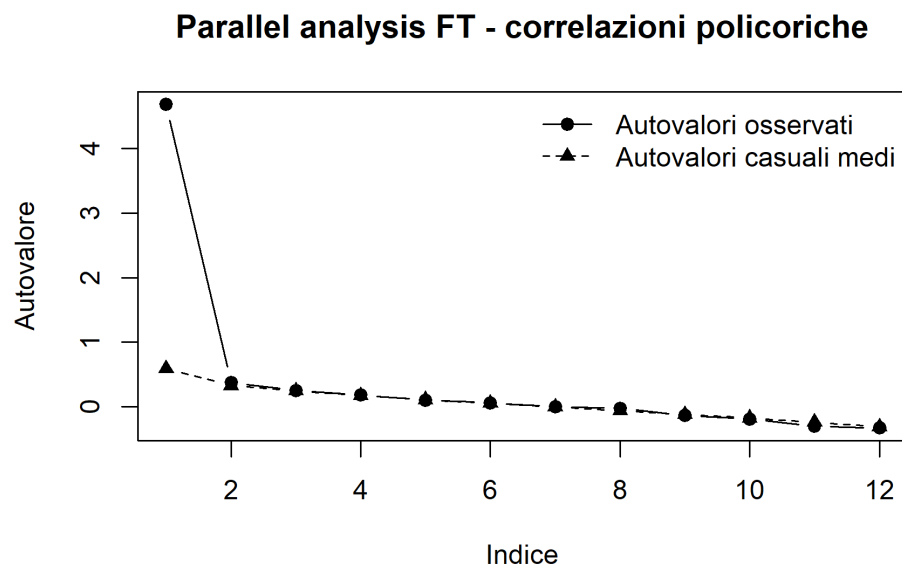
EFA - È stato quindi esplorato il numero di fattori da estrarre. La parallel analysis è stata utilizzata come criterio iniziale, specificando il calcolo di correlazioni polioriche, una procedura confronta gli autovalori osservati con quelli attesi da dati casuali simulati, al fine di stimare quanti

fattori superino la varianza spiegabile dal caso. Nel caso del questionario FT, l'analisi ha suggerito una soluzione a un fattore.

Tabella 5.25 - Parallel analysis FT: autovalori osservati e autovalori casuali medi

indice	autovalore osservato	autovalore casuale medio
1	4,681	0,592
2	0,378	0,328
3	0,254	0,248
4	0,182	0,171
5	0,104	0,110
6	0,062	0,054
7	0,000	-0,005
8	-0,025	-0,061
9	-0,134	-0,121
10	-0,191	-0,174
11	-0,300	-0,238
12	-0,329	-0,312

Immagine 5.5 - Scree Plot parallel analysis FT



L'osservazione dello scree plot mostrava un netto distacco tra il primo autovalore osservato e i successivi, con una rapida caduta della curva dopo la prima dimensione. Questo andamento è coerente con l'indicazione monofattoriale: il primo autovalore era nettamente più elevato (4.68), mentre gli autovalori successivi risultavano molto più contenuti (0.38, 0.25, 0.18, 0.10, 0.06, 0.00, -0.03 per le dimensioni dalla seconda all'ottava). Tale profilo suggerisce la presenza di una prima dimensione comune prevalente, mentre le dimensioni successive appaiono di entità limitata. Poiché la letteratura metodologica raccomanda di non basare la decisione sul numero di fattori su un unico criterio automatico, ma di integrare parallel analysis, andamento dello scree plot, adeguatezza statistica e interpretabilità teorica della soluzione, sono state successivamente stimate e confrontate soluzioni EFA a 1, 2 e 3 fattori mediante metodo di estrazione MINRES. Per le soluzioni multifattoriali è stata utilizzata una rotazione obliqua, coerentemente con l'attesa teorica che eventuali dimensioni dell'esperienza terapeutica comunitaria non fossero indipendenti tra loro (vedi § 5.3.5.2).

Tabella 5.26 - Indici di adattamento delle soluzioni EFA a 1, 2 e 3 fattori (FT)

soluzione	n fattori	SS loadings totale	varianza totale	RMSR	RMSR df corretto	TLI	RMSEA	RMSEA L90	RMSEA U90	BIC	χ^2	df	p value
EFA 1 fattore	1	4,681	0,39	0,062	0,069	0,863	0,092	0,075	0,111	-139,05	147,596	54	<0.001
EFA 2 fattori	2	5,285	0,44	0,049	0,06	0,889	0,083	0,063	0,104	-125,237	103,018	43	<0.001
EFA 3 fattori	3	6,089	0,507	0,038	0,054	0,897	0,08	0,056	0,104	-99,642	75,531	33	<0.001

RMSR = Root Mean Square Residual; RMSR df corretto RMSR corretto per i gradi di libertà; TLI = Tucker-Lewis Index; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; RMSEA L90 = Limite inferiore dell'intervallo di confidenza al 90% del RMSEA; RMSEA U90 = Limite superiore dell'intervallo di confidenza al 90% del RMSEA; BIC = Bayesian Information Criterion

La soluzione a 1 fattore ha mostrato saturazioni positive per tutti gli item, comprese tra .50 (ft_3) e .72 (ft_9). Gli item con saturazioni più elevate erano ft_9 (.72), ft_10 (.71), ft_6 (.71), ft_8 (.66) e ft_4 (.66). Il fattore unico spiegava il 39.0% della varianza comune stimata. Gli indici di adattamento indicavano un fit non pienamente soddisfacente, con RMSR = .06, TLI = .86 e RMSEA = .09, IC 90% [.08, .11]. Il test di adattamento del modello risultava significativo, $\chi^2(54) = 147.60$, $p = <0.001$. L'esame dei residui mostrava tuttavia discrepanze complessivamente contenute tra matrice osservata e matrice riprodotta: i residui assoluti più elevati riguardavano ft_6–ft_7 (.18), ft_5–ft_12 (.16) e ft_1–ft_7 (.14).

Tabella 5.27 - Saturazioni fattoriali della soluzione a 1 fattore (FT)

item	MR1	h ²	u ²	com
ft_1	0,561	0,314	0,686	1,000
ft_2	0,614	0,378	0,622	1,000
ft_3	0,503	0,253	0,747	1,000
ft_4	0,655	0,428	0,572	1,000
ft_5	0,513	0,264	0,736	1,000
ft_6	0,706	0,498	0,502	1,000
ft_7	0,602	0,363	0,637	1,000
ft_8	0,663	0,439	0,561	1,000
ft_9	0,719	0,517	0,483	1,000
ft_10	0,707	0,499	0,501	1,000
ft_11	0,589	0,347	0,653	1,000
ft_12	0,617	0,38	0,62	1,000

MR = minimum residual factor (relativo a ciascun fattore); h² = comunaltà; u² = unicità; com = complessità fattoriale dell'item.

La soluzione a 2 fattori ha mostrato un lieve miglioramento degli indici di adattamento rispetto alla soluzione monofattoriale: RMSR = .05, TLI = .89, RMSEA = .08, IC 90% [.06, .10], con

$\chi^2(43) = 103.02$, $p = 7.80 \times 10^{-7}$. La quota di varianza spiegata cumulata era pari al 44.0%. Tuttavia, la soluzione risultava sbilanciata: il primo fattore raccoglieva la maggior parte degli item, con saturazioni principali per ft_1 (.78), ft_12 (.68), ft_9 (.67), ft_4 (.59) e ft_8 (.59). Il secondo fattore era definito soprattutto da ft_7 (.82) e ft_6 (.51), con un contributo più debole e meno specifico di ft_5 (.31). Inoltre, i due fattori risultavano moderatamente correlati, $r = .56$, indicando una separazione non netta tra le due dimensioni.

Tabella 5.28- Saturazioni fattoriali della soluzione a 2 fattori (FT)

item	MR1	MR2	h ²	u ²	com
ft_1	0,783	-0,224	0,467	0,533	1,163
ft_2	0,463	0,216	0,373	0,627	1,414
ft_3	0,396	0,157	0,251	0,749	1,307
ft_4	0,586	0,118	0,435	0,565	1,080
ft_5	0,287	0,307	0,275	0,725	1,991
ft_6	0,328	0,514	0,559	0,441	1,698
ft_7	0,002	0,823	0,68	0,32	1,000
ft_8	0,586	0,127	0,444	0,556	1,094
ft_9	0,674	0,094	0,533	0,467	1,039
ft_10	0,515	0,269	0,492	0,508	1,508
ft_11	0,417	0,24	0,343	0,657	1,595
ft_12	0,678	-0,036	0,433	0,567	1,006

MR = minimum residual factor (relativo a ciascun fattore); h² = comunalità; u² = unicità; com = complessità fattoriale dell'item.

Tabella 5.29 - Correlazione tra i fattori della soluzione a 2 fattori (FT)

fattore	MR1	MR2
MR1	1,000	0,559
MR2	0,559	1,000

La soluzione a 3 fattori mostrava ulteriori miglioramenti apparenti degli indici di adattamento, con $RMSR = .04$, $TLI = .90$ e $RMSEA = .08$, IC 90% [.06, .10], ma ha prodotto un caso ultra-Heywood, cioè una stima impropria in cui la comunaltà di un item raggiunge o supera il valore teorico massimo di 1, implicando una varianza unica nulla o negativa. Nel caso specifico, ft_5 saturava quasi interamente su un fattore specifico ($loading = .99$, $h^2 = 1.00$, $u^2 \approx 0$), suggerendo una soluzione instabile e non interpretabile in EFA. La letteratura metodologica sottolinea che i fattori comuni sono più stabili quando sono rappresentati da più variabili osservate e che soluzioni statisticamente migliori ma scarsamente interpretabili non dovrebbero essere adottate automaticamente (Fabrigar et al., 1999; Costello & Osborne, 2005).

Nel complesso, i risultati dell'esplorazione della struttura interna di FT suggeriscono che gli item condividano una dimensione generale comune. La presenza di saturazioni positive per tutti gli item nella soluzione a un fattore suggerisce quindi una tendenza comune a valorizzare l'esperienza comunitaria nel suo insieme, pur mantenendo differenze di contenuto tra i singoli item. Tuttavia, tale struttura non supporta in modo sufficientemente robusto la costruzione di sottoscale fattoriali distinte: la soluzione a 1 fattore è interpretabile ma non esaurisce completamente la struttura degli item, mentre la soluzione a 2 fattori migliora solo moderatamente l'adattamento presentando un secondo fattore definito da pochi item e la soluzione a 3 fattori risulta tecnicamente instabile. Pertanto, nelle analisi successive gli item FT sono stati mantenuti come indicatori item-level di aspetti specifici del trattamento comunitario, interpretando le differenze tra item entro una cornice comune di valutazione positiva dell'esperienza terapeutica.

Questionario TFI-8 - Gli item TFI-8 presentavano una quota contenuta di dati mancanti, compresa tra 0.98% e 2.44% per item. Le analisi sulla struttura interna sono state condotte sui partecipanti con dati completi sugli 8 item TFI-8 ($n = 199$).

Considerata la natura ordinale degli item TFI-8, misurati su scala Likert a 7 punti, è stata preliminarmente esaminata la matrice di correlazioni policoriche.

Tabella 5.30 - Matrice correlazioni policoriche TFI-8

item	tfi8_1	tfi8_2	tfi8_3	tfi8_4	tfi8_5	tfi8_6	tfi8_7	tfi8_8
tfi8_1	1	0,468	0,481	0,361	0,403	0,289	0,353	0,344
tfi8_2	0,468	1	0,522	0,566	0,302	0,608	0,623	0,393
tfi8_3	0,481	0,522	1	0,489	0,361	0,369	0,458	0,425
tfi8_4	0,361	0,566	0,489	1	0,351	0,484	0,506	0,457
tfi8_5	0,403	0,302	0,361	0,351	1	0,379	0,41	0,341
tfi8_6	0,289	0,608	0,369	0,484	0,379	1	0,677	0,39
tfi8_7	0,353	0,623	0,458	0,506	0,41	0,677	1	0,485
tfi8_8	0,344	0,393	0,425	0,457	0,341	0,39	0,485	1

Tabella 5.31 - Sintesi Correlazioni TFI-8

n correlazioni	min	max	media	mediana	≤ .20	.20 - .39	.40 - .59	.60 - .69	≥ .70
28	0,289	0,677	0,439	0,417	0	12	13	0	0

Matrice di correlazioni policoriche - Le correlazioni tra gli 8 item erano tutte positive e di entità prevalentemente moderata, con valori compresi tra $r = .289$ e $r = .677$. La correlazione media era pari a $r = .439$ e la mediana a $r = .417$. Nessuna correlazione ha raggiunto o superato $r = .70$, suggerendo l'assenza di ridondanza marcata tra coppie di item. Le correlazioni più elevate riguardavano tfi8_6–tfi8_7 ($r = .677$), tfi8_2–tfi8_7 ($r = .623$) e tfi8_2–tfi8_6 ($r = .608$), indicando

una particolare vicinanza tra speranza, appartenenza e sicurezza nel gruppo. Nel complesso, la matrice appare coerente con la presenza di una dimensione comune dei processi terapeutici gruppali, pur senza indicare una sovrapposizione tale da impedire una lettura descrittiva dei singoli item.

KMO e Test di sfericità di Bartlett - L'adeguatezza della matrice TFI-8 per l'analisi fattoriale è stata valutata mediante indice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e test di sfericità di Bartlett.

Tabella 5.32 - Adeguatezza della matrice TFI-8 per l'analisi fattoriale

indicatore	valore
KMO complessivo	0,873
MSA item-level minimo	0,844
MSA item-level massimo	0,913
Bartlett χ^2	619,901
Bartlett df	28
Bartlett p	< .001
Autovalore minimo della matrice	.31

Il KMO complessivo è risultato pari a .87, indicando una buona adeguatezza della matrice. Gli indici MSA item-level erano tutti soddisfacenti, con valori compresi tra .84 (tfi8_6) e .91 (tfi8_4, tfi8_8). Il test di sfericità di Bartlett è risultato significativo, $\chi^2(28) = 619.90$, $p = < .001$, indicando che la matrice di correlazione si discostava significativamente da una matrice identità. Infine, il controllo degli autovalori della matrice poliorica ha mostrato valori tutti positivi, compresi tra 4.11 e 0.31, senza evidenza di problemi di singolarità della matrice (ossia di una matrice non invertibile, condizione che renderebbe instabile la stima fattoriale). I dati completi sono presenti in Appendice 4, Tabella A4.6b.

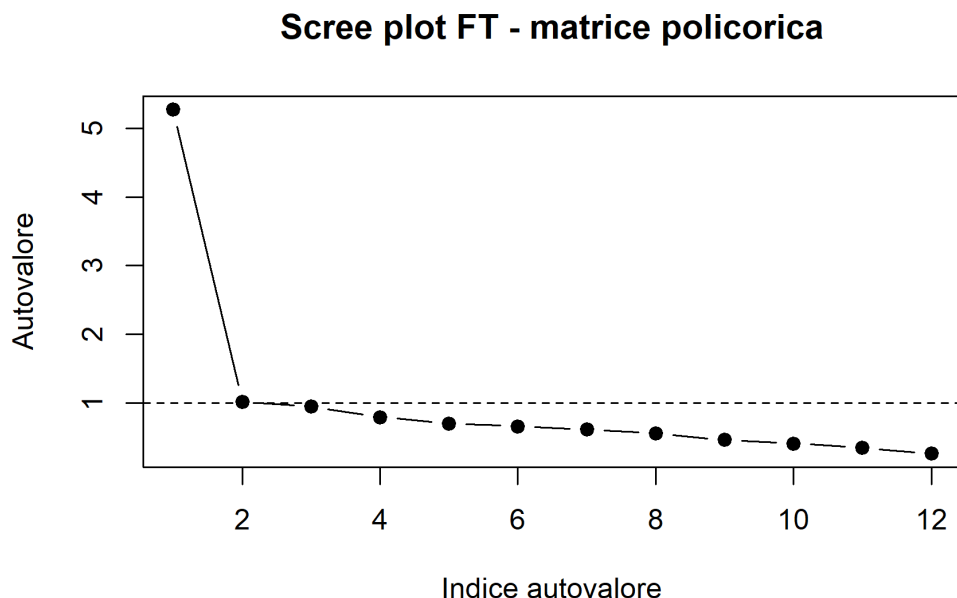
Nel complesso, questi risultati indicano che la matrice degli item TFI presenta un livello di comunalità sufficiente per procedere con l'analisi fattoriale esplorativa (EFA - Exploratory Factor Analysis).

EFA - È stato quindi esplorato il numero di fattori da estrarre. La parallel analysis è stata utilizzata come criterio iniziale, specificando il calcolo di correlazioni polioriche, suggerendo una soluzione a 2 fattori.

Tabella 5.33 - Parallel analysis TFI-8: autovalori osservati e autovalori casuali medi

indice	autovalore osservato	autovalore casuale medio
1	3,581	0,596
2	0,317	0,218
3	0,129	0,138
4	0,062	0,06
5	-0,037	0,002
6	-0,102	-0,065
7	-0,150	-0,135
8	-0,219	-0,219

Immagine 5.6 - Scree Plot parallel analysis TFI-8



Lo scree plot degli autovalori della matrice policorica mostrava una caduta marcata dopo il primo autovalore, con un primo valore nettamente superiore ai successivi (4.11, seguito da 0.89, 0.73, 0.67, 0.53, 0.47, 0.31, 0.31). Questo andamento suggeriva visivamente la presenza di una dimensione comune prevalente. Inoltre, l'andamento degli autovalori indicava una prima dimensione nettamente prevalente: il primo autovalore fattoriale osservato era pari a 3.58, mentre il secondo era pari a 0.32 e il terzo a 0.13. La procedura ha prodotto poi dei warning relativi a soluzioni ultra-Heywood, suggerendo cautela nell'interpretazione automatica dell'indicazione bifattoriale. Considerata la struttura monofattoriale attesa del TFI-8 e la modesta entità del secondo autovalore, sono state quindi confrontate una soluzione monofattoriale e una soluzione a 2 fattori mediante EFA con metodo di estrazione MINRES. Per la soluzione a 2 fattori è stata utilizzata una rotazione obliqua, coerentemente con l'attesa teorica che eventuali dimensioni dei processi terapeutici gruppalı potessero essere correlate.

Tabella 5.34 - Indici di adattamento delle soluzioni EFA a 1 e 2 fattori (TFI-8)

soluzione	n fattori	SS loadings totale	varianza totale	RMSR	RMSR df corretto	TLI	RMSEA	RMSEA L90	RMSEA U90	BIC	χ^2	df	p value
EFA 1 fattore	1	3,581	0,448	0,060	0,071	0,890	0,108	0,080	0,138	-39,559	66,307	20	<0.001
EFA 2 fattori	2	4,098	0,512	0,034	0,05	0,956	0,068	0,025	0,108	-43,785	25,028	13	<0.001

RMSR = Root Mean Square Residual; RMSR df corretto RMSR corretto per i gradi di libertà; TLI = Tucker-Lewis Index; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; RMSEA L90 = Limite inferiore dell'intervallo di confidenza al 90% del RMSEA; RMSEA U90 = Limite superiore dell'intervallo di confidenza al 90% del RMSEA; BIC = Bayesian Information Criterion

La soluzione a 1 fattore ha mostrato saturazioni positive per tutti gli item, comprese tra .52 (tfi8_5) e .78 (tfi8_7, tfi8_2). Gli item con saturazioni più elevate erano tfi8_7 (.78), tfi8_2 (.78), tfi8_6 (.71) e tfi8_4 (.70). Il fattore unico spiegava il 45% della varianza. Gli indici di adattamento indicavano un fit non pienamente ottimale, con RMSR = .06, TLI = .89 e RMSEA = .108, IC 90% [.080, .138]. Il test del modello risultava significativo, $\chi^2(20) = 66.31$, $p = <0.001$. L'esame dei residui mostrava tuttavia discrepanze contenute tra matrice osservata e matrice riprodotta, con residui compresi tra -.106 e .126, mediana pari a .009 e media pari a .001.

Tabella 5.35 - Saturazioni fattoriali della soluzione a 1 fattore (TFI-8)

item	MR1	h ²	u ²	com
tfi8_1	0,560	0,313	0,687	1,000
tfi8_2	0,776	0,602	0,398	1,000
tfi8_3	0,660	0,436	0,564	1,000
tfi8_4	0,698	0,487	0,513	1,000
tfi8_5	0,525	0,275	0,725	1,000
tfi8_6	0,706	0,499	0,501	1,000
tfi8_7	0,781	0,609	0,391	1,000
tfi8_8	0,599	0,359	0,641	1,000

MR = minimum residual factor (relativo a ciascun fattore); h² = comunalità; u² = unicità; com = complessità fattoriale dell'item.

La soluzione a 2 fattori ha mostrato un miglioramento degli indici di adattamento: RMSR = .03, TLI = .956, RMSEA = .068, IC 90% [.025, .108], con $\chi^2(13) = 25.03$, $p = 2.30 \times 10^{-2}$. La varianza cumulata spiegata era pari al 51%. Il primo fattore era definito principalmente da tfi8_6 (.90), tfi8_7 (.75) e tfi8_2 (.51), richiamando un nucleo relativo a speranza, sicurezza e appartenenza al gruppo. Il secondo fattore era definito soprattutto da tfi8_1 (.73) e tfi8_3 (.69), con contributi più moderati di tfi8_5 (.41), tfi8_4 (.40) e tfi8_8 (.39), richiamando un nucleo relativo a universalità, apprendimento interpersonale e consapevolezza di sé nel gruppo.

Tabella 5.36 - Saturazioni fattoriali della soluzione a 2 fattori (TFI-8)

item	MR1	MR2	h ²	u ²	com
tfi8_1	-0,086	0,733	0,464	0,536	1,027
tfi8_2	0,510	0,335	0,592	0,408	1,727
tfi8_3	0,056	0,693	0,533	0,467	1,013
tfi8_4	0,364	0,396	0,475	0,525	1,985
tfi8_5	0,17	0,409	0,286	0,714	1,337
tfi8_6	0,896	-0,091	0,706	0,294	1,021
tfi8_7	0,748	0,116	0,684	0,316	1,048
tfi8_8	0,263	0,394	0,357	0,643	1,743

MR = minimum residual factor (relativo a ciascun fattore); h² = comunalità; u² = unicità; com = complessità fattoriale dell'item.

Tabella 5.37- Correlazione tra i fattori della soluzione a 2 fattori (TFI-8)

fattore	MR1	MR2
MR1	1,000	0,645
MR2	0,645	1,000

Sebbene la soluzione a 2 fattori presenti indici di adattamento migliori rispetto alla soluzione monofattoriale, alcuni elementi ne riducono la chiarezza strutturale. In primo luogo, i due fattori risultano fortemente correlati ($r = .64$), indicando una sovrapposizione sostanziale tra le due dimensioni. In secondo luogo, alcuni item presentano saturazioni distribuite su entrambi i fattori, in particolare tfi8_2 (.51 su MR1; .33 su MR2), tfi8_4 (.36 su MR1; .40 su MR2) e tfi8_8 (.26 su MR1; .39 su MR2). Inoltre, la parallel analysis aveva suggerito due fattori, ma con un secondo autovalore fattoriale osservato di entità limitata (0.32) rispetto al primo (3.58) e in presenza di warning relativi a soluzioni ultra-Heywood. Nel complesso, questi elementi indicano che la soluzione a 2 fattori descrive una possibile articolazione secondaria degli item, ma non mostra necessariamente una separazione fattoriale netta. La soluzione a 1 fattore, pur con indici di fit non pienamente ottimali, presenta saturazioni positive per tutti gli item e residui contenuti, configurandosi come la rappresentazione più parsimoniosa della struttura interna del TFI-8 in questo campione. Pertanto, i risultati dell'EFA sono stati considerati maggiormente coerenti con una struttura prevalentemente monofattoriale del TFI-8, con una possibile articolazione secondaria non sufficientemente distinta da supportare sottoscale separate. Questa specificità è coerente con quanto osservato a livello descrittivo: la forma appiattita e in alcuni casi plurimodale delle distribuzioni item-level indica che parte della variabilità delle risposte riflette eterogeneità tra partecipanti più che una dimensione latente comune, contribuendo a spiegare l'adattamento non ottimale della soluzione monofattoriale. Per questo motivo, nelle analisi successive il TFI-8 è stato mantenuto a livello item-level, confrontando i singoli item tramite CLMM.

5.4.2.3 Sezione 2c. Analisi CLMM per il confronto corretto tra item

Dopo le analisi descrittive item-level e l'esplorazione della struttura interna degli strumenti, è stato effettuato un confronto tra gli item dei tre strumenti attraverso modelli ordinali cumulativi a effetti misti (*Cumulative Link Mixed Models*, CLMM, vedi §. 5.2.5.2). L'obiettivo era descrivere quali item presentassero una maggiore propensione a ricevere punteggi elevati, tenendo conto della tendenza individuale dei partecipanti a utilizzare categorie più alte o più basse della scala e del raggruppamento dei partecipanti entro comunità terapeutica.

Questionario TFI-8 - L'analisi CLMM del TFI-8 è stata condotta sugli 8 item dello strumento, includendo 203 partecipanti appartenenti a 15 comunità terapeutiche. Le risposte valide erano comprese nel range teorico della scala, da 1 a 7 .

Tabella 5.38 - Caratteristiche TFI-8 per CLMM

Strumento	Partecipanti inclusi	n CT	n item	Osservazioni item-partecipante	Range scala
TFI-8	203	15	8	1613	1-7

Il modello con Item come effetto fisso ha mostrato un adattamento significativamente migliore rispetto al modello nullo con sole intercette casuali, $\chi^2(7) = 52.91$, $p < .001$. L'AIC si riduceva da 5693.5 nel modello nullo a 5654.6 nel modello con Item, con $\Delta AIC = 38.9$. Questo indica la presenza di differenze complessive tra item TFI-8 al netto dell'effetto partecipante e dell'effetto comunità.

Tabella 5.39- CLMM - Sintesi confronto modello nullo vs modello con item (TFI-8)

strumento	modello nullo*	modello item**	χ^2	df	p value	AIC nullo	AIC item	ΔAIC
TFI-8	risposta_ord ~ 1 + (1 id) + (1 ct)	risposta_ord ~ item + (1 id) + (1 ct)	52,909	7	< .001	5693,5	5654,6	38,9

Nota: missing esclusi. Modello stimato solo sulle valutazioni 1-5

* modello nullo: le risposte vengono considerate non distinguendo tra dispositivi, attribuendo tutta la variabilità agli stili di risposta dei partecipanti o a caratteristiche determinate dalle specifiche comunità

** modello item: oltre a controllare partecipante e comunità, viene considerata anche la variabilità tra gli specifici dispositivi

Le varianze delle intercette casuali erano pari a 2.59 per il partecipante e 0.11 per la comunità terapeutica, indicando una maggiore variabilità attribuibile alle differenze individuali nella tendenza di risposta rispetto alla variabilità tra comunità.

Tabella 5.40 - Effetti casuali CLMM (TFI-8)

gruppo	varianza	sd
id	2,5949	1,6109
ct	0,1076	0,3281

Il ranking corretto degli item collocava al primo posto tfi8_8, corrispondente alla consapevolezza dell'impatto sugli altri tramite feedback. Seguivano tfi8_4, relativo al gruppo come microcosmo sociale, tfi8_3, relativo al riconoscimento di somiglianze con gli altri, e tfi8_7, relativo alla sicurezza nel gruppo nonostante le differenze. Gli item con stime più basse erano tfi8_5, relativo all'apprendimento osservativo di strategie, e tfi8_1, relativo alla generalizzazione dell'universalità fuori dal gruppo.

Tabella 5.41 - Ranking CLMM (TFI-8)

rank	item	etichetta	emmean*	SE	IC 95%
1	tfi8_8	Consapevolezza dell'impatto sugli altri tramite feedback	1,347	0,203	0,950 - 1,745
2	tfi8_4	Gruppo come microcosmo sociale	0,714	0,198	0,326 - 1,102
3	tfi8_3	Riconoscimento di somiglianze con gli altri	0,602	0,197	0,216 - 0,988
4	tfi8_7	Sicurezza nel gruppo nonostante le differenze	0,486	0,195	0,103 - 0,869
5	tfi8_2	Appartenenza al gruppo	0,465	0,195	0,083 - 0,847
6	tfi8_6	Speranza verso il futuro	0,365	0,198	-0,022 - 0,753
7	tfi8_5	Apprendimento osservativo di strategie	0,271	0,199	-0,118 - 0,661
8	tfi8_1	Generalizzazione dell'universalità fuori dal gruppo	0,171	0,200	-0,222 - 0,563

**emmean = estimated marginal mean, espressa su scala latente logit . Valori più elevati indicano una maggiore propensione stimata dell'item a ricevere risposte nelle categorie alte della scala, al netto delle intercette casuali per partecipante e comunità terapeutica. Il modello mantiene la natura ordinale delle risposte e non assume intervalli uguali tra le categorie Likert.*

In termini descrittivi, il profilo del TFI-8 mostra quindi una maggiore valorizzazione degli item relativi al feedback interpersonale, al gruppo come microcosmo sociale, al riconoscimento di somiglianze con gli altri e alla sicurezza nel gruppo. Questa lettura resta item-level e non implica che gli item rappresentino dimensioni autonome dello strumento.

Questionario FT - L'analisi CLMM del questionario FT è stata condotta sui 12 item dello strumento, includendo 202 partecipanti con almeno una risposta valida, appartenenti a 15 comunità terapeutiche. Le risposte valide erano comprese nel range teorico della scala, da 1 a 5.

Tabella 5.42 - Caratteristiche FT per CLMM

Strumento	Partecipanti inclusi	n CT	n item	Osservazioni item-partecipante	Range scala
FT	202	15	12	2407	1-5

Il modello con Item come effetto fisso ha mostrato un adattamento significativamente migliore rispetto al modello nullo, $\chi^2(11) = 157.61$, $p < .001$. L'AIC si riduceva da 6323.6 nel

modello nullo a 6188.0 nel modello con Item, con $\Delta AIC = 135.6$. Il risultato indica che gli item FT ricevono valutazioni complessivamente differenti anche dopo aver controllato per la tendenza individuale del partecipante e per l'effetto di comunità.

Tabella 5.43 - CLMM - Sintesi confronto modello nullo vs modello con item (FT)

strumento	modello nullo*	modello item**	χ^2	df	p value	AIC nullo	AIC item	ΔAIC
FT	risposta_ord ~ 1 + (1 id) + (1 ct)	risposta_ord ~ item + (1 id) + (1 ct)	157,61	11	< .001	6323,6	6188	135,6

Nota: missing esclusi. Modello stimato solo sulle valutazioni 1-5

* modello nullo: le risposte vengono considerate non distinguendo tra dispositivi, attribuendo tutta la variabilità agli stili di risposta dei partecipanti o a caratteristiche determinate dalle specifiche comunità

** modello item: oltre a controllare partecipante e comunità, viene considerata anche la variabilità tra gli specifici dispositivi

Le varianze delle intercette casuali erano pari a 1.84 per il partecipante e 0.09 per la comunità terapeutica. Anche in questo caso, la variabilità associata al partecipante risultava superiore a quella associata alla comunità.

Tabella 5.44 - Effetti casuali CLMM (FT)

gruppo	varianza	sd
id	1,83739	1,3555
ct	0,08521	0,2919

Il ranking corretto degli item FT indicava come item con maggiore stima latente ft_12, relativo all'esperienza terapeutica intensiva e trasformativa della comunità. Seguivano ft_6, relativo al reinserimento sociale e lavorativo, e ft_4, relativo all'integrazione di sé nella relazione con l'équipe.

Al quarto posto si collocava ft_10, *relativo alla quotidianità e all'apprendimento relazionale*. Gli item con stime più basse erano ft_5, ft_3 e ft_11.

Tabella 5.45 - Ranking CLMM (FT)

rank	item	etichetta	emmean*	SE	IC 95%
1	ft_12	Esperienza terapeutica intensiva e trasformativa	2,603	0,207	2,196 - 3,009
2	ft_6	Reinserimento sociale e lavorativo	2,052	0,201	1,657 - 2,447
3	ft_4	Integrazione di sé nella relazione con l'équipe	2,025	0,197	1,639 - 2,412
4	ft_10	Quotidianità e apprendimento relazionale	1,804	0,191	1,43 - 2,178
5	ft_7	Clima domestico, protezione e autonomia	1,717	0,194	1,336 - 2,097
6	ft_1	Consapevolezza dell'impatto di sé sugli altri	1,584	0,191	1,21 - 1,959
7	ft_9	Stabilità organizzativa e sicurezza relazionale	1,473	0,19	1,101 - 1,845
8	ft_8	Regolarità, varietà e accettazione del cambiamento	1,353	0,19	0,98 - 1,725
9	ft_2	Integrazione delle parti attraverso la coesione del gruppo	1,041	0,188	0,672 - 1,41
10	ft_5	Appartenenza attraverso coinvolgimento e responsabilità	0,971	0,19	0,598 - 1,344
11	ft_3	Esperienza emotiva intensa nel gruppo	0,948	0,191	0,573 - 1,323
12	ft_11	Attività creative, gioco e autoefficacia	0,855	0,188	0,487 - 1,223

**emmean = estimated marginal mean, espressa su scala latente logit . Valori più elevati indicano una maggiore propensione stimata dell'item a ricevere risposte nelle categorie alte della scala, al netto delle intercette casuali per partecipante e comunità terapeutica. Il modello mantiene la natura ordinale delle risposte e non assume intervalli uguali tra le categorie Likert.*

Nel complesso, il ranking corretto del FT conferma che, dopo il controllo per partecipante e comunità, le stime più elevate riguardano l'esperienza terapeutica intensiva della comunità, il reinserimento sociale e lavorativo, la relazione con l'équipe e la quotidianità come contesto di apprendimento relazionale.

Questionario DT - Per il questionario DT, la categoria ASSENTE è stata trattata come informazione preliminare sulla disponibilità, accessibilità o riconoscibilità del dispositivo, e non come livello ordinale della scala di valutazione. Di conseguenza, le risposte ASSENTE e i missing

sono stati esclusi dal modello CLMM. L'analisi è stata quindi condotta solo sulle valutazioni comprese tra 1 e 5, e risponde alla domanda: tra i dispositivi indicati come presenti o valutabili, quali ricevono punteggi più elevati?

L'analisi CLMM è stata quindi condotta sulle valutazioni valide comprese tra 1 e 5: 8191 valutazioni complessive, relative a 201 partecipanti e 44 dispositivi. Complessivamente, 596 risposte erano ASSENTE e 233 erano missing. Tutti i 44 dispositivi avevano almeno 87 valutazioni valide. Il dispositivo con il maggior numero di risposte ASSENTE era dt_1, relativo alle *attività con animali*, con 112 risposte ASSENTE e 87 valutazioni valide. La tabella con le informazioni sul criterio ASSENTE per ciascun dispositivo valutato è consultabile in Appendice 4. (Tabella 4.11)

Tabella 5.46 - Caratteristiche DT per CLMM

Strumento	Partecipanti inclusi	n CT	n item	Osservazioni item-partecipante	Range scala
DT	201	15	44	8191	1-5

Il modello con Item come effetto fisso ha mostrato un adattamento significativamente migliore rispetto al modello nullo, $\chi^2(43) = 561.72, p < .001$. L'AIC si riduceva da 18659 nel modello nullo a 18183 nel modello con Item, con $\Delta AIC = 476$. Il risultato indica che, tra i dispositivi valutati come presenti, le valutazioni differiscono complessivamente tra item anche dopo il controllo per partecipante e comunità terapeutica.

Tabella 5.47 - CLMM - Sintesi confronto modello nullo vs modello con item (DT)

strumento	modello nullo*	modello item**	χ^2	df	p value	AIC nullo	AIC item	ΔAIC
DT	risposta_ord ~ 1 + (1 id) + (1 ct)	risposta_ord ~ item + (1 id) + (1 ct)	561,72	43	< .001	18659	18183	476

Nota: ASSENTE e missing esclusi. Modello stimato solo sulle valutazioni 1-5

* modello nullo: le risposte vengono considerate non distinguendo tra dispositivi, attribuendo tutta la variabilità agli stili di risposta dei partecipanti o a caratteristiche determinate dalle specifiche comunità

** modello item: oltre a controllare partecipante e comunità, viene considerata anche la variabilità tra gli specifici dispositivi

Le varianze delle intercette casuali erano pari a 2.26 per il partecipante e 0.06 per la comunità terapeutica. Anche per DT, quindi, la variabilità associata al partecipante risultava più ampia rispetto alla variabilità associata alla comunità.

Tabella 5.48- Effetti casuali CLMM (DT)

gruppo	varianza	sd
id	2,26236	1,5041
ct	0,05596	0,2365

Il ranking corretto dei dispositivi indicava come item con maggiore stima latente dt_24, relativo alla possibilità di *contare sugli operatori come figure di riferimento*. Seguivano dt_11, relativo alla *cura di sé*, dt_37, relativo alla *psicoterapia individuale*, dt_5, relativo alla *stabilità abitativa*, e dt_41, relativo alla *presenza di un operatore individuale di riferimento*. Tra i primi item del ranking comparivano inoltre dt_16, relativo agli *spazi all'aperto*, dt_27, relativo agli *spazi protetti per i momenti di crisi o fragilità*, e dt_34, relativo alla *costruzione condivisa del progetto terapeutico*. Gli ultimi item del ranking erano dt_1, relativo alle *attività con animali*, dt_28, relativo alla *distanza da territorio/famiglia*, dt_29, relativo alle *tradizioni comunitarie*, e dt_26, relativo agli *eventi aperti all'esterno*. Per questi item, in particolare per dt_1, la lettura del ranking deve essere

affiancata alla quota di risposte ASSENTE, poiché il numero di valutazioni valide varia in modo rilevante tra dispositivi.

Tabella 5.49 - Ranking CLMM (DT)

rank	item	etichetta	emmean*	SE	IC 95%
1	dt_24	Operatori come figure di riferimento	3,017	0,211	2,603 - 3,430
2	dt_11	Cura di sé	2,988	0,211	2,575 - 3,402
3	dt_37	Psicoterapia individuale	2,846	0,216	2,422 - 3,269
4	dt_5	Stabilità abitativa	2,765	0,211	2,352 - 3,179
5	dt_41	Operatore individuale di riferimento	2,762	0,207	2,357 - 3,167
6	dt_16	Spazi all'aperto	2,708	0,206	2,305 - 3,111
7	dt_27	Spazi protetti per la crisi	2,704	0,206	2,300 - 3,108
8	dt_34	Progetto terapeutico condiviso	2,577	0,201	2,183 - 2,972
9	dt_32	Continuità farmacologica	2,559	0,207	2,153 - 2,965
10	dt_10	Gestione della libertà	2,557	0,199	2,166 - 2,948
11	dt_6	Spazi abitativi adeguati	2,516	0,203	2,118 - 2,914
12	dt_42	Spazi abitativi confortevoli	2,505	0,199	2,115 - 2,895
13	dt_36	Cura medico-sanitaria	2,500	0,203	2,101 - 2,899
14	dt_35	Programma per fasi/obiettivi	2,495	0,199	2,105 - 2,885
15	dt_8	Apprendimento attività quotidiane	2,459	0,200	2,068 - 2,851
16	dt_18	Spazi di relax	2,451	0,200	2,060 - 2,842
17	dt_12	Gestione economica	2,432	0,203	2,034 - 2,830
18	dt_39	Infermeria	2,397	0,202	2,002 - 2,792
19	dt_9	Turni e responsabilità	2,312	0,195	1,929 - 2,694
20	dt_7	Spazi personali	2,308	0,200	1,915 - 2,701
21	dt_4	Attività lavorative interne	2,205	0,208	1,798 - 2,611
22	dt_14	Accompagnamento relazioni esterne significative	2,183	0,200	1,791 - 2,574
23	dt_17	Svago condiviso	2,143	0,196	1,759 - 2,528
24	dt_15	Inserimento lavoro/scuola	2,140	0,205	1,738 - 2,542
25	dt_43	Regole chiare	2,120	0,195	1,738 - 2,503
26	dt_31	Condivisione tra operatori	1,967	0,193	1,590 - 2,345
27	dt_40	Incontri con servizi invianti	1,952	0,202	1,557 - 2,348
28	dt_44	Gruppi su sintomi/abilità	1,905	0,201	1,510 - 2,299

29	dt_38	Psicoterapia di gruppo	1,873	0,201	1,479 - 2,266
30	dt_13	Accompagnamento contatti sociali esterni	1,852	0,198	1,464 - 2,239
31	dt_33	Gruppi/attività familiari	1,737	0,212	1,321 - 2,153
32	dt_19	Contatto con la natura	1,736	0,204	1,336 - 2,136
33	dt_22	Convivenza quotidiana	1,714	0,195	1,333 - 2,096
34	dt_30	Quotidianità strutturata	1,691	0,188	1,323 - 2,060
35	dt_23	Fare per gli altri	1,673	0,190	1,300 - 2,046
36	dt_2	Attività sportive/motorie	1,638	0,206	1,235 - 2,042
37	dt_20	Piccoli gruppi	1,638	0,193	1,260 - 2,015
38	dt_25	Pari con fragilità simili	1,471	0,193	1,093 - 1,849
39	dt_21	Gruppi educativi di comunità	1,422	0,190	1,050 - 1,794
40	dt_3	Attività artistiche/creative	1,410	0,199	1,020 - 1,800
41	dt_1	Attività con animali	1,123	0,256	0,622 - 1,625
42	dt_28	Distanza da territorio/famiglia	1,014	0,202	0,618 - 1,410
43	dt_29	Tradizioni comunitarie	0,897	0,196	0,514 - 1,281
44	dt_26	Eventi aperti all'esterno	0,855	0,207	0,449 - 1,261

**emmean = estimated marginal mean, espressa su scala latente logit . Valori più elevati indicano una maggiore propensione stimata dell'item a ricevere risposte nelle categorie alte della scala, al netto delle intercette casuali per partecipante e comunità terapeutica. Il modello mantiene la natura ordinale delle risposte e non assume intervalli uguali tra le categorie Likert.*

5.4.2.4 Sintesi dell'analisi delle risposte ai questionari quantitativi

Nel complesso, la Sezione 2 mostra che le risposte ai tre strumenti si collocano prevalentemente nella parte medio-alta o alta delle rispettive scale, indicando un generale riconoscimento positivo dei processi, dei fattori e dei dispositivi terapeutici indagati. Per FT e TFI-8, l'esplorazione della struttura interna suggerisce la presenza di una dimensione comune prevalente, utile come informazione interpretativa generale, ma accompagnata da una quota di variabilità non completamente spiegata dal fattore unico. Per questo motivo, le analisi successive hanno mantenuto una lettura a livello di singolo item. Il confronto tramite CLMM ha mostrato differenze complessive significative tra item in tutti e tre gli strumenti, confermando l'utilità di un ranking modellato oltre

alle descrittive grezze. Nel TFI-8 risultano relativamente più valorizzati gli item legati al *feedback interpersonale*, al *gruppo come microcosmo sociale* e al *riconoscimento di somiglianze con gli altri*. Nel questionario FT emergono con maggiore evidenza *l'esperienza terapeutica intensiva e trasformativa*, *il reinserimento sociale e lavorativo*, *la relazione con l'équipe* e *la quotidianità come contesto di apprendimento relazionale*, in coerenza anche con le scelte top-3. Per il questionario DT, i risultati richiedono una lettura distinta tra disponibilità del dispositivo e valutazione del dispositivo quando presente: tra quelli valutati come presenti ricevono stime più elevate soprattutto gli *operatori come figure di riferimento*, *la cura di sé*, *la psicoterapia individuale*, *la stabilità abitativa* e *l'operatore individuale di riferimento*. L'ispezione grafica delle distribuzioni (vedi Appendice 4, Immagine A4.1, A4.2, A4.3) ha mostrato che, accanto al generale orientamento verso i valori alti, la forma delle risposte non è omogenea in particolare nel questionario DT, dove il dissenso sull'utilità si concentra su un numero ristretto di dispositivi, e nel questionario TFI-8 che si distingue per distribuzioni più disperse lungo la scala e una minore concentrazione sui valori elevati.

5.4.3 Sezione 3: analisi qualitativa

L'analisi tematica delle risposte alle tre domande aperte ha avuto lo scopo di restituire gli aspetti del trattamento comunitario che gli utenti riconoscono esplicitamente come terapeutici, insieme a quelli percepiti come non utili e alle difficoltà incontrate nel percorso (vedi § 5.3.5.3). I risultati sono organizzati attorno ai quattro domini concettuali corrispondenti ai codici di primo livello:

- le esperienze percepite come terapeutiche (codice: PTE);
- i dispositivi percepiti come terapeutici (codice: PTD);

- gli aspetti non ritenuti utili (codice: NH);
- le sfide del percorso (codice: CH).

Tali domini costituiscono registri analitici distinti e non sono comparabili tra loro sul piano delle frequenze: il primo coglie *che cosa accade* alla persona nel percorso, il secondo *attraverso quali strumenti*, mentre gli ultimi due raccolgono rispettivamente le valutazioni critiche e le fatiche riferite. Entro ciascun dominio il materiale è stato organizzato in temi, intesi come sintesi del contenuto manifesto afferente a un'area di significato (Braun & Clarke, 2022), accompagnati da citazioni esemplificative e da tabelle di frequenza del numero di utenti che hanno citato almeno una volta lo specifico dominio, tema o sotto-tema. Per la tabella di frequenza che riporta anche tutti i codici afferenti ciascun tema e sotto-tema, vedi Appendice 4, Tabella A4.13.

Dei 205 partecipanti che hanno restituito il questionario, 199 hanno fornito almeno una risposta codificabile alle domande aperte analizzate, mentre 6 non hanno risposto alle domande aperte e sono pertanto esclusi dal denominatore dell'analisi tematica. Tutte le frequenze riportate nel testo e nelle tabelle si riferiscono dunque a 199 rispondenti e sono espresse come numero di partecipanti che hanno espresso un dato codice o tema (a questo scopo, ciascun codice è stato contato una sola volta per partecipante, anche nel momento in cui il partecipante l'avesse nominato più volte). Poiché i codici non sono mutuamente esclusivi, uno stesso partecipante può concorrere a più temi, anche entro il medesimo dominio. Per questa ragione le frequenze dei temi sono state calcolate come numero di partecipanti distinti che esprimono almeno un codice afferente al tema e non corrispondono alla somma delle frequenze dei singoli codici, che risulterebbe sovrastimata. Va inoltre considerato che i quattro domini derivano in misura diversa dalle tre domande aperte: due domande in particolare (Q2 e Q3) elicitarono risposte afferenti ai codici PTD e PTE, mentre solo una

(Q4) di tipo NH e CH, di conseguenza il confronto delle frequenze è significativo solo all'interno di ciascun dominio e tra i temi che lo compongono, non tra domini differenti.

Esito della convergenza - La verifica di convergenza condotta sui 16 protocolli codificati in modo indipendente dalle due ricercatrici ha prodotto un indice di accordo positivo del 68,0% (123 concordanze su 181 assegnazioni complessive, con 58 discordanze). Tale valore, inferiore alla soglia dell'80% fissata a priori, è interpretabile alla luce della brevità delle risposte aperte, che amplifica l'effetto di singole divergenze di codifica sul computo complessivo. Coerentemente con la funzione diagnostica e non di validazione attribuita a questa procedura, l'esito ha motivato la scelta di procedere alla codifica congiunta dell'intero corpus residuo, con risoluzione delle divergenze per consenso, anziché a una codifica indipendente con misura finale di affidabilità.

5.4.3.1 Le esperienze percepite come terapeutiche (*Perceived Therapeutic Experiences, PTE*)

Il dominio delle esperienze percepite come terapeutiche raccoglie ciò che gli utenti riconoscono esplicitamente come aspetto terapeutico o di aiuto per il proprio percorso: non gli strumenti del trattamento, ma ciò che accade alla persona attraverso di essi. È il dominio più popolato dell'intero corpus, evidenziando che, invitati a indicare ciò che ha avuto valore terapeutico, i partecipanti si orientano prima di tutto verso la dimensione esperienziale del cambiamento. Al suo interno si distinguono cinque temi:

- *Tema 1 - Esperienza relazionale;*
- *Tema 2 - Acquisizione di competenze;*
- *Tema 3 - Sentirsi di valore, capaci e artefici del proprio percorso;*

- *Tema 4 - Espressione e autenticità del sé;*
- *Tema 5 - Dimensione positiva dell'esperienza.*

I cinque temi non sono mutuamente esclusivi e uno stesso partecipante concorre tipicamente a più di uno: le prevalenze che seguono vanno quindi lette come quote indipendenti di rispondenti, non come una ripartizione del campione.

Tema 1 - L'esperienza relazionale (T1). Il tema relazionale è il più ricorrente dell'intero studio: 169 partecipanti su 199 (85%) riconoscono in almeno un aspetto della relazione una componente terapeutica del proprio percorso. Questo dato suggerisce che, nella prospettiva degli utenti, la dimensione relazionale costituisce uno dei principali registri attraverso cui viene descritto il valore terapeutico del percorso comunitario. Il tema si articola in più registri relazionali, che corrispondono ai diversi interlocutori del contesto comunitario e alle qualità attribuite a quelle relazioni.

La relazione con gli operatori (T1.A) è il registro dominante (139 partecipanti, 70%). Gli utenti vi riconoscono soprattutto una funzione di sostegno, declinata in forme diverse: un sostegno emotivo e di regolazione nei momenti di difficoltà, un sostegno pratico e orientato all'azione (ricevere consigli o indicazioni), e un sostegno che assume la forma del riconoscimento del proprio valore o della propria sofferenza. Ricorre l'esperienza di sentirsi accolti senza essere giudicati, e quella di poter costruire progressivamente un rapporto di fiducia. Una partecipante descrive il momento in cui un'operatrice si è seduta accanto a lei riconoscendo la legittimità del suo malessere, restituendole la percezione che *"il mio malessere aveva la stessa dignità di quello di chiunque altro"*; un altro colloca l'aiuto maggiore nel punto in cui ha potuto *"avere più confidenza con gli operatori"*,

sentendoli di sostegno nei momenti di difficoltà. Il sostegno pratico emerge in episodi concreti, come l'apprendimento di una strategia per gestire l'ansia con l'aiuto di un operatore.

La *relazione con i pari* (T1.B) costituisce il secondo registro (58 partecipanti, 29%). Qui il valore terapeutico è attribuito alla condivisione tra residenti, all'accoglienza reciproca e, in alcuni casi, al rispecchiamento nell'esperienza dell'altro. Un partecipante, descrivendosi inizialmente "*molto spaesato e poco compreso*", riconosce l'importanza dell'accoglienza di un compagno, un altro situa il valore dell'esperienza in momenti quotidiani condivisi, come fare merenda insieme agli altri utenti.

Accanto a questi due registri principali, una quota di partecipanti fa riferimento alle *relazioni in generale* (T1.C), senza specificare l'interlocutore (33 partecipanti, 17%), evocando in particolare il senso di appartenenza e la fiducia diffusa nel contesto, mentre un gruppo più ristretto richiama infine il sostegno ricevuto da figure esterne alla comunità (*relazioni con gli esterni*, T1.D), come la famiglia (7 partecipanti, 4%).

Un ultimo registro, trasversale rispetto agli interlocutori, riguarda non *chi* è coinvolto nella relazione ma *come* la relazione viene vissuta: la *qualità delle relazioni* (T1.E, 45 partecipanti, 23%). Gli utenti valorizzano qui l'esperienza del confronto, l'assenza di giudizio, la tolleranza, il rispetto e l'empatia come tratti che sembrano rendere terapeutico il legame. Significativo l'episodio di una partecipante che, esitante a mostrarsi al gruppo per timore di esporre il proprio problema, descrive la reazione degli altri come "*più di curiosità che di giudizio*": è la qualità non giudicante della relazione, più che la relazione in sé, a essere riconosciuta come terapeutica.

Tema 2 - Acquisizione di competenze. Il secondo tema per ampiezza raccoglie i riferimenti all'apprendimento di nuove capacità nel corso del percorso: 90 partecipanti su 199 (45%)

riconoscono in qualche forma di competenza acquisita un elemento terapeutico. La quasi totalità di questi riferimenti riguarda *competenze di natura psicologica (T2.A)*, mentre una quota minima (4 partecipanti) richiama *competenze pratiche (T2.B)*. All'interno delle competenze psicologiche, la sotto-articolazione più ricorrente, nonché il codice più frequente dell'intero dominio PTE, è la consapevolezza: gli utenti descrivono di aver imparato a riconoscere i propri funzionamenti, comportamenti ed emozioni. Una partecipante racconta di aver imparato a "*riconoscere e tradurre*" i propri pensieri ed emozioni nei momenti di crisi, un altro situa il valore del percorso nel momento in cui ha capito che "*i miei comportamenti erano disfunzionali per la mia vita*". Accanto alla consapevolezza, gli utenti riconoscono l'acquisizione di strategie di autoregolazione (la capacità di gestire stati emotivi intensi) e una più ampia gamma di strumenti appresi, evocati spesso in termini di "*strumenti*" da poter utilizzare. La competenza, in questo tema, non è descritta come nozione ma come capacità operativa: qualcosa che si impara a *fare* con se stessi.

Tema 3 - Sentirsi di valore, capaci e artefici del proprio percorso. Questo tema raccoglie le esperienze in cui l'utente riconosce un cambiamento nella percezione di sé come soggetto capace, responsabile e dotato di valore: 78 partecipanti su 199 (39%). È un tema centrato sull'agentività e sul rapporto con se stessi, distinto dall'acquisizione di competenze del *Tema 2 - Acquisizione di competenze* perché riguarda non cosa si è imparato a fare, ma come ci si percepisce in quanto persone. Non sono stati individuati degli specifici sotto-temi, ma vi confluiscono direttamente i codici riferiti all'aprirsi di nuove possibilità interne, alla responsabilità verso il proprio percorso, all'autoefficacia, alla motivazione al cambiamento, all'autonomia e al senso del proprio valore. Un partecipante esprime con nettezza la dimensione dell'assunzione di responsabilità: "*la cura parte sempre da noi stessi*". Altri descrivono la riappropriazione di una direzione: "*ho avuto modo di*

riflettere a fondo sul mio percorso e su cosa voglio realmente farne", oppure "ho ritrovato nelle difficoltà la voglia di ricostruirmi pezzo per pezzo". Il riconoscimento del proprio valore emerge spesso intrecciato all'esperienza relazionale, come per la partecipante che, sentendo che agli operatori *"di me importava"*, comincia a percepirsi come persona degna di cura - segno di come il valore di sé, in questo contesto, si costruisca anche attraverso il riscontro dell'altro.

Tema 4 - Espressione e l'autenticità del sé. Il quarto tema riguarda la possibilità di esprimere ciò che si prova e di essere autenticamente se stessi: 51 partecipanti su 199 (26%). I due poli del tema sono l'espressione - la possibilità di dare voce a emozioni, vissuti e contenuti difficili - e l'autenticità, intesa come riconoscimento e accettazione della propria vera natura. Sul versante dell'espressione, gli utenti valorizzano l'aver potuto *"tirare fuori quello che avevo dentro"*, l'aver trovato uno spazio per parlare di esperienze dolorose sentendosi accolti, ma anche la condivisione di emozioni positive. Significativa la descrizione di chi, attraverso un'attività terapeutica, condivide che *"piansi molto con difficoltà a respirare. Li fu per la prima volta che ebbi contatto con me stesso con qualcun altro e respirai per davvero"*: l'espressione emotiva viene riconosciuta come terapeutica in sé. Sul versante dell'autenticità, gli utenti descrivono il recupero della *"vera persona che sono"* contro le disfunzioni che, come scrive una partecipante, *"annientano la mia personalità"*, oppure il superamento della percezione di essere un *"impostore"*. Espressione e autenticità appaiono così le aspetti di un'unica dimensione: poter mostrare ciò che si sente, ed essere riconosciuti per ciò che si è.

Tema 5 - La dimensione positiva dell'esperienza. L'ultimo tema del dominio raccoglie i riferimenti a stati e prospettive vissuti positivamente: 63 partecipanti su 199 (32%). Vi confluiscono la piacevolezza di momenti ed esperienze, la percezione di un miglioramento in atto, l'aprirsi di nuove possibilità rivolte al mondo e agli altri, e, in forma più contenuta, la speranza e il senso di

libertà. A differenza dei temi precedenti, centrati su capacità o relazioni specifiche, questo tema coglie la qualità affettiva complessivo dell'esperienza: il sentirsi bene, lo stare meglio, il guardare avanti. Una partecipante descrive *"la gioia di sentirmi cambiata"* e la libertà da dipendenze e condotte autolesive del passato, un'altra riconosce che la comunità rappresenta *"un insieme di cose che insieme mi stanno facendo credere che questo BENESSERE può esserci"*. La dimensione di speranza si condensa in affermazioni semplici e prospettiche, come *"non è mai tardi per cambiare in meglio"*. È il tema che restituisce, più di altri, la qualità esperienziale positiva attribuita al percorso nel suo insieme.

Tabella 5.49 - Temi e sotto-temi del dominio PTE

Dominio/Tema/Sotto-tema/Codice (forma completa)	Livello	Frequenza (n)	% su N=199
PTE	DOMINIO	193	97%
TEMA 1 - ESPERIENZA RELAZIONALE	TEMA	169	85%
<i>T1.A - Relazione con gli operatori</i>	<i>sotto-tema</i>	<i>139</i>	<i>70%</i>
PTE_Relazione_Operatori_Altro	codice	42	21%
PTE_Relazione_Operatori_Fiducia	codice	10	5%
PTE_Relazione_Operatori_Sostegno	codice	72	36%
PTE_Relazione_Operatori_Sostegno_Regolazione	codice	30	15%
PTE_Relazione_Operatori_Sostegno_Pratico	codice	29	15%
PTE_Relazione_Operatori_Sostegno_Riconoscimento	codice	14	7%
PTE_Relazione_Operatori_Sostegno_Sicurezza	codice	12	6%
PTE_Relazione_Operatori_Sostegno_Ascolto	codice	11	6%
PTE_Altro_Alleanza	codice	1	1%
<i>T1.B - Relazione con i pari</i>	<i>sotto-tema</i>	<i>58</i>	<i>29%</i>
PTE_Relazione_Pari_Altro	codice	37	19%
PTE_Relazione_Pari_Sostegno	codice	22	11%
PTE_Relazione_Pari_Rispecchiamento	codice	7	4%
PTE_Relazione_Pari_MaschiFemmine	codice	2	1%
<i>T1.C - Relazioni in generale</i>	<i>sotto-tema</i>	<i>33</i>	<i>17%</i>
PTE_Relazioni_Gen_Altro	codice	20	10%

PTE_Relazioni_Gen_Appartenenza	codice	8	4%
PTE_Relazioni_Gen_Fiducia	codice	6	3%
PTE_Altro_Reciprocita	codice	1	1%
T1.D - Relazione con gli esterni	sotto-tema	7	4%
PTE_Relazione_Esterni_Sostegno	codice	7	4%
T1.E - Qualità delle relazioni	sotto-tema	45	23%
PTE_NonGiudizio	codice	8	4%
PTE_Rispetto	codice	4	2%
PTE_Tolleranza	codice	8	4%
PTE_Gentilezza	codice	2	1%
PTE_GestioneConflitti	codice	2	1%
PTE_Empatia	codice	3	2%
PTE_Confronto	codice	25	13%
TEMA 2 - ACQUISIZIONE DI COMPETENZE	TEMA	90	45%
T2.A - Competenze Psicologiche	sotto-tema	88	44%
PTE_Competenze_Skill_Consapevolezza	codice	67	34%
PTE_Competenze_Skill_Altro	codice	31	16%
PTE_Competenze_Skill_Autoregolazione	codice	14	7%
T2.B - Competenze Pratiche	sotto-tema	4	2%
PTE_Competenze_Pratiche	codice	4	2%
TEMA 3 - SENTIRSI DI VALORE, CAPACI E ARTEFICI DEL PROPRIO PERCORSO	TEMA	78	39%
PTE_NuovePossibilita_Interno	codice	28	14%
PTE_Responsabilita	codice	23	12%
PTE_Autoefficacia	codice	20	10%
PTE_Motivazione	codice	14	7%
PTE_Autonomia	codice	12	6%
PTE_Valore	codice	9	5%
PTE_SentirsiImportanti	codice	4	2%
PTE_Fiducia_Ricevuta	codice	4	2%
PTE_Sfide	codice	3	2%
PTE_Fiducia_InSe	codice	2	1%
PTE_Altro_CuraDiSe	codice	1	1%
PTE_Altro_Sperimentarsi	codice	1	1%

TEMA 4 - ESPRESSIONE E AUTENTICITA' DEL SE'	TEMA	51	26%
PTE_Espressione	codice	44	22%
PTE_Autenticita	codice	9	5%
TEMA 5 - DIMENSIONE POSITIVA DELL'ESPERIENZA	TEMA	63	32%
PTE_Piacevolezza	codice	32	16%
PTE_Miglioramento	codice	28	14%
PTE_NuovePossibilita_Esterno	codice	10	5%
PTE_Liberta	codice	2	1%
PTE_Speranza	codice	3	2%
PTE_Altro_Benessere	codice	1	1%
PTE_Altro_Distrazione	codice	1	1%
PTE_Salvezza	codice	2	1%

Nota. Percentuali su N = 199. Le frequenze di tema e sotto-tema come conteggi per unione (ogni partecipante viene contato una sola volta per livello), non sono pertanto cumulative dei livelli inferiori, poiché i codici non sono mutuamente esclusivi.

Le frequenze dei codici esclusi dalla tematizzazione sono riportate in Appendice 4

5.4.3.2 I dispositivi percepiti come terapeutici (*Perceived Therapeutic Devices, PTD*)

Se il dominio precedente coglie ciò che accade alla persona, il dominio dei dispositivi percepiti come terapeutici raccoglie gli strumenti attraverso cui quel cambiamento è reso possibile: le attività, gli assetti e le strutture che gli utenti riconoscono come terapeuticamente efficaci. I due domini sono concettualmente collegati - i dispositivi terapeutici sono spesso ciò che permette o facilita le esperienze terapeutiche - ma rappresentano registri analiticamente distinti e non comparabili: un utente può riconoscere un dispositivo senza descriverne l'effetto esperienziale, e viceversa.

I PTD si articolano in quattro temi:

- *Tema 1 - Attività proposte dalla comunità;*

- Tema 2 - *La comunità come dispositivo*;
- Tema 3 - *Setting e cornice istituzionale*;
- Tema 4 - *Rapporto con l'esterno e reinserimento*.

Tema 1 - Le attività proposte dalla comunità. È il tema più popolato del dominio: 123 partecipanti su 199 (62%) riconoscono valore terapeutico in almeno una delle attività offerte. Data la varietà delle attività, il tema è articolato in tre sotto-temi che ne distinguono la natura.

Il primo raccoglie i *dispositivi clinico-terapeutici* in senso stretto (*T1.A*) (95 partecipanti, 48%): i colloqui individuali con lo psicologo, i gruppi psicoterapeutici, i colloqui familiari, gli incontri con lo psichiatra, le attività esplicitamente terapeutiche di tipo artistico e, unico dispositivo che non rappresenta una pratica terapeutica mediata da un'esperienza relazionale, la terapia farmacologica. Gli utenti citano *"l'analisi individuale che facciamo con la nostra psicanalista"*, *"i gruppi psicoterapeutici"*, *"i colloqui familiari"*; il farmaco compare in forma sobria e funzionale, come nel *"chiedere aiuto o la terapia al bisogno"*. All'interno di questo sotto-tema va segnalata una scelta di codifica: è stata mantenuta una distinzione tra i riferimenti espliciti al lavoro con lo psicologo (*PTD_Activita_Terapeutica_Psicologo*, n = 33) e i riferimenti generici ai “colloqui” (*PTD_Colloqui*, n = 29). Sebbene nel linguaggio degli utenti questi ultimi indichino frequentemente i colloqui psicoterapeutici, comportando una possibile sottostima del codice relativo all'intervento psicologico, non sono stati accorpati alla psicoterapia individuale perché, nel contesto comunitario, il termine può riferirsi anche a incontri con altre figure professionali, formali o informali. Entrambi i codici rimandano comunque alla dimensione individuale e diadica del lavoro clinico. Subito dopo, è il gruppo psicoterapeutico (*PTD_Activita_Terapeutica_Gruppo*, n = 28) a costituire il terzo

dispositivo clinico più riconosciuto, a evidenziare l'importanza e la specificità di questa dimensione dell'intervento.

Il secondo sotto-tema raccoglie le *attività della vita quotidiana* e del "fare" (T1.B, 46 partecipanti, 23%): le attività domestiche, il lavoro e le borse lavoro, le uscite organizzate dalla comunità, l'attività fisica, quella creativa e lo svago. Sono dispositivi che non si presentano come "terapia" in senso clinico, ma a cui gli utenti attribuiscono valore: le *"borse lavoro interne ed esterne"*, la *"pulizia personale e degli spazi"*, le uscite di gruppo vissute *"in modo speciale quando siamo usciti tutti insieme"*.

Il terzo sotto-tema, infine, raccoglie i riferimenti ad *attività non meglio definibili* (T1.C, 21 partecipanti, 11%): si tratta di un residuo dichiarato, che aggrega i richiami generici ad "attività" o "colloqui" non altrimenti specificati, o iper-specificati con termini gergali riferiti alle prassi della comunità specifica in assenza di altre informazioni ricavabili dal contesto. In coerenza con il principio di non inferire dal testo più di quanto l'utente espliciti, questi riferimenti sono stati mantenuti in una categoria a sé stante.

Tema 2 - La comunità come dispositivo. Questo tema raccoglie i riferimenti in cui non è una singola attività, ma *la comunità stessa* - il vivere insieme e la dimensione gruppale nel suo complesso - a essere riconosciuta come terapeutica: 40 partecipanti su 199 (20%). Vi confluiscono il valore attribuito al vivere comunitario, alla gruppaltà in senso ampio e alla comunità terapeutica come entità. Gli utenti descrivono la comunità in termini sintetici ma densi: *"la comunità è stata preziosa"*, *"ritengo tutto riabilitativo"*, riconoscendo esplicitamente la terapeuticità dei momenti informali come *"Cucinare, mangiare insieme, i momenti fuori a fumare o in salotto"*. Il valore terapeutico è qui

attribuito al dispositivo comunitario nel suo insieme, distinto dalle singole attività che lo compongono e dalle relazioni specifiche che vi si instaurano.

Tema 3 - Setting e la cornice istituzionale. Il terzo tema riguarda gli aspetti strutturali e organizzativi del contesto riconosciuti come terapeutici: 43 partecipanti su 199 (22%). L'elemento più ricorrente è la struttura intesa come insieme di regole, limiti e scansione delle giornate. Vi si aggiungono il ruolo degli operatori come parte della cornice e in generale la percezione di una presenza costante di figure di riferimento. Diversi utenti riconoscono valore proprio agli aspetti che danno forma e contenimento alla giornata: le regole e le restrizioni che *"sembrano severe, ma servono alla crescita personale"*, la struttura che *"dà uno scopo alle giornate e le scandisce"*, la presenza di operatori *"sempre disponibili"*. Va segnalato che gli stessi elementi strutturali - regole, limiti - compaiono anche nel dominio degli aspetti non utili, con segno opposto: una compresenza che verrà ripresa in sede di discussione.

Tema 4 - Rapporto con l'esterno e reinserimento. L'ultimo tema del dominio raccoglie i dispositivi orientati verso l'esterno della comunità e verso il reinserimento: 25 partecipanti su 199 (13%). Vi rientrano il lavoro sulla rete relazionale e familiare, le uscite e i permessi, il sostegno esplicito al reinserimento, i contatti con l'esterno e, in due casi, il valore della distanza dall'ambiente di provenienza e dell'isolamento permesso dalla comunità. Il dispositivo più riconosciuto è il lavoro sulla rete familiare: gli utenti valorizzano gli incontri familiari (che sono stati tenuti separati dalla terapia familiare in senso stretto, afferenti a sotto-tema 1.A *Dispositivi clinico-terapeutici*) al che *"aiutano a sciogliere la tensione e l'incomprensione"*, ma sono presenti anche riferimenti all'integrazione con presidi territoriali al di fuori della comunità come *"il SerD per rimanere astinente da sostanze"* e la possibilità di integrazione *"è stato convocato il mio cps, il mio ads, il*

familiare di riferimento [...] la direttrice sanitaria e il mio case manager. E' stato significativo perché ho parlato con i miei curanti del mio progetto". Va specificato che questo Accanto a questo, il reinserimento è riconosciuto come dispositivo anche nella forma dell'"interfacciamento graduale con il mondo esterno" e delle uscite autonome verso casa.

Tabella 5.50 - Temi e sotto-temi del dominio PTD

Dominio/Tema/Sotto-tema/Codice (forma completa)	Livello	Frequenza (n)	% su N=199
PTD	DOMINIO	159	80%
TEMA 1 - Attività proposte dalla CT	TEMA	123	62%
T1.A - Dispositivi clinico-terapeutici (finalità terapeutica esplicita)	sotto-tema	95	48%
PTD_Activita_Terapeutica_Psicologo	codice	33	17%
PTD_Activita_Terapeutica_Gruppo	codice	28	14%
PTD_Activita_Terapeutica_Altro	codice	17	9%
PTD_Activita_Terapeutica_Familiare	codice	7	4%
PTD_Activita_Terapeutica_Psichiatra	codice	6	3%
PTD_Activita_Terapeutica_Artistica	codice	4	2%
PTD_Colloqui	codice	29	15%
PTD_Farmaci	codice	13	7%
T1.B - Attività e occupazioni della vita quotidiana (il "fare")	sotto-tema	46	23%
PTD_Activita_Domestiche	codice	14	7%
PTD_Activita_Lavoro	codice	14	7%
PTD_Activita_UsciteCT	codice	14	7%
PTD_Activita_Fisica	codice	10	5%
PTD_Activita_Creativa	codice	6	3%
PTD_Activita_Svago	codice	6	3%
PTD_Altro_TempoLibero	codice	1	1%
T1.C - Attività non meglio definibili	sotto-tema	21	11%
PTD_Activita_Altro	codice	21	11%
TEMA 2 - La comunità come dispositivo (il vivere insieme e la gruppaltà)	TEMA	40	20%
PTD_VivereComunitario	codice	16	8%
PTD_Gruppi	codice	16	8%

PTD_CT	codice	12	6%
PTD_Altro_PluralitaSguardi	codice	1	1%
TEMA 3 - Setting e cornice istituzionale	TEMA	43	22%
PTD_Struttura	codice	31	16%
PTD_PresenzaCostante	codice	12	6%
PTD_Operatori	codice	4	2%
TEMA 4 - Rapporto con l'esterno e reinserimento	TEMA	25	13%
PTD_Rete	codice	12	6%
PTD_UscitePermessi	codice	8	4%
PTD_SostegnoReinserimento	codice	5	3%
PTD_ContattiEsterni	codice	3	2%
PTD_DistanzaAmbienteEsterno	codice	2	1%

Nota 1: le frequenze di tema e sotto-tema come conteggi per unione (ogni partecipante viene contato una sola volta per livello), non sono pertanto cumulative dei livelli inferiori, poiché i codici non sono mutuamente esclusivi.

Nota 2: le frequenze dei codici esclusi dalla tematizzazione sono riportate in Appendice 4 (Tabella A4.15)

5.4.3.3 Valutazioni critiche e sfide del percorso comunitario (*Not Helpful, NH e Challenging CH*)

A differenza dei due domini precedenti, orientati a ciò che gli utenti riconoscono come terapeutico, i seguenti due domini raccolgono delle valutazioni critiche, ovvero ciò che i partecipanti indicano come privo di beneficio o controproducente. La domanda da cui il dominio deriva (Q4) chiedeva infatti esplicitamente di individuare gli aspetti del percorso ritenuti non utili del percorso. La lettura delle risposte ha però reso necessario distinguere due tipi di contenuto critico, di natura diversa.

Da un lato, una parte degli utenti ha messo in discussione l'utilità di dispositivi a finalità terapeutica esplicita, esprimendo di fatto un disaccordo rispetto al valore terapeutico loro attribuito nel trattamento: un'informazione che funge da contraltare critico rispetto a quanto rilevato nei domini

PTE e PTD. Il termine “dispositivo” è qui utilizzato in senso ampio, includendo non solo attività o interventi formalizzati, ma anche aspetti strutturali e organizzativi della vita comunitaria che fanno parte dell’assetto terapeutico-riabilitativo intenzionalmente proposto dalla comunità. Questi contenuti sono stati raccolti nel dominio *Not Helpful* (NH).

Dall'altro lato sono emersi contenuti di natura differente, che non rientravano propriamente in questa logica: in parte si trattava di critiche rivolte a esperienze e condizioni non riconducibili a dispositivi nati come terapeutici (per esempio l'incuria degli spazi o la scarsità di personale) e in parte, in quantità non trascurabile, emergeva una condivisione spontanea di difficoltà e fatiche del percorso relative ad aspetti che gli utenti non criticavano, ma semplicemente segnalavano come impegnative (per esempio: *"All'inizio ho trovato difficoltà ad accettare alcune regole e ritiri comunitari"*). Per accogliere questo materiale è stato necessario un dominio emergente, non previsto a priori dalle domande di ricerca, denominato *Challenging* (CH): vi confluiscono le esperienze vissute come difficili o faticose che, però, non si pongono in contrasto esplicito con il valore terapeutico del dispositivo, vuoi perché il dispositivo non nasce come terapeutico, vuoi perché non viene criticato ma soltanto rilevato come gravoso.

Va infine segnalato che questi due domini sono sensibilmente meno popolati dei precedenti, e questo per due motivi: prima di tutto questo genere di risposte emergevano principalmente dalla domanda Q4, mentre i domini precedenti venivano popolati dalle risposte sia a Q2 che a Q3. Inoltre, una quota consistente di risposte a Q4 non ha alimentato nessuno dei due domini: 42 rispondenti (circa il 21%) hanno indicato esplicitamente che *nulla* del percorso è stato per loro non utile (codice NH_Niente): una risposta che non costituisce né un dato mancante né un contenuto critico, ma un’informazione specifica di segno opposto. A questi si aggiungono quattro partecipanti che non

hanno saputo rispondere. Complessivamente, dunque, una quota di rispondenti non ha portato contenuti critici né difficoltà circostanziate, il che spiega la minore numerosità di entrambi i domini NH e CH rispetto a PTE e PTD.

Not Helpful (NH) - La quota di rispondenti che ha formulato critiche circostanziate a dispositivi terapeutici propriamente detti, si organizza in quattro temi:

- *Tema 1 - Regole e le procedure;*
- *Tema 2 - Attività e i dispositivi;*
- *Tema 3 - Aspetti relazionali e di stile;*
- *Tema 4 - Aspetti ambientali e di contesto.*

Tema 1 - Regole, limiti e procedure. È il tema più popolato del dominio: 54 partecipanti su 199 (27%) indicano come non utili aspetti del sistema normativo della comunità. La critica si concentra soprattutto sui limiti percepiti come eccessivi - alla libertà di scelta, ai contatti, all'uso del telefono - e su alcune procedure specifiche. Gli utenti lamentano *"l'eccessiva limitazione della libertà, sia di scelta, sia individuale"*, il *"non avere il telefono in uscita"*, o procedure vissute come distanzianti, come il *"dare del lei perché si crea un distacco"*. Una quota più ridotta riferisce la critica a limiti relativi ai rapporti con l'esterno e, in pochi casi, alle punizioni.

Tema 2 - Attività e dispositivi. Il secondo tema raccoglie le critiche rivolte alle attività e ad alcuni dispositivi specifici: 35 partecipanti su 199 (18%). Accanto ad specifiche attività ritenute non utili, emerge la critica al tempo libero non strutturato, vissuto come vuoto e fonte di disagio. Gli utenti descrivono *"molti momenti vuoti"* che generano noia e angoscia, o i tempi in cui *"il cervello viaggia di più"* e i pensieri si fanno fonte di ansia. È significativo che il tempo libero e i dispositivi

specifici, riconosciuti altrove come terapeutici, compaiano qui con segno opposto: un'ambivalenza che sarà ripresa in discussione.

Tema 3 - Aspetti relazionali e di stile. Questo tema, di dimensioni contenute, raccoglie le critiche rivolte alle modalità relazionali: 8 partecipanti su 199 (4%). La maggior parte riguarda lo stile degli operatori, percepito a volte come inadeguato nella gestione di alcune situazioni - *"gli operatori a volte non sanno come gestire al meglio"*, o l'osservazione critica verso un eccessivo *"andare incontro alle esigenze patologiche degli utenti"*. Una quota minima riferisce esplicitamente di ritenere inutile il confronto con i pari percepiti come troppo diversi da sé o problematici, aspetto che incontreremo in modo più consistente nel dominio *Challenging (CH)*.

Tema 4 - Aspetti ambientali e di contesto. L'ultimo tema, il meno popolato del dominio, raccoglie critiche rivolte all'ambiente e al contesto comunitario nel suo carattere: 6 partecipanti su 199 (3%). L'elemento più ricorrente è l'artificiosità della vita comunitaria, percepita come distante dalla vita reale: il *"vivere sotto una campana di vetro"*, o le regole che offrono *"una stabilità illusoria che nella vita vera non c'è"*. In casi isolati gli utenti criticano l'eccessivo comfort che *"in un certo senso vizia"*, la convivenza, la durata del percorso.

Tabella 5.51- Temi e sotto-temi del dominio NH

Dominio/Tema/Sotto-tema/Codice (forma completa)	Livello	Frequenza (n)	% su N=199
NH	DOMINIO	94	47%
TEMA 1 - Regole, limiti e procedure	TEMA	54	27%
NH_Regole_Limiti	codice	32	16%
NH_Regole_Procedure	codice	16	8%
NH_Regole_Limiti_Esterni	codice	7	4%
NH_Regole_Limiti_Punizioni	codice	2	1%
TEMA 2 - Attività o altri dispositivi	TEMA	35	18%
NH_Activita	codice	23	12%
NH_TempoLibero	codice	9	5%
NH_Farmaci	codice	2	1%
NH_Altro_TroppiStimoli	codice	1	1%
TEMA 3 - Aspetti relazionali e di stile	TEMA	8	4%
NH_Operatori_Stile	codice	6	3%
NH_Pari	codice	2	1%
TEMA 4 - Aspetti ambientali e di contesto	TEMA	6	3%
NH_Artificiosita	codice	3	2%
NH_Altro_Comfort	codice	1	1%
NH_Altro_Convivenza	codice	1	1%
NH_Altro_CT	codice	1	1%
NH_Altro_Durata	codice	1	1%

Nota 1: le frequenze di tema e sotto-tema come conteggi per unione (ogni partecipante viene contato una sola volta per livello), non sono pertanto cumulative dei livelli inferiori, poiché i codici non sono mutuamente esclusivi.

Nota 2: le frequenze dei codici esclusi dalla tematizzazione sono riportate in Appendice 4 (Tabella A4.16)

Challenging, CH - Le difficoltà riferite dagli utenti si organizzano in tre temi:

- Tema 1 - Difficoltà legate a sé;
- Tema 2 - Difficoltà relazionali;
- Tema 3 - Difficoltà legate all'organizzazione e all'offerta della comunità.

Tema 1 - Difficoltà legate a sé. Il primo tema raccoglie le sfide di natura intrapersonale: 14 partecipanti su 199 (7%). Gli utenti riferiscono soprattutto la difficoltà a esprimersi e a chiedere aiuto, e la fatica personale che vivono a causa del percorso. Emerge la consapevolezza che *"chiudersi, tenersi tutto dentro è la cosa più sbagliata che si possa fare"*, accanto alla difficoltà concreta di *"esprimere la mia opinione nel gruppo"* o alla tendenza a *"risolvere il mio malessere da solo"*. È un tema in cui la difficoltà è ricondotta dall'utente a se stesso, più che al contesto.

Tema 2 - Difficoltà relazionali. È il tema più popolato del dominio: 26 partecipanti su 199 (13%). Si articola in due sotto-temi. Il primo riguarda le difficoltà nella relazione con i pari (18 partecipanti, 9%): le tensioni e i conflitti della convivenza, e il confronto con compagni vissuti come problematici. Gli utenti riferiscono che *"le discussioni e i litigi tra i ragazzi"* li fanno stare male, o la constatazione che *"non si può andare d'accordo con tutti"*. Il secondo sotto-tema riguarda le difficoltà nella relazione con gli operatori (10 partecipanti, 5%): momenti in cui non ci si è sentiti aiutati, o la percezione di una certa superficialità o distanza.

Tema 3 - Difficoltà legate all'organizzazione e all'offerta. L'ultimo tema raccoglie le sfide attribuite all'assetto organizzativo e all'offerta della comunità: 16 partecipanti su 199 (8%). Vi rientrano la disorganizzazione percepita - la difficoltà a *"portare avanti idee e progetti"*, le attese - e la scarsità o ripetitività di alcune componenti dell'offerta, come quando si osserva che le attività *"andrebbero aggiunte"* o che l'alimentazione era *"un po' ripetitiva"*. In alcuni casi rientrano qui anche le regole e i limiti, vissuti però - a differenza del dominio NH - come difficoltà da attraversare più che come aspetti inutili: *"anche se è difficile accettare il non uso del telefono... mi affido alle modalità e regole del percorso"*.

Tabella 5.52 - Temi e sotto-temi del dominio CH

Dominio/Tema/Sotto-tema/Codice (forma completa)	Livello	Frequenza (n)	% su N=199
CH	DOMINIO	49	25%
TEMA 1 - Difficoltà legate a sé (sfida intrapersonale)	TEMA	14	7%
CH_Personali_Altro	codice	7	4%
CH_Personali_Espressione	codice	5	3%
CH_Personali_Fatica	codice	3	2%
TEMA 2 - Difficoltà relazionali	TEMA	26	13%
T2.A - Difficoltà nella relazione con i pari	sotto-tema	18	9%
CH_Relazioni_Pari	codice	11	6%
CH_Relazioni_PariProblematici	codice	7	4%
T2.B - Difficoltà nella relazione con gli operatori	sotto-tema	10	5%
CH_Operatori	codice	9	5%
CH_Altro_DistanzaRelazionale	codice	1	1%
TEMA 3 - Difficoltà legate all'organizzazione e all'offerta della CT	TEMA	16	8%
CH_Disorganizzazione	codice	6	3%
CH_Scarsita	codice	5	3%
CH_Regole_Limiti	codice	3	2%
CH_Altro_Incuria	codice	1	1%
CH_Altro_Accessibilita	codice	1	1%
CH_Altro_Passaggi	codice	1	1%

Nota 1: le frequenze di tema e sotto-tema come conteggi per unione (ogni partecipante viene contato una sola volta per livello), non sono pertanto cumulative dei livelli inferiori, poiché i codici non sono mutuamente esclusivi.

Nota 2: le frequenze dei codici esclusi dalla tematizzazione sono riportate in Appendice 4 (Tabella A4.17)

5.5 Discussione

5.5.1 Risultati quantitativi: fattori, dispositivi e priorità

Prima di entrare nel merito delle valutazioni conviene tenere a mente alcuni tratti del campione descritti nella prima sezione, perché orientano la lettura di tutto ciò che segue. I partecipanti a questo studio costituiscono una popolazione clinicamente molto eterogenea, con quadri complessi in cui si intrecciano disturbi di personalità, da uso di sostanze, dell'area psicotica e dell'umore, con permanenze nell'attuale comunità altrettanto variabili, mediamente attorno all'anno e mezzo. Anche le comunità coinvolte sono tra loro eterogenee, sul piano strutturale e sul piano dell'utenza. Da una simile varietà ci si attenderebbe una corrispondente varietà in ciò che viene riconosciuto come terapeutico ma i risultati indicano invece che queste differenze incidono pochissimo. Insomma le CT non differiscono poi così tanto per ciò che vi si riconosce come curativo. Il fatto che il campione sia composto in prevalenza da comunità a orientamento psicodinamico del centro-nord Italia, afferenti a uno specifico network e accomunate dalla volontà di impegnarsi in un progetto di ricerca valutativa, potrebbe rappresentare un dato di uniformità più caratterizzante degli aspetti strutturali, ambientali e di popolazione sopra accennati. È un aspetto di interesse, che verrà ripreso anche nella discussione dei limiti dello studio.

Conviene poi chiarire con quali strumenti si stia osservando il fenomeno, perché in questo studio le tecniche analitiche non sono neutre ma incidono su cosa e come si osserva. Le descrittive a livello di item e i modelli CLMM rispondono in fondo alla stessa domanda - quanto in alto viene valutato un certo aspetto? - lo fanno però a risoluzioni diverse. Il CLMM è preferibile alle descrittive per ragioni teoriche, perché tratta le risposte come ordinali anziché come quantità continue e separa

la propensione dell'item dalla tendenza del singolo a usare le categorie alte e dall'effetto della comunità di appartenenza (vedi § 6.2.5.2). Nella pratica, però, il suo apporto correttivo si è rivelato contenuto: quelle varianze, pur presenti, riordinano le priorità tra item solo in misura marginale. Ciò che resta a distinguere CLMM e medie è quasi solo il trattamento ordinale della coda, che produce scarti su pochissimi item asimmetrici. Per questa ragione, il CLMM è assunto come riferimento, ma dove le due letture divergono in modo non trascurabile se ne discuterà esaminando la distribuzione dell'item.

Le scelte top-3 hanno invece uno statuto diverso. Erano state introdotte con una funzione essenzialmente cautelativa (vedi § 6.2.5.2): si temeva che la complessità di alcuni item del FT e la lunghezza del DT inducessero risposte poco differenziate o compiacenti, e chiedere di indicare i tre aspetti più importanti serviva a forzare una discriminazione attraverso un compito più semplice. Quel rischio si è poi rivelato modesto - gli item si differenziano e le mancate risposte sono poche - ma è emerso qualcosa che la funzione originaria dello strumento non contemplava: le priorità espresse nei top-3 non sempre coincidono con le valutazioni, corrette o meno, su scala. Uno stesso aspetto può essere giudicato molto utile e tuttavia non risultare irrinunciabile quando si è costretti a sceglierne soltanto tre. Questo scarto ci ha portati a leggere i top-3 non solo come una verifica delle valutazioni, ma come portatori di un'informazione propria, legata allo specifico compito di assegnare priorità sotto vincolo. Una discordanza tra le due misure non è perciò considerata un'incongruenza da appianare, ma il segnale di una dimensione che la sola valutazione su scala non rileva. Si incontrerà, quindi, qualche caso di item molto apprezzati - con valutazioni generalmente alte su scala Likert - ma quasi mai indicati come prioritari, o viceversa.

Si può, a questo punto, guardare quali aspetti gli utenti valorizzino maggiormente. Per quanto riguarda l'esperienza di gruppo, in cima al TFI-8, con ampio margine, vi è la *consapevolezza del proprio impatto sugli altri attraverso il feedback* (tfi8_8), seguita dal *gruppo come microcosmo sociale* (tfi8_4) e dal *riconoscimento di somiglianze con gli altri* (tfi8_3). È un profilo coerente in cui gli utenti sembrano valorizzare il gruppo come specchio relazionale, in cui sperimentarsi nell'incontro con gli altri sfruttando le occasioni di confronto e restituzione.

In FT il primato è di un altro genere, coerentemente con il passaggio di complessità dell'oggetto di valutazione (dal gruppo alla comunità). *L'esperienza terapeutica intensiva e trasformativa della comunità* (ft_12) è prima per media, prima nel ranking corretto e indicata come prioritaria da oltre la metà dei partecipanti: un primato che converge su ogni misura. Si tratta di un item che non descrive una tecnica né un'attività, ma la comunità nel suo insieme, vissuta come esperienza di cura. Che a prevalere sia proprio l'item meno riconducibile a un singolo dispositivo è esso stesso un risultato, e coerente con ciò che emergerà dall'analisi della struttura interna: lo stesso strumento che qui premia il "tutto" si rivelerà, alla prova fattoriale, organizzato attorno ad una dimensione comune. La preferenza espressa e l'architettura latente puntano nella stessa direzione.

Andando a guardare i dispositivi di DT, vediamo che qui i rank CLMM e le valutazioni top-3 divergono maggiormente: ciò che riceve punteggi alti e ciò che viene indicato come irrinunciabile spesso non coincidono. Considerando questa differenza informativa, iniziamo dai dispositivi in cui le valutazioni convergono, e che quindi possiamo dire che sono stati riconosciuti sia come trasversalmente utili sia come irrinunciabili. Confrontando le posizioni alte del ranking corretto e delle scelte di priorità emerge un nucleo coeso di dispositivi: *la possibilità di contare sugli operatori come figure di riferimento* (dt_24) e su un *operatore individuale di riferimento* (dt_41), la

psicoterapia individuale (dt_37), gli *spazi protetti per i momenti di crisi* (dt_27), la *costruzione condivisa del progetto terapeutico* (dt_34) e la *cura di sé* (dt_11). Guardati nel loro insieme, questi sei aspetti disegnano una dimensione sorprendentemente raccolta e intima della cura: avere qualcuno che si prende cura di me, con cui poter costruire il mio percorso, sapermi al sicuro quando attraverso una crisi, e potermi occupare di me stesso. “Sorprende” perché la comunità terapeutica è, per sua natura, un ambiente collettivo e denso, fatto di spazi condivisi, di vita di gruppo, talvolta di confusione, eppure, quando si scende ai dispositivi concreti, emerge come trasversale e imprescindibile il suo rovescio intimo: la relazione diadica, lo spazio protetto. Letto accanto a quanto il TFI-8 indicava sul versante del gruppo emerge la coesistenza di due bisogni diversi: il gruppo come superficie su cui vedersi riflessi e confrontarsi, e insieme la relazione individuale come rifugio in cui sentirsi tenuti.

Se il nucleo appena descritto mostra dove le due misure concordano, gli scarti rivelano delle informazioni aggiuntive. Il caso più netto è quello degli *spazi all'aperto* (dt_16): tra i dispositivi meglio valutati nel ranking corretto, eppure quasi mai indicato come irrinunciabile (6° nel ranking corretto, 42° come top-3). Un pattern simile, che vede salti dalle 20 alle 32 posizioni di scarto tra i due sistemi di ordinamento, riguarda gli *spazi abitativi adeguati* (dt_6), *l'apprendimento di attività quotidiane* (dt_8), *l'infermeria* (dt_39) e gli *spazi di relax* (dt_18): dispositivi apprezzati in modo trasversale, ma che pochissimi collocano tra i tre di cui non potrebbero fare a meno. Insieme sembrano descrivere aspetti di sfondo della vita comunitaria, condizioni che rendono il luogo vivibile ed esperienze che tutti valutano con favore, ma che non vengono vissute come il motore del proprio percorso di cura.

Sul versante opposto troviamo alcuni dispositivi che ricevono valutazioni medie che non li collocano nella parte alta del ranking corretto, e tuttavia compaiono con una certa frequenza tra le scelte di priorità: le *attività sportive e motorie* (dt_2, 7° tra le top-3 ma 36° nel ranking), le *attività artistiche* (dt_3), la *presenza di pari con fragilità simili* (dt_25), la *distanza da territorio/famiglia* (dt_28), la *quotidianità strutturata* (dt_30), i *gruppi centrati su sintomi e abilità* (dt_44). In questo caso lo scarto tra le due misure non ha però un'unica origine, e conviene non appiattirlo in un'unica spiegazione. In alcuni casi nasce da una minore concordanza tra gli utenti: la *distanza da territorio/famiglia* (dt_28), per esempio, è tra i dispositivi con deviazione standard più elevata (1,42, la maggiore dell'intero questionario), pur entro una valutazione complessivamente alta. In altri casi la divergenza convive con un consenso piuttosto compatto: la *quotidianità strutturata* (dt_30) ha una delle deviazioni standard più basse (0,96), qui non c'è disaccordo tra gli utenti, che la valutano in modo concorde ma senza entusiasmo, eppure compare con frequenza tra le scelte di priorità. Sul piano clinico, quattro di questi item sembrano raccogliersi attorno a una dimensione esperienziale immediata e primaria della cura: il riconoscersi tra pari nella fragilità (dt_25) e l'imparare a gestire e a condividere i propri sintomi (dt_44) sono resi possibili da un contenitore sicuro e prevedibile (dt_30). È qui che la distanza da territorio e famiglia (dt_28) potrebbe collocarsi senza snaturarne la distribuzione: non tutti vivono il proprio ambiente di origine come attivamente problematico, o almeno non nella stessa misura, con la stessa consapevolezza o senza ambivalenza. Ma per chi quell'ambiente lo vive come una minaccia, esserne al riparo diventa fondamentale. In ogni caso, la protezione non è ritiro né chiusura in una bolla: in comunità non si va per distrarsi, ma per affrontare i problemi. Questo richiede un luogo che tenga a distanza i pericoli esterni proprio per permettere un contatto diverso con quelli interni - un contatto che, anzi, si va attivamente a cercare lavorando sui sintomi e rivedendoli negli altri e nelle loro battaglie. Le *attività sportive e artistiche* (dt_2, dt_3)

aprono invece un tema differente, che potremmo pensare di separare dal precedente: una dimensione di benessere, di movimento e di espressione di sé per niente accessoria, in cui la cura passa anche dal piacere e non solo dall'elaborazione della sofferenza.

In FT, diversamente, gli scostamenti tra ranking corretto e priorità restano minimi: gli item si mantengono nella loro porzione di scala. Per il TFI-8 il confronto non si pone affatto, non essendo prevista per quello strumento una misura di priorità. La specificità del DT sembra dunque dipendere dalla sua natura: un inventario ampio ed eterogeneo di dispositivi concreti, in cui la scelta sotto vincolo opera tra oggetti molto più disparati, facendo emergere differenze che la sola valutazione su scala, in uno strumento breve e teoricamente coeso come il FT, non lascia affiorare.

Resta infine l'esplorazione della struttura interna tramite EFA, un lavoro nato come cautela metodologica che ad un primo sguardo non sembra aver spostato particolarmente la lettura dei risultati. L'analisi fattoriale del FT non ha prodotto sottoscale: gli item, pur distinti per contenuto, condividono un'unica dimensione comune, abbastanza netta da emergere ma non così forte da esaurire la loro variabilità. Sul piano operativo questo ci ha autorizzati a procedere con la lettura item per item, dal momento che non esistevano fattori autonomi da trattare separatamente, ma ha anche messo in evidenza una dimensione comune che attraversa item di contenuto diverso, e che vale la pena interrogare. Questa struttura ricalca quella che è emersa dall'analisi fattoriale del TFI-8, che era stata condotta come verifica interna delle proprietà psicometriche dello strumento, e i cui risultati erano in linea con quelli della versione validata. Ma a differenza di un questionario nato per questa ricerca, il TFI-8 ha alle spalle una tradizione e una storia ben più articolate. Nasce negli anni Duemila come inventario di novantanove item costruito sugli undici fattori terapeutici di gruppo di Yalom,

viene accorciato a più riprese fino agli otto item attuali, e a ogni riduzione si fa più chiaro che, sotto quei fattori distinti, lavora un'unica dimensione di ordine superiore (Tasca et al., 2016).

Già i suoi primi autori, davanti alle forti correlazioni tra le scale, si erano chiesti se i fattori di Yalom non fossero "*definitionally interrelated*" ovvero entità reali interrelate per definizione: privi di senso se isolati l'uno dall'altro (Lese & MacNair-Semands, 2000). Ritrovare lo stesso comportamento in uno strumento tagliato sull'esperienza comunitaria suggerisce che non si tratti di un difetto di costruzione, ma di qualcosa che riguarda l'oggetto: una cura che non sta nel singolo intervento ma attraversa tempi, luoghi e relazioni della vita quotidiana, e che proprio per questo non si lascia scomporre in parti. L'assenza di sottoscale trova allora una lettura nell'idea, consolidata nella tradizione delle comunità terapeutiche, della comunità come metodo, dove a curare non è il dispositivo singolo ma l'insieme strutturato del vivere insieme (Ferruta, Foresti & Vigorelli, 2012).

Questa lettura mette in guardia da una conclusione affrettata. Verrebbe da ragionare per sottrazione con lo stesso movimento che potrebbe leggersi dietro le successive riduzioni del TFI, da novantanove a otto item, come una caccia all'item "vero", quello essenziale di cui gli altri sarebbero solo rumore e contorno. Ma non è ciò che è accaduto né lì né qui: gli otto item furono scelti per conservare tutti e quattro i fattori originari, non per elegerne uno; e i nostri dati non autorizzano a isolare il pezzo che compare in cima. Che gli utenti collochino al centro dell'intervento, insieme, la psicoterapia individuale e i dispositivi relazionali e gruppali dice che non c'è un vincitore tra dimensione individuale e collettiva: vincono entrambe. La dimensione comune, la comunità come metodo, non cancella la natura composita dell'intervento comunitario: semmai la fonda. Ciò che gli utenti valutano non sono dispositivi sommabili, ma una configurazione, e i dati quantitativi, più che dire cosa piaccia di più, indicano dove collochino il valore terapeutico dell'esperienza, lasciando alle

loro narrazioni il compito di chiarire attraverso quali significati questi elementi diventino terapeutici, e dove invece emergano fatica, ambivalenza o difficoltà.

5.5.2 Risultati qualitativi: il terapeutico percepito dagli utenti

Se le valutazioni quantitative indicavano dove gli utenti collochino il valore terapeutico dell'esperienza comunitaria, le loro parole permettono di chiedersi attraverso quali significati quegli elementi diventino, per chi li vive, effettivamente curativi. È un passaggio che dà un taglio specifico al modo in cui le parole degli utenti sono state osservate, e che si traduce in una scelta terminologica precisa. In questa sezione, infatti, non si parlerà più di fattori e dispositivi terapeutici, ma di PTE e PTD - le "Esperienze percepite come terapeutiche" (*Perceived Therapeutic Experiences*) e i "Dispositivi percepiti come terapeutici" (*Perceived Therapeutic Devices*), come sono stati definiti nel presente studio. Chiamare "fattore terapeutico" un'esperienza o un dispositivo significherebbe affermarne un nesso con l'esito del percorso che un disegno trasversale non è in grado di stabilire. La cautela vale, a rigore, anche per gli strumenti quantitativi, ma lì gli aspetti valutati provenivano da una cornice teorica che ne presupponeva la rilevanza terapeutica: l'utente era chiamato a giudicare oggetti che altri avevano già qualificato come tali. Qui, le esperienze emergono dalle narrazioni stesse e nessuna teoria esterna le garantisce in anticipo - in accordo con lo spirito esplorativo dello studio - quindi quella qualità può essere ancorata soltanto al riconoscimento esplicito di chi le racconta. È per questo che il termine "percepito" non aggiunge prudenza al lessico, ma definisce il criterio stesso della codifica. Un'esperienza quindi è stata siglata come PTE soltanto quando il partecipante ne dichiarava esplicitamente l'utilità, o quando rispondeva alla domanda su quali aspetti del percorso ritenesse più di aiuto, non quando la sua narrazione lasciava semplicemente intravedere un'esperienza che il ricercatore avrebbe potuto giudicare terapeutica. Un utente che raccontasse di

aver compreso come certe dinamiche familiari lo avessero portato a non fidarsi degli altri non vedeva per questo siglato un PTE di consapevolezza, a meno che non aggiungesse quanto quella comprensione gli fosse stata d'aiuto. È una rinuncia deliberata a una cospicua parte del materiale, ma è ciò che permette di affermare, di tutto quanto segue, che si tratta davvero di esperienze riconosciute come terapeutiche dagli utenti stessi, e non dedotte dai loro racconti.

A partire da questo vertice di osservazione, il dato che organizza tutto il resto è la centralità della relazione. L'85% dei partecipanti nomina come PTE almeno una qualche forma di esperienza relazionale: nessun altro tema si avvicina a questa trasversalità. E con simile nettezza, all'interno dell'area relazionale, domina la relazione con gli operatori, nominata dal 70% del campione (*L'aiuto maggiore l'ho avuto quando ho potuto avere più confidenza con gli operatori*). Di questi, solo il 15% fa riferimento al sostegno pratico (i consigli, le indicazioni su come comportarsi, le scelte da prendere): per tutti gli altri ciò che è stato terapeutico nella relazione con l'operatore ha avuto a che fare con esperienze più profondamente relazionali: l'essere regolati, riconosciuti, tenuti al sicuro, ascoltati, l'aver potuto dare fiducia (*mi sono sentita capita, accolta, voluta bene e sostenuta; mi hanno fornito protezione; con lunghe chiacchierate con il mio operatore [---] mi ha fatto capire che dimostrare la propria rabbia è utile per sfogarsi*). Ciò che gli utenti riconoscono come curativo non è, se non marginalmente, ciò che l'operatore fa in quanto erogatore di una prestazione o di una competenza tecnica: è quello che la relazione permette. È un'osservazione che risuona con quanto la ricerca sui *common factors* in psicoterapia ha mostrato a proposito del peso della relazione rispetto alla tecnica (Wampold, 2015), e che trova un riscontro speculare sul versante quantitativo, dove i dispositivi più trasversalmente irrinunciabili disegnavano il medesimo nucleo: la relazione di riferimento come luogo della cura.

C'è però qualcosa, nelle caratteristiche che gli utenti attribuiscono a queste relazioni, che ci porta ad attraversare i temi successivi con uno sguardo diverso. Il rispetto, il non giudizio, la tolleranza, l'accoglienza (*mi sono sentito colpito ed accettato senza giudizio; È bastato questo atto di estrema spontaneità e gentilezza; rispetto per me ci sono, e sono fondamentali*) - e quindi, nel complesso, un'esperienza che non minaccia il sé - descrivono proprio ciò che rende una relazione curativa anziché patogena. Ciò che gli utenti riconoscono come terapeutico non è solo la relazione in quanto tale, ma un tipo specifico di relazione: quella che diventa ambiente sicuro. Ed è qui che può prendere spazio l'acquisizione di competenze, soprattutto psicologiche (45%), in cui rientra quella consapevolezza - la più nominata (*momenti di crisi [in cui] sono riuscita a riconoscere e a "tradurre" i miei pensieri ed emozioni; ho avuto il piacere di capire la mia rabbia*) - che può svilupparsi quando non rischia di destabilizzare. E il sentirsi di valore, capaci e artefici del proprio percorso (39%), che include l'apertura a nuove prospettive su di sé, l'assunzione di responsabilità, l'autoefficacia, l'autonomia, ci racconta della possibilità di riconoscersi quando ci si sente al sicuro (*mi aiutano a riflettere e a sentirmi autonoma, cosa per me molto importante; ho avuto modo di riflettere a fondo sul mio percorso e su cosa voglio realmente farne; il lavoro che ricopro in questo spazio mi faceva sentire valido; è iniziato un momento di crescita interiore che ha risvegliato in me forze che non credevo di avere*), e quindi esprimersi con autenticità (L'espressione e l'autenticità del sé, 26%) senza temere di essere giudicato (*sono riuscito a tirar fuori certi aspetti; posso dire le cose che provo e sento in quel momento e dividerlo; scoprire che gli altri possono apprezzarmi così per come sono*) . Presi uno per uno sono temi distinti; nel loro ordine, raccontano qualcosa di organico. Di questi passaggi parla la tradizione dell'attaccamento: la base sicura come ciò da cui l'esplorazione diventa possibile (Ainsworth & Bell, 1970). E una sicurezza relazionale, tanto più in età adulta e a partire da storie in cui quella sicurezza è spesso mancata, non si costruisce in modo lineare, ma per

parti, con andate e ritorni, diversa da relazione a relazione (Crittenden & Landini, 2008). I temi più popolati, osservati nel loro insieme, sembrano avere allora proprio la forma di un attaccamento sicuro: ne intrecciano le condizioni e le esperienze che al suo interno si rendono possibili. Resta una lettura interpretativa, ma dà conto del perché siano proprio questi i temi a popolarsi, e in quest'ordine: i più fondamentali nominati dal maggior numero di utenti, seguiti via via da quelli più elaborati.

C'è poi un riconoscimento di un'esperienza che sta un po' a sé, e che merita di non essere dato per scontato: quello della *dimensione positiva dell'esperienza in CT* (32%). Vi rientrano il senso di piacevolezza, la percezione di un miglioramento in atto, la fiducia in nuove possibilità, la speranza (*oggi che mi sto separando sento la gioia di sentirmi cambiata; mi ha portato ad una grande crescita e gratificazione personale di me stessa; sono riuscita a godermi quel momento per quello che era*): insomma gli utenti riconoscono come terapeutico lo “stare bene”, collocandolo quindi non solo come obiettivo o desiderio, ma come esperienza terapeutica di per sé. È un punto che mette in tensione una certa idea della comunità, e della cura in genere, come momento di duro lavoro ed elaborazione della sofferenza, dove il benessere, semmai, arriva dopo. Le narrazioni suggeriscono invece che la piacevolezza dell'esperienza comunitaria possa essere essa stessa un tassello della cura. È, peraltro, lo stesso movimento che sul versante quantitativo emergeva attorno alle attività sportive e artistiche, dove la cura sembrava passare anche dal piacere e dall'espressione.

Prima di entrare nel merito dei dispositivi conviene chiarire in che rapporto stiano, nell'analisi, esperienze e dispositivi, e perché non costituiscono due ordini di temi affiancati e confrontabili. La distinzione, intanto, non era presente nelle domande rivolte agli utenti: è una ripartizione introdotta in sede di codifica. E origina due ordini che non si dispongono sullo stesso piano, ma sono comunque strettamente legati: un PTD è proprio ciò che permette o facilita un PTE.

Ne discende che non è nemmeno detto che misurino cose diverse: la relazione con l'operatore raccontata come esperienza e il colloquio clinico indicato come dispositivo possono essere lo stesso vissuto, colto a due livelli di astrazione differenti. Quindi le rispettive frequenze non vanno lette come se contassero oggetti distinti e omogenei: ciò che registrano riflette anche il livello a cui ciascuno porta il proprio racconto, prima ancora della diffusione di ciò che viene riconosciuto come terapeutico.

Sul versante dei PTD, i più nominati sono quelli clinico-terapeutici in senso stretto: i colloqui con lo psicologo e con lo psichiatra, le attività terapeutiche di gruppo, il lavoro educativo individuale (48%). Ed è plausibile ipotizzare che gli utenti abbiano riconosciuto la terapeuticità di strumenti e attività concrete - ciò che abbiamo poi etichettato come dispositivi - più facilmente quando si trattava di elementi direttamente associati alla cura, come il colloquio clinico, e meno quando si trattava di occasioni o contesti: lì a risultare saliente è l'esperienza resa possibile, più del dispositivo che l'ha permessa. Assume ancora più valore, allora, il fatto che accanto a ciò che è formalmente clinico o fa esplicitamente parte del "lavoro" che si fa in comunità (le attività specifiche), compaiano dispositivi tutt'altro che espliciti e circoscritti: la comunità stessa, nella sua gruppalità e nel vivere quotidiano (20%) (*la costante cornice sociale; Cucinare, mangiare insieme, i momenti fuori a fumare o in salotto; tutti quegli spazi terapeutici e non, che mi facilitano le relazioni con gli altri*), e il setting (22%), con la sua affidabilità e prevedibilità (*il lavoro che aiuta a scandire le giornate; poter poi far emergere una buona routine, regole*), anche grazie alla presenza degli operatori nei momenti di bisogno (*operatori che sono sempre disponibili al confronto, in qualsiasi momento per aiutarti; L'affiancamento rapido al bisogno*). Anche tra i dispositivi, dunque, ciò che è riconosciuto come terapeutico eccede l'attività clinica erogata: lo sono il tessuto quotidiano del vivere insieme e la

cornice istituzionale che sostiene il percorso, esperienze diffuse e trasversali, più che strumenti circoscritti.

E tuttavia è proprio la cornice ad aprire la nota più ambivalente: la stessa stabilità del setting, che il 22% riconosce come dispositivo terapeutico, è vissuta dal 27% come fonte di esperienze limitanti e dolorose (*ho trovato difficoltà ad accettare alcune regole e ritiri comunitari; i NO sono per me violanti; la comunità prevaricava su impegni esterni utili al percorso*): regole e procedure che proteggono e insieme costringono. Non è una contraddizione da appianare, ma un risultato: dice qualcosa sull'ambivalenza strutturale del contenimento istituzionale, sul fatto che la cornice che rende possibile la cura sia la stessa che la rende, a tratti, difficile da sopportare. E così il senso di essere artefici del proprio percorso, emerso tra le esperienze terapeutiche, convive con quello di sottostare a un'organizzazione che ci si trova a subire. Un ulteriore 18% nomina specifiche attività della comunità come non di aiuto. Questi numeri vanno però letti nella loro misura: solo il 47% ha nominato esplicitamente qualche esperienza o dispositivo reputato non utile, il che ridimensiona le frequenze senza annullarne il significato.

Trova spazio, infine, un tema che - come anticipato in metodologia - i ricercatori non avevano previsto: la condivisione spontanea delle sfide e delle fatiche del percorso. Quindi non esperienze etichettate come inutili, ma difficoltà che le domande aperte hanno lasciato affiorare. E anche qui emerge un'ambivalenza, prevedibile eppure significativa: la relazione, che è il portato terapeutico più trasversale, è al tempo stesso la maggiore fonte di difficoltà (13%), soprattutto con i pari ma anche con gli operatori (*molte volte non mi sento rispettata dai compagni; è difficile tenere conto quanto sia pesante vivere in comunità e relazionarsi con altri utenti; non avevo il sostegno [degli operatori] o quantomeno non lo percepivo*). Seguono i limiti dell'offerta comunitaria

(disorganizzazione, scarsità di proposte, 8%) e infine le difficoltà personali (7%) (*faccio molta fatica ad esprimere la mia opinione; ho paura del pomeriggio e ho paura il venerdì, è un trauma che ho già rivissuto in passato; [vivo] un appesantimento personale a sostenere tutte le attività propedeutiche della giornata.*), che alcuni utenti nominano consapevolmente come il principale ostacolo all'accesso a una cura che pure sentono disponibile davanti a sé.

Resta, da tutto questo, l'immagine di una terapeuticità che gli utenti riconoscono ma non idealizzano: la relazione che sostiene è la stessa che mette alla prova, la cornice che protegge è la stessa che può essere difficile da sopportare. Ciò che viene vissuto come cura non è un insieme di elementi completamente buoni, ma un'esperienza intera, fatta anche di attrito e fatica, ed è precisamente in questa interezza che le narrazioni restituiscono un senso integrato dell'esperienza terapeutica.

5.5.3 Integrazione dei due metodi

L'integrazione dei due punti di osservazione sullo stesso oggetto, l'opinione dei pazienti su cosa trovino terapeutico del trattamento in CT, richiede di riconoscere che i due strumenti interrogano l'esperienza in modi non sovrapponibili e che proprio da questa differenza nasce il guadagno di un uso congiunto. La parte quantitativa chiedeva agli utenti di valutare aspetti che una cornice teorica aveva già qualificato come terapeutici: l'oggetto del giudizio era dato, e la libertà del partecipante si esercitava nel dosarne l'apprezzamento. La parte qualitativa muoveva dalla direzione opposta, lasciando al partecipante la possibilità di comunicare i contenuti che si presentavano alla sua mente, senza che nessuna teoria lo garantisse in anticipo (e proprio per questo, la parte qualitativa è stata sottoposta ai partecipanti prima di quella quantitativa). In una ricerca che si propone di indagare il punto di vista di chi è curato, dare spazio a questo vertice di osservazione potrebbe essere postulato

come un vero e proprio vincolo di coerenza: difficile sostenere di chiedere davvero a qualcuno cosa pensi, se a priori si è già deciso il confine di quello che gli è lecito pensare. Si capovolge così la gerarchia più consueta degli studi a metodo misto, dove il dato quantitativo fa da impianto portante e quello qualitativo lo arricchisce di sfumature.

Qui il qualitativo è il punto di partenza imprescindibile, ed è il quantitativo a subentrare come integrazione altrettanto necessaria, perché l'oggetto, l'intreccio di piani che la vita comunitaria costituisce, eccede facilmente ciò che chiunque può nominare di propria iniziativa rispondendo a una domanda aperta. I due strumenti permettono così di concatenare due interrogativi consecutivi: cosa riconosci, da te, come terapeutico? E poi, se anche non ti fosse mai venuto in mente, cosa pensi di questo aspetto di un'esperienza che nasce per curarti? La componente quantitativa ha potuto in questo modo riportare all'attenzione esperienze che non tutti includevano spontaneamente tra ciò che li aveva aiutati. E qui si può avanzare, con la cautela che il disegno impone, un'ipotesi ulteriore: che il portare consapevolezza su ciò che la comunità prova a fare non sia un gesto del tutto neutro e possa contribuire, in qualche misura, a quello stesso effetto terapeutico. Resta un'ipotesi che esula da quanto questi dati possono mostrare, e va presa per tale, ma rimanda a meccanismi tutt'altro che estranei alla clinica.

Va però chiarito su quale piano il confronto possa reggere. Gli strumenti quantitativi misurano dispositivi atomici, quarantaquattro nel solo DT, mentre la codifica qualitativa ha prodotto temi aggregati. Per accostare le due letture bisogna accettare di ragionare per aree di significato, non per corrispondenze puntuali tra un item e un codice. È un'operazione che inserisce un passaggio discrezionale, ma che genera nuovi elementi di riflessione: alcuni elementi non affiorano nelle parole

degli utenti anche perché sono troppo minuti, o troppo strutturali, per emergere in una risposta aperta, e tornano visibili solo quando lo strumento le nomina esplicitamente.

Su questo sfondo, il cuore della convergenza è netto: la relazione di riferimento come luogo della cura, già emersa come nucleo irrinunciabile dei dispositivi e come tema più trasversale delle narrazioni, e con essa il legame, che gli utenti stessi formulano in modo esplicito, tra il lavoro psicoterapeutico e la consapevolezza acquisita. È invece dove le due letture divergono che il metodo misto lavora davvero, in due direzioni opposte e complementari. Da un lato, è il quantitativo a recuperare ciò che le narrazioni non nominano. Il caso più limpido è la costruzione condivisa del progetto terapeutico (dt_34): tra i dispositivi più valutati su scala e indicato come irrinunciabile da una quota cospicua di partecipanti, eppure quasi assente dai racconti spontanei, dove al più ne riaffiora l'esito (il sentirsi artefici del proprio percorso, Tema 3), senza che il dispositivo che lo rende possibile venga mai chiamato in causa. Sembra proprio il caso di un dispositivo di cura che opera al di sotto della soglia del riconoscimento: se ne fa esperienza ma senza tematizzarlo, e serve qualcuno che lo nomini perché venga riconosciuto come centrale. Dall'altro lato il movimento si rovescia, ed è il qualitativo a far emergere ciò che lo strumento quantitativo tende a comprimere: la dimensione del piacere (Dimensione positiva dell'esperienza, Tema 5) - quindi lo stare bene, la piacevolezza dell'esperienza, la speranza, il senso di miglioramento - è riconosciuta come terapeutica in sé da quasi un terzo del campione quando la domanda è aperta, mentre sul versante quantitativo le attività che la veicolano restano in fondo alle graduatorie. Lo scarto, più che un dato sugli utenti, ci porta a notare qualcosa di specifico sugli strumenti: il TFI-8 e il FT sono costruiti attorno a dimensioni che presuppongono un problema da affrontare, e non offrono al piacere nemmeno uno spazio in cui comparire, se non in funzione di una difficoltà. Il DT lo include, ma costringendolo a competere con i

dispositivi clinici nello stesso ordinamento, dove difficilmente una passeggiata viene anteposta alla psicoterapia. Si potrebbe allora ipotizzare che sia la logica stessa della valutazione comparativa a sospingere il piacere ai margini, e che la domanda aperta, non chiedendo confronti, gli abbia semplicemente restituito lo spazio per emergere. Resta un'ipotesi sul comportamento degli strumenti, ma coerente con la diversa logica con cui ciascun metodo opera, ed è un segno tangibile di quanto, a restringere ciò che è lecito riconoscere come terapeutico, si rischi di perdere per strada qualcosa che agli utenti importa. E rinvia, da un altro versante, a ciò che la sola analisi quantitativa aveva già lasciato intravedere nella struttura interna dei questionari: che l'intervento comunitario resiste a essere scomposto al solo scopo di gerarchizzare e isolarne le parti - un punto di cui si discuteranno le implicazioni nel Capitolo 6.

C'è infine un guadagno che nasce dall'apertura stessa del disegno qualitativo, ovvero dall'aver chiesto non solo cosa avesse aiutato, ma anche cosa no. È da lì che sono affiorate le fatiche del percorso, e con esse un'immagine della terapeuticità che nessuno dei due strumenti, da solo, avrebbe restituito: non solo una terapeuticità riconosciuta ma non idealizzata, ma qualcosa che va oltre un bilancio di pro e contro da far quadrare. Alcuni di quei contro non sono errori da cancellare, ma complessità ineliminabili, prive di uno statuto a priori di buono o cattivo: attriti fisiologici, costitutivi di ogni legame e di ogni cornice, che gli utenti stessi riconoscono come tali. È una tensione che chiede di essere illuminata e lavorata, non liquidata come male necessario. Si potrebbe rovesciare il vecchio detto secondo cui il medico pietoso fa la piaga purulenta: qui il curante che fa danno non è quello che ascolta il lamento, ma quello che se ne difende sapendo già, per principio, cosa è bene per il paziente. Discernere quali fatiche siano il prezzo ineliminabile della cura e quali invece istanze

legittime di autonomia e libertà non è un sapere che si possiede in anticipo: chiede di prendere sul serio, ogni volta, ciò che l'utente nomina come difficoltà.

5.5.4 Confronto con la letteratura

Letti accanto a quanto la ricerca di processo ha documentato, i fattori che gli utenti di questo studio hanno riconosciuto come terapeutici non sorprendono. La centralità della relazione con gli operatori e tra pari, il valore del contenimento e della prevedibilità del setting, l'apprendimento che passa per il gruppo, la consapevolezza e il senso di un percorso che ridefinisce l'immagine di sé sono, in altra forma, i quattro domini - relazionale, strutturale, processuale, di significato - attorno a cui la letteratura ha ordinato i fattori terapeutici dell'intervento residenziale (vedi § 3.3). Che le narrazioni e le valutazioni raccolte ricadano entro quella mappa, anziché disegnarne una nuova, segnala che ciò che gli utenti nominano come curativo non si discosta sostanzialmente da ciò che la ricerca, per altre vie, aveva già individuato.

Il contributo di questo studio quindi non sta nel merito dei fattori, ma nel vertice da cui quei fattori sono stati osservati. La letteratura sui meccanismi della cura comunitaria è in larga parte costruita dall'esterno: realist review che inferiscono i meccanismi generativi dai resoconti (De Salis et al., 2023), etnografie del clima e dei rituali quotidiani (Clarke & Waring, 2018), analisi delle interazioni tra pari (Doogan & Warren, 2017). Anche quando la ricerca dà voce agli utenti, lo fa spesso tenendoli nel ruolo di rispondenti più che di interlocutori che definiscono cosa conti (vedi § 3.4, § 3.6). Il contributo forse più distintivo di questo studio non sta tanto in cosa è stato chiesto agli utenti e come, ma in come lo si è letto: la qualità terapeutica infatti non è stata dedotta dai racconti ma ancorata a ciò che gli utenti stessi dichiaravano d'aiuto, secondo il criterio che ha guidato la

codifica di PTE e PTD. È una scelta che colloca questo studio nel solco di quella *process research - significant events, helpful aspects of therapy* (vedi § 3.5) - che ha fatto della prospettiva di prima persona il proprio punto di partenza, e che proprio in quel campo aveva mostrato come ciò che i pazienti valorizzano non sempre coincida con ciò che i clinici presumono. Trasportata in comunità, quella stessa attenzione ha in effetti restituito un nucleo - la relazione di riferimento come luogo della cura - che converge con la letteratura, e insieme fa affiorare aspetti che la lente dell'osservazione clinica tende a non registrare.

Tre, in particolare, meritano di essere segnalati, perché è lì che il punto di vista degli utenti aggiunge qualcosa alla tassonomia consolidata. Il primo è il riconoscimento del piacere e del benessere come terapeutici in sé: lo stare bene, la piacevolezza dell'esperienza, la speranza, nominati da quasi un terzo del campione e convergenti, sul versante quantitativo, con il valore attribuito alle attività sportive ed espressive. È una dimensione che la tassonomia dei quattro domini non contempla, costruita com'è attorno a meccanismi che presuppongono un problema da elaborare. Eppure gli utenti la collocano tra ciò che cura, non tra ciò che consola o distrae in attesa della cura. Il secondo è il rovescio intimo e diadico di un ambiente per definizione collettivo: là dove la letteratura enfatizza l'appartenenza, la gruppaltà, il ritmo comunitario, gli utenti, quando si scende ai dispositivi concreti, indicano come irrinunciabili la relazione individuale di riferimento e lo spazio protetto - non in alternativa al gruppo, ma accanto ad esso, come suo necessario contraltare. Il terzo è l'ambivalenza costitutiva del setting. La letteratura centrata sugli utenti aveva già rilevato la tensione tra protezione e autonomia, tra la sicurezza delle regole e il peso delle aspettative rigide (vedi § 3.4). Le narrazioni qui raccolte portano questa tensione un passo più in là: non la registrano necessariamente come un difetto da correggere o un compromesso da bilanciare, ma come un tratto strutturale del

contenimento istituzionale, che va riconosciuto e tematizzato - anche, forse, per aiutare gli utenti a fare altrettanto. Lo stesso vale per la relazione, che è il portato terapeutico più trasversale e insieme la principale fonte di fatica. Riconoscere questi attriti come ineliminabili, e non come imperfezioni del servizio, è un guadagno che nasce dall'aver chiesto agli utenti non solo cosa li avesse aiutati, ma anche cosa no.

Su questo sfondo, il valore di uno studio centrato sulla prospettiva degli utenti non è stato tanto nell'ampliare l'inventario dei fattori, o ristrutturarlo drasticamente, quanto nel mostrare che cosa cambia quando a ordinarli è chi la cura la riceve: emergono dimensioni - il piacere, l'intimità della diade, l'ambivalenza accettata - che la prospettiva clinica fatica a vedere o tende a normalizzare. È una differenza che riguarda meno il catalogo dei fattori e più il modo di rilevarli e di darvi peso, con implicazioni che si collocano sul piano di come la cura comunitaria può venire valutata e governata.

5.5.5 Limiti e prospettive

Resta infine da considerare entro quali confini i risultati appena discussi possano essere letti, e quali questioni lascino aperte.

Il primo limite riguarda la composizione del campione di comunità. Le quindici strutture coinvolte, pur eterogenee per utenza e per assetto organizzativo, appartengono tutte a uno stesso network. Questi centri, più che lo specifico orientamento teorico delle singole strutture - che pure è prevalentemente ma non unicamente di area psicomotricità - sono comunque caratterizzati da un baricentro comune, orientato al lavoro psicologico e clinico, che le distingue ad esempio da modelli residenziali a impronta più educativa o assistenziale. È una differenza che conviene tenere presente

nel generalizzare questi risultati: ciò che gli utenti di queste comunità hanno riconosciuto come terapeutico riflette anche il tipo di esperienza che quelle comunità offrono, e non è detto che lo stesso profilo emergerebbe in contesti dove il lavoro sulla relazione e sulla soggettività occupa uno spazio minore. Le CT che hanno aderito inoltre l'hanno fatto sulla base della disponibilità a impegnarsi in un progetto di ricerca valutativa che richiedeva alle comunità uno sforzo attivo e prolungato: un incontro di formazione, l'organizzazione della somministrazione, la digitalizzazione dei materiali. Si tratta di attività che hanno impegnato mesi, sovrapponendosi al carico di lavoro ordinario e senza alcun incentivo materiale. Difficile che questo non comporti un ulteriore bias di selezione, a favore dei centri più attenti e motivati, o anche solo di quelli con più risorse e mezzi a disposizione.

Il secondo limite tocca invece, da due versanti, la questione di chi abbia effettivamente potuto far sentire la propria voce. Da un lato, lo strumento utilizzato era ampio e cognitivamente impegnativo: il solo DT contava quarantaquattro item, e l'intero protocollo richiedeva una compilazione scritta non breve, e questo ha verosimilmente posto una barriera di accesso, selezionando, tra i potenziali partecipanti, quelli più funzionanti, più a loro agio con la parola scritta, meno compromessi nel momento della raccolta. Il tasso di adesione è stato alto (circa 75%), ma un dato di partecipazione elevato non neutralizza di per sé questo rischio: se chi non ha partecipato si concentra proprio tra gli utenti più gravi o più in difficoltà, anziché distribuirsi in modo casuale, allora le voci raccolte rappresentano soprattutto una porzione più favorita della popolazione comunitaria, e ciò che i più fragili avrebbero avuto da dire resta in larga parte fuori. Dare voce davvero a chi fatica di più - a chi è meno verbale, a chi attraversa le fasi più acute - richiederebbe strumenti più accessibili e modalità di raccolta diverse da un questionario autocompilato.

Dall'altro versante si pone il rischio, strutturale in ogni valutazione condotta dall'interno, della desiderabilità sociale: esprimersi sulla cura che si sta ricevendo, all'interno dell'istituzione che la eroga e con materiali raccolti da un referente interno alla comunità, può sollecitare risposte compiacenti. Diverse cautele del disegno hanno cercato di arginare questo rischio: l'anonimato effettivo garantito dalla codifica e dalla separazione immediata tra dati identificativi e questionari, la tutela esplicita della volontarietà. Ma il segnale più rilevante non sta in ciò che è stato detto, bensì in ciò che è stato taciuto. Se è vero che una parte cospicua del campione ha indicato con nettezza aspetti non di aiuto, condividendo spontaneamente molte delle fatiche del percorso, resta che più della metà non ne ha nominato alcuno: un silenzio che, in questo contesto, è un elemento di cautela da non sottovalutare.

A questo si lega un altro limite che attraversa ogni analisi tematica condotta su materiale di questo tipo. La codifica poggia su un giudizio interpretativo che, per quanto regolato, non è eliminabile: la verifica di convergenza condotta in fase iniziale si è attestata attorno al 68%, un valore che è parso accettabile ma che indicava con chiarezza la necessità di un confronto continuo tra i codificatori. Per questa ragione si è scelto di codificare l'intero corpus congiuntamente, risolvendo per consenso i punti di disaccordo. È una procedura che riduce l'arbitrarietà del singolo sguardo, ma che la sostituisce con un accordo negoziato più che con una misura indipendente di affidabilità: la soggettività interpretativa, in questo tipo di ricerca, viene disciplinata e resa trasparente, non annullata.

Infine si aggiunge un limite che riguarda uno degli strumenti qualitativi e di cui ci si è resi conto solo all'uso. La domanda dedicata a ciò che gli utenti non avevano vissuto come d'aiuto si è rivelata poco efficace nell'elicitare risposte: molti l'hanno lasciata cadere, ed è necessario chiedersi se

parte del silenzio di cui si è detto si possa ricondurre alla formulazione della domanda stessa. Una debolezza di questo tipo si sarebbe potuta intercettare con uno studio pilota, ma un pilota capace di rivelare un difetto di elicitazione richiede a sua volta un campione qualitativo di dimensioni non trascurabili, difficilmente compatibile con i vincoli di accesso e di somministrazione di uno studio multicentrico come questo. Resta il fatto che la parte critica del materiale ne esce ridimensionata, e che le sue frequenze vanno lette anche alla luce di questo.

A partire da questi confini si aprono le direzioni in cui il lavoro può proseguire. La più prossima non richiede nuovi dati, ma analisi ulteriori su questo stesso corpus. L'omogeneità con cui gli utenti hanno riconosciuto come terapeutici gli stessi nuclei - e che le distribuzioni compatte nelle valutazioni per item e l'esiguità della varianza tra comunità inducono a ritenere reale - non esclude che, sotto quel consenso di superficie, si annidino differenziazioni più fini. Mettere in relazione le risposte con le caratteristiche dei partecipanti, dall'età alla diagnosi all'anzianità di permanenza, potrebbe raffinare i risultati in modo clinicamente importante, permettendo di individuare, dentro un quadro condiviso, le esigenze specifiche di chi lo abita da posizioni diverse, trasformando un risultato d'insieme in indicazioni più puntuali.

Sullo stesso corpus si potrebbe inoltre spingere oltre la distinzione tra esperienze e dispositivi, separando in fase di codifica i dispositivi che gli utenti riconoscono esplicitamente come terapeutici - come è stato fatto - da quelli che affiorano soltanto come sfondo di un'esperienza dichiarata d'aiuto o di un momento di svolta. Sempre senza bisogno di inferire nulla da ciò che gli utenti non dicono, una codifica di questo tipo potrebbe far emergere quali dispositivi operino come contesto della cura senza esserne riconosciuti come parte. Operazionalizzare questo scarto - tra ciò che rende possibile la cura, o ne offre l'occasione, e ciò che come cura viene riconosciuto -

permetterebbe di misurare quanta parte dell'intervento comunitario agisca senza che chi la riceve la registri come tale.

A una distanza maggiore si collocano le domande che richiederebbero un disegno diverso. Tra queste, una riguarda il rapporto tra ciò che gli utenti riconoscono come terapeutico e l'esito del loro percorso: associare le esperienze percepite come terapeutiche a misure di cambiamento clinico permetterebbe di rispondere ad una domanda ulteriore su quanto ciò che gli utenti valorizzano si accompagni a ciò che li fa stare meglio. L'altra nasce da un'osservazione fatta a proposito dei limiti: che gli utenti riconoscano con tanta frequenza la consapevolezza, l'agency, la capacità di leggersi tra ciò che li ha aiutati non è affatto un dato scontato. Verrebbe da chiedersi se quel riconoscimento non sia esso stesso, almeno in parte, un esito del lavoro psicologico che queste comunità conducono - se cioè il saper nominare la propria trasformazione non sia già un segno di quella trasformazione. È un'ipotesi che questi dati non possono né confermare né smentire, e che solo il confronto con comunità a baricentro diverso, più educativo o assistenziale, potrebbe mettere alla prova. Se là dove il lavoro psicologico esplicito occupa meno spazio quel riconoscimento si facesse più raro, ne verrebbe un argomento - indiretto, ma non trascurabile - a favore dell'idea che sia proprio quel lavoro a rendere dicibile la trasformazione, e che dare parola all'esperienza sia perciò parte della cura. Se invece quel tipo di riconoscimento si ritrovasse anche là, a parlare sarebbe piuttosto l'esperienza comunitaria in sé, capace di portare a leggersi anche senza la mediazione di un apparato psicologico esplicito.

Sono interrogativi che eccedono i confini di questo studio, e che le sue stesse risposte hanno contribuito a mettere a fuoco.

Capitolo 6. Conclusioni

Questo progetto ha tenuto insieme due studi con una sola domanda di partenza: cosa riconoscono come terapeutico le persone che abitano una comunità? La domanda ha imposto la forma: se ciò che conta è la prospettiva di chi è curato, allora l'utente non può comparire solo alla fine, come fonte di risposte, ma deve entrare prima, nella costruzione stessa degli strumenti con cui quella prospettiva verrà rilevata. Da qui i due tempi del lavoro, con gli utenti coinvolti entrambe le volte: a decidere come indagare e poi a rispondere. Il co-design ha mostrato che una popolazione spesso esclusa dai processi partecipativi, per la complessità clinica e per il pregiudizio sulla sua capacità di contribuire, è stata in grado di incidere realmente sugli strumenti, e che quel coinvolgimento è stato vissuto come un valore di per sé, un riconoscimento della propria voce e della propria dignità. Lo studio multicentrico ha poi collocato al centro dell'esperienza terapeutica la relazione come luogo della cura, attorno a cui il punto di vista degli utenti ha fatto affiorare ciò che la prospettiva clinica rischia di non registrare, o di normalizzare: il piacere e il benessere riconosciuti come terapeutici in sé e non come ciò che consola in attesa della cura, il rovescio intimo e diadico di un ambiente per definizione collettivo, l'ambivalenza costitutiva del setting e della relazione. Più che ampliare l'inventario dei fattori, lo studio mostra cosa cambia quando a ordinarli è chi la cura la riceve.

La domanda da cui è nato questo lavoro è di natura clinica, ma l'impianto si è posto da subito con uno sguardo esteso alle condizioni e alle implicazioni di quella domanda, e le sue ricadute sono andate perciò oltre la clinica, a chiamare in causa il ruolo degli utenti nei servizi, la valutazione, il coinvolgimento. È uno sguardo che le pagine iniziali avevano aperto, ponendo la valutazione dei

servizi di salute mentale come problema di sanità pubblica a tutti gli effetti e il contributo di chi è curato come una risorsa conoscitiva che è insieme un diritto, non solo individuale - il diritto all'autodeterminazione - ma collettivo: ridotto a gesto di condiscendenza, sottrae alla cittadinanza una parte del sapere su ciò che cura, e con essa la possibilità di valutarne davvero la qualità. Una posta che riguarda tutti, perché in salute mentale la distanza tra chi cura e chi è curato è più sottile e più mobile di quanto i ruoli lascino credere, e una comunità terapeutica vale, in ultima istanza, quanto vale come comunità.

Così come il principio è stato fatto valere coinvolgendo attivamente gli utenti, la ricaduta del progetto non dovrebbe fermarsi né all'approfondimento accademico né all'esperienza di chi vi ha preso parte, ma rivolgersi a chi quei servizi deve programmarli e governarli. Tenere insieme le finenze che la sensibilità clinica coglie e la concretezza della programmazione cessa di essere una velleità quando sono proprio le dimensioni che gli indicatori strutturali non catturano a fare la differenza tra una comunità che cura e una che custodisce.

Partendo da questi presupposti, si può cominciare a tradurre le riflessioni in indicazioni, di portata più ampia e più puntuale. Una prima osservazione attraversa l'intero impianto: ciò che cura non è il singolo dispositivo, ma la configurazione che attraversa tempi, luoghi e relazioni della vita quotidiana, quella che la tradizione delle comunità terapeutiche chiama “comunità come metodo”. È il tratto distintivo che le pagine iniziali avevano attribuito, in via teorica, all'intervento complesso: un evento che accade in un sistema, i cui meccanismi sono inestricabili dal contesto. Ma quella proprietà - i meccanismi inestricabili dal contesto, che nella valutazione pesano soprattutto come difficoltà - qui si rovescia di segno, diventando un fattore terapeutico riconosciuto come centrale da chi quella cura la riceve. Ed è su questo che si gioca la distanza dai modi consueti di valutare, accreditare e

finanziare i servizi residenziali, costruiti per oggetti atomici - prestazioni, attività, esiti su indicatori isolati - perché sono quelli che si lasciano contare. Restano così fuori dalla griglia gli elementi che non hanno la forma che i sistemi di valutazione sanno riconoscere come cura: gli spazi all'aperto, la quotidianità strutturata, le attività espressive, il tessuto del vivere insieme. Il piacere è il caso più limpido di questa area cieca: riconosciuto come curativo da quasi un terzo del campione alla domanda aperta, viene sospinto in fondo a ogni graduatoria dagli utenti stessi quando forzato a competere con i dispositivi più strettamente clinici. Ma i dati di questo studio ci dicono che non è necessariamente l'ordine di importanza a definire l'utilità, e bisognerebbe essere cauti a considerare ciò che è di sfondo come il primo candidato al taglio, perché gli utenti ci raccontano che parte di quello sfondo è cura.

Sarebbe però un fraintendimento concluderne che un intervento che non si lascia scomporre o gerarchizzare non si possa valutare, assumendo la complessità come alibi per sottrarsi a ogni rendicontazione. La conseguenza è un'altra: la valutazione deve cambiare forma. Già le pagine iniziali, richiamando i framework sugli interventi complessi, indicavano la direzione di una valutazione che non fotografa un esito in un singolo momento, ma accompagna il processo, ne esplicita i meccanismi e si lascia correggere nel tempo. A questo si aggiunge ora un secondo requisito, che viene dai dati: non frammentare. Tenere insieme la configurazione non è soltanto un'esigenza del metodo, è il modo in cui chi è curato riconosce ciò che lo cura. Includere il suo punto di vista diventa allora il modo in cui la complessità si lascia cogliere: attraverso chi la abita, e la vede intera

Da questo quadro si possono ricavare alcune indicazioni, che non hanno la pretesa di prescrivere, ma di contribuire in concreto alla questione, lasciata aperta dalla prima parte di questo

lavoro, di come colmare la distanza tra il riconoscimento di principio del valore degli utenti e la sua traduzione effettiva nei sistemi di valutazione e governo dei servizi.

La prima riguarda la flessibilità del setting. Gli utenti non esprimono un solo bisogno, ma bisogni plurali e talvolta opposti: il gruppo come superficie su cui vedersi riflessi e, insieme, la relazione individuale come rifugio in cui sentirsi tenuti; la protezione delle regole e il margine per esercitare autonomia; chi vive l'ambiente d'origine come una minaccia da cui ripararsi e chi no. Una valutazione costruita su outcome rigidi e prestabiliti non coglie questa pluralità: mediando poli opposti, rischia di annullarli a vicenda, e ciò che resta è la misura di un utente medio che non esiste. Sul piano del servizio vale lo stesso: una risposta unica, tarata su quell'utente medio, non risponde al bisogno di chi la riceve. La capacità di modulare - di offrire la densità del gruppo e l'intimità della diade, il contenimento e lo spazio di libertà - diventa allora condizione di base.

La seconda riguarda chi valuta. Gli utenti si sono rivelati non solo capaci di nominare con discernimento ciò che li aiuta e ciò che no, ma portatori di informazioni che nessun osservatore può restituire. È la prova, su un caso concreto, di ciò che la letteratura sul coinvolgimento sostiene in generale: che la voce di chi riceve la cura non duplica le misure cliniche, ma coglie dimensioni che quelle misure non vedono - e che, a volte, possono arrivare a interrogare ciò che la misurazione assume in partenza, anche implicitamente.

La terza riguarda il metodo con cui questa voce viene raccolta. Il co-design ha mostrato di poter essere molto di più di una consultazione di facciata: ha modificato realmente il protocollo, correggendo strumenti che senza il contributo degli utenti sarebbero rimasti meno aderenti all'esperienza che dovevano rilevare. Ma la sua natura partecipativa non ha agito solo sull'oggetto di studio, il protocollo da costruire: l'esperienza è stata vissuta dai partecipanti come un valore in sé,

come riconoscimento della propria dignità. E vale la pena notarlo, perché è un'esperienza - il sentirsi artefici, considerati, capaci - che nello studio multicentrico gli utenti hanno esplicitamente indicato come fattore terapeutico. La forma partecipativa della valutazione allora non può dirsi neutra: realizzata con cura, crea le condizioni per un'esperienza che gli utenti ci dicono essere per loro terapeutica. Con l'onestà di aggiungere che non per tutti è così: i drop-out e la partecipazione diseguale del co-design ricordano come l'esperienza, per alcuni, sia stata soprattutto fatica, nello stesso spirito di flessibilità e personalizzazione richiamato dalla prima indicazione.

Queste indicazioni non esauriscono ciò che lo studio lascia a chi deve programmare e governare i servizi, e nessuna di esse, presa da sola, vuole essere una prescrizione: vengono da un disegno descrittivo e trasversale condotto in un sottoinsieme non rappresentativo di comunità. Ma convergono nell'indicare una direzione: la prospettiva di chi è curato non è un'aggiunta alla valutazione della cura, ne è una condizione. La partecipazione complica il quadro, certo, ma è anche ciò che può renderlo leggibile.

Si era partiti chiedendo agli utenti cosa li curasse; si chiude intravedendo che il chiederlo, e l'ascoltare la risposta, è già parte di ciò che cura

Appendice 1. Metodi e risultati dei laboratori della fase 1: co-design di ricerca

Laboratorio “Domanda aperta e Metodologia dell’incidente critico”

Tabella A1.1. Formulazioni di domande aperte proposte dai due gruppi. Le proposte favorite sono state evidenziate.

GRUPPO A	GRUPPO B
Quali sono, secondo te, i fattori terapeutici della comunità?	Quali sono gli elementi terapeutici della comunità?
Quali sono, secondo te, le potenzialità della comunità?	Quali sono le tecniche terapeutiche della comunità?
<u>Secondo te, in quale modo ti sta aiutando la comunità?</u>	Cosa mi fa bene in comunità?
	<u>Cosa mi aiuta di più in comunità?</u>

Tabella A1.2. Valutazione delle modalità di risposta alla domanda aperta del Gruppo B.

MODALITA' DI RISPOSTA	VOTI A FAVORE
Scrittura a mano	8
Scrittura a PC	4
A voce	6
Indifferente	1

Tabella A1.3. Valutazione delle modalità di risposta alla metodologia dell’Incidente Critico del Gruppo A.

MODALITA' DI RISPOSTA	VOTI A FAVORE
Scrittura a mano	3
Scrittura a PC	4
A voce	3
Indifferente	0

Tabella A1.4. Proposta della lunghezza della risposta alla domanda aperta e alla metodologia dell’incidente critico da parte dei gruppi.

	GRUPPO A	GRUPPO B
DOMANDA APERTA	Mezza pagina	Due pagine
METODOLOGIA DELL'INCIDENTE CRITICO	Mezza pagina	Spazio a scelta libera

Laboratorio “Dispositivi terapeutici di comunità”

Di seguito sono riportati i dispositivi di comunità individuati sia dal Gruppo A che dal Gruppo B e valutati come “altamente caratterizzanti” l'intervento in comunità terapeutica durante il laboratorio “Dispositivi della comunità”.

Tabella A1.5. Dispositivi “altamente caratterizzanti”

Personalizzazione della camera
Possibilità di avere uno spazio intimo e personale
Stanza isolamento per il covid
Organizzare delle feste con gli altri in comunità
Giardinaggio e/o orto
Cucinare
Vivere in spazi appropriati
Vivere in un luogo con stabilità
Vivere in un'abitazione confortevole
Avere cura della casa
Condivisione dei momenti di svago
Confronto con gli altri
Cucinare per gli altri
Essere liberi di muoversi in spazi diversi
Laboratorio artistico
Luoghi in cui svolgere attività sportive
Mangiare insieme
Possibilità di entrare in contatto con la natura
Spazi dedicati allo svago e al relax insieme agli altri (es. sala tv, sala relax, caffetteria, salotto)
Vivere in un ambiente bello esteticamente
Attività di espressione corporea
Condivisione dei momenti di svago
Condivisione delle proprie problematiche con gli altri
Cucinare con gli altri

Luoghi in cui svolgere attività sportive
Mangiare insieme
Possibilità di avere momenti di relax
Relazione
Spazi aperti accessibili
Spazi dedicati allo svago e al relax insieme agli altri (es. sala tv, sala relax, caffetteria, salotto)
Spazi di socializzazione all'esterno
Stare insieme
Aver costruito insieme agli operatori il PT (Piano Terapeutico)
Luoghi sicuri dove poter stare quando si è in un momento di crisi (stanze protette)
Poter riflettere sulle dinamiche ricorrenti nell'ambiente da cui provengo
Le attività che coinvolgono i familiari
Assemblea di comunità
Atmosfera di casa
Avere uno spazio personale (stanza)
Borsa lavoro o attività lavorative che creano un ponte con l'esterno
Collaborare per la cura della casa
Convivere con gli altri
Infermeria
Luoghi in cui confrontarsi
Luogo sicuro in cui incontrare gli operatori
Momenti di condivisione con l'esterno
Arteterapia
Avere un progetto terapeutico suddiviso in obiettivi e fasi
Cooperazione
Difficoltà a evitare persone a causa della ristrettezza degli spazi
Essere seguito dal punto di vista farmacologico
Essere seguito dal punto di vista medico - sanitario
Essere supportato nell'inserimento nel lavoro/scuola
Essere supportato nella cura di sé
Imparare gradualmente a gestire le risorse economiche in autonomia
Infermeria
Luogo sicuro dove poter incontrare gli operatori
Organizzazione delle faccende domestiche
Partecipare ad attività educative di tipo lavorativo

Partecipare ai dispositivi di gruppo (riunioni, assemblee...)
Poter stare lontano per un periodo dal mio territorio e/o famiglia
Psicoterapia di gruppo
Psicoterapia individuale
Quotidianità caratterizzata da attività organizzate e strutturate
Sperimentare il contatto con il mondo esterno tramite uscite

Laboratorio “Disegno”

Tabella A1.6. Risultati relativi agli strumenti di realizzazione del disegno da parte dei due gruppi.

PROPOSTA	PREFERENZE GRUPPO A	PREFERENZE GRUPPO B
Pennarello generico	5	5
Pennarello colorato	4	6
Pennarello nero	3	2
Matita da disegno	2	2
Penna	0	1

Tabella A1.7. Risultati relativi ai tempi necessari per la realizzazione del disegno.

PROPOSTA	PREFERENZE GRUPPO A	PREFERENZE GRUPPO B
10 minuti	Tutti favorevoli	Maggioranza favorevole
20 minuti	Nessuno	2 residenti favorevoli

Tabella A8. Risultati relativi alle consegne per un disegno finalizzato a rispondere alla domanda di ricerca del protocollo.

FORMULAZIONI DEL GRUPPO A	VOTI FAVOREVOLI
<u>Disegna il modo in cui ti sta aiutando la comunità terapeutica</u>	5
Disegna la comunità terapeutica ideale	4
Disegna l'equipe terapeutica	2
Disegna il farmaco ideale	2
Disegna gli utenti della comunità terapeutica	1

FORMULAZIONI DEL GRUPPO B	VOTI FAVOREVOLI
<u>Disegna il colloquio</u>	6
Disegna un aiuto	5

Disegna il luogo che più ti fa star bene in comunità	3
Disegna il tuo stato d'animo durante il colloquio	2
Disegna cosa ti fa star bene in comunità	5

Tabella A1.9. Numero di disegni svolti dagli ospiti durante l'esperienza che ha dato inizio al laboratorio "Disegno".

PROPOSTA	DISEGNI DEL GRUPPO A	DISEGNI DEL GRUPPO B
Disegna la cosa che ti è piaciuta di più del laboratorio di co-design	5	6
Disegna il laboratorio di co-design	7	6
Astenuti	1	0
Violazioni della consegna	1	2

Laboratorio "Questionari"

Di seguito si riportano i tre questionari proposti agli ospiti dal gruppo di ricerca di Mito&Realtà.

Therapeutic Factors Inventory-8 (TFI-8)

1	Siccome ho molto in comune con gli altri membri del gruppo, sto iniziando a pensare che posso avere qualcosa in comune anche con le persone al di fuori del gruppo	1	2	3	4	5	6	7
2	Provo un senso di appartenenza verso questo gruppo	1	2	3	4	5	6	7
3	In gruppo ho imparato che ho più similitudini con gli altri di quanto pensassi	1	2	3	4	5	6	7
4	Il gruppo è come se fosse un piccolo pezzo del mondo più grande in cui vivo: osservo le stesse dinamiche e pattern e affrontarli in gruppo mi aiuta ad affrontarli nella vita fuori dal gruppo	1	2	3	4	5	6	7
5	Presto attenzione a come gli altri del gruppo gestiscono le situazioni difficili così posso poi ricorrere alle stesse strategie nella mia vita	1	2	3	4	5	6	7
6	Il gruppo mi dà speranza verso il futuro	1	2	3	4	5	6	7
7	Anche se ci sono differenze tra i membri, il nostro gruppo mi dà sicurezza	1	2	3	4	5	6	7

- | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | Ricevendo dei feedback onesti dagli altri membri e facilitatori ho appreso molto rispetto all'impatto che ho sugli altri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|

Questionario sui fattori terapeutici della comunità

Il seguente questionario riporta alcune affermazioni che descrivono aspetti che avvengono durante il percorso di cura in comunità terapeutica. Ti chiediamo per ciascuno di indicare quanto ritieni che sia importante e di aiuto per te e per il tuo benessere, utilizzando i numeri da 1 (per nulla) a 7 (moltissimo).

- | | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Osservare, attraverso le diverse relazioni che si creano in comunità, i propri stati d'animo, comportamenti e atteggiamenti e l'effetto che questi hanno sugli altri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2 | Creare legami forti in un gruppo unito, formato dalle persone della comunità, pur mantenendo la propria individualità e il proprio ruolo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3 | La possibilità di provare emozioni, a volte molto forti e intense, che sono sollecitate dallo stare insieme in comunità | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4 | Il clima emotivo (ad esempio di piacere, noia, ansia, eccitamento o rabbia) che si crea in comunità e coinvolge l'intero gruppo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5 | La capacità dell'equipe di rispondere adeguatamente ai diversi vissuti quotidiani dei residenti, facendo sì che siano tra loro uniti e armonizzati | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6 | La presenza di diversi ruoli professionali che collaborano nell'equipe e permettono di rispondere ai diversi bisogni di cura (medici, psicologici e sociali) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7 | Il senso di appartenenza che emerge dalle riunioni e dai gruppi, in cui si sperimenta confronto, senso di responsabilità e coinvolgimento (il gruppo diventa "il mio gruppo") | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | L'apertura della comunità verso il mondo esterno consentita da contatti e scambi che si intraprendono con familiari, amici, lavoro, territorio, etc. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9 | Le attività educative, di gioco, creative ed espressive proposte in comunità che permettono di sentirsi efficaci nel vivere nuove esperienze condivise con gli altri | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10 | Abitare in uno spazio familiare e accogliente offerto dalla comunità | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11 | L'organizzazione del tempo con orari definiti che permette di avere un senso di equilibrio tra le attività nuove e quelle ripetute | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

12	La possibilità di riavviare processi di crescita personale attraverso progetti comunitari che favoriscano il reinserimento sociale	1	2	3	4	5	6	7
13	Vivere in un clima di sicurezza, stabilità e continuità garantito dall'organizzazione e dalla gestione della comunità (ad esempio, attraverso le regole, le procedure, i confini, l'organizzazione chiara degli ambienti, un'equipe sufficientemente stabile, orari definiti)	1	2	3	4	5	6	7
14	La possibilità di apprendere nuovi modi di stare insieme svolgendo attività quotidiane che permettono scambi con gli altri (ad esempio attività fisiologiche come mangiare e dormire, oppure quelle del tempo libero e del lavoro)	1	2	3	4	5	6	7

Group Therapy Assessment Tool (GrETHA-Q)

Sono qui di seguito riportate alcune frasi che descrivono la sua esperienza all'interno del gruppo che stai frequentando. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, è importante che rispondi con sincerità secondo il tuo punto di vista a tutte le domande, scegliendo la risposta che generalmente descrive meglio la sua situazione in gruppo.

1. C'è sempre qualcuno nel gruppo pronto a giudicarmi	VERO	FALSO
2. È difficile parlare dei propri problemi in gruppo	VERO	FALSO
3. I discorsi che facciamo in gruppo sono sempre gli stessi	VERO	FALSO
4. In gruppo parlo volentieri delle mie vicende personali	VERO	FALSO
5. Parlare in gruppo mi mette in agitazione	VERO	FALSO
6. Ritengo che questo gruppo potrebbe funzionare	VERO	FALSO
7. Preferisco non parlare al gruppo delle cose che mi preoccupano	VERO	FALSO
8. In gruppo ci sosteniamo reciprocamente	VERO	FALSO
9. Vorrei che il gruppo mi aiutasse di più	VERO	FALSO
10. Alle altre persone del gruppo non interessano le mie vicende personali	VERO	FALSO
11. Mi annoio spesso in gruppo	VERO	FALSO
12. Sono agitato quando sono in gruppo	VERO	FALSO
13. Questo gruppo mi ha aiutato a parlare di più	VERO	FALSO
14. Nel gruppo vi sono troppe persone che prendono l'iniziativa	VERO	FALSO

15. In questo gruppo mi sento a mio agio	VERO	FALSO
16. Ci sentiamo legati fra noi	VERO	FALSO
17. Sono cambiato da quando frequento questo gruppo	VERO	FALSO
18. Il gruppo mi da serenità	VERO	FALSO
19. In questo gruppo è difficile parlare di ciò che realmente mi preoccupa	VERO	FALSO
20. All'interno del gruppo ci aiutiamo a vicenda	VERO	FALSO
21. Mi sembra di stare meglio da quando frequento questo gruppo	VERO	FALSO
22. Mi piacerebbe avere il conduttore/conduttrice del gruppo tutto per me	VERO	FALSO
23. Con l'aiuto del gruppo ho affrontato degli aspetti della mia vita che mi spaventavano	VERO	FALSO
24. Parlare nel gruppo delle mie vicende personali mi imbarazza	VERO	FALSO
25. In gruppo non riesco ad essere me stesso	VERO	FALSO

In questa sezione è presente la tabulazione dei risultati relativi al Laboratorio “Questionari”.

Tabella A1.10. Risultati relativi alle opinioni sul questionario GrETHA-Q

ASSI	GRUPPO	VOTI POSITIVI	VOTI INTERMEDI	VOTI NEGATIVI	PUNTEGGIO FINALE
Brevità delle domande;	A	Tutti	0	0	3
Specificità delle domande;	A	Maggioranza	1	0	3
Brevità del questionario	A	Minoranza	4	0	2
Domande che rispecchiano l'esperienza personale;	A	Tutti	0	0	3
Modalità di risposta adeguata alla domanda	A	6	1	2	2
Modalità di risposta adeguata alla domanda	B	2	Maggioranza	2	2
Domande in cui riconoscersi	B	Tutti	0	0	3
Chiarezza delle domande	B	2	3	0	3
Brevità delle domande	B	Tutti	0	0	3
Formulazione delle domande	B	Tutti	0	0	3
Formulazione della consegna	B	Tutti	0	0	3
Attinenza rispetto al tema dei fattori terapeutici	B	Maggioranza	0	2	3

Tabella A1.11. Risultati relativi alle opinioni sul Questionario sui fattori terapeutici

ASSI	GRUPPO	VOTI POSITIVI	VOTI INTERMEDI	VOTI NEGATIVI	PUNTEGGIO FINALE
Brevità delle domande;	A	0	Tutti	0	2
Specificità delle domande;	A	Tutti	0	0	3
Brevità del questionario	A	3	3	1	2
Domande che rispecchiano l'esperienza personale;	A	5	0	0	3
Modalità di risposta adeguata alla domanda	A	4	3	0	3
Modalità di risposta adeguata alla domanda	B	4	3	0	3
Domande in cui riconoscersi	B	Tutti	0	0	3
Chiarezza delle domande	B	4	2	1	2
Brevità delle domande	B	0	Maggioranza	3	2
Formulazione delle domande	B	3	2	1	2
Formulazione della consegna	B	Tutti	0	0	3
Attinenza rispetto al tema dei fattori terapeutici	B	4	1	1	3

Tabella A1.12. Risultati relativi alle opinioni sul TFI-8.

ASSI	GRUPPO	VOTI POSITIVI	VOTI INTERMEDI	VOTI NEGATIVI	PUNTEGGIO FINALE
Brevità delle domande;	A	Maggioranza	1	0	3
Specificità delle domande;	A	4	3	0	3
Brevità del questionario	A	Tutti	0	0	3
Domande che rispecchiano l'esperienza personale;	A	1	4	1	2
Modalità di risposta adeguata alla domanda	A	0	Maggioranza	0	2
Modalità di risposta adeguata alla domanda	B	Tutti	0	0	3
Domande in cui riconoscersi	B	Tutti	0	0	3

Chiarezza delle domande	B	Tutti	0	0	3
Brevità delle domande	B	2	4	0	2
Formulazione delle domande	B	Maggioranza	0	1	3
Formulazione della consegna	B	Tutti	0	0	3
Attinenza rispetto al tema dei fattori terapeutici	B	0	Maggioranza	0	2

Tabella A1.13. Tabella riassuntiva dei voti espressi dai gruppi su ciascun questionario

ASSI	GRUPPO	GrETHA-Q	Fattori terapeutici	TFI-8
Brevità delle domande;	A	3	2	3
Specificità delle domande;	A	3	3	3
Brevità del questionario	A	2	2	3
Domande che rispecchiano l'esperienza personale;	A	3	3	2
Modalità di risposta adeguata alla domanda	A	2	3	2
Modalità di risposta adeguata alla domanda	B	2	3	3
Domande in cui riconoscersi	B	3	3	3
Chiarezza delle domande	B	3	2	3
Brevità delle domande	B	3	2	2
Formulazione delle domande	B	3	2	3
Formulazione della consegna	B	3	3	3
Attinenza rispetto al tema dei fattori terapeutici	B	3	3	2

I punteggi con un riquadro rosso sono quelli in cui almeno un ospite ha proposto la valutazione negativa (1) per l'asse di riferimento.

Laboratorio "Puzzle"

Tabella A14. Le proposte di protocollo selezionate dagli ospiti

PROTOCOLLO FINALE DEL GRUPPO A	PROTOCOLLO FINALE DEL GRUPPO B
Domanda aperta "secondo te, in quale modo ti sta aiutando la comunità?"	Domanda aperta con metodologia dell'incidente critico
Domanda aperta con metodologia dell'incidente critico	Questionario TFI-8

Questionario GrEThA-Q	Questionario sui dispositivi terapeutici di comunità
Questionario TFI-8	Un disegno con consegna “disegna qualcosa che ti è d’aiuto in comunità”
Questionario sui fattori terapeutici	Una domanda di accompagnamento al disegno “racconta il tuo stato d’animo e se il disegno ha smosso qualcosa”
Questionario sui dispositivi terapeutici di comunità	
Tempo di compilazione stimato: da 30 minuti a 1 ora	Tempo di compilazione stimato: 2 ore

Appendice 2. Questionari a risposta chiusa definitivi + Etichette sintetiche (Fase 2)

Sono qui riportati i questionari con le formulazioni definitive (“*Item definitivo*”) ed una colonna aggiuntiva (“*Etichetta sintetica*”), non presente nella batteria di strumenti sottoposta ai partecipanti e consultabile in APPENDICE 3, con la corrispondente etichetta utilizzata per facilitare la leggibilità nell’esposizione dei risultati.

TFI-8 (Therapeutic Factor Inventory)

Item	Item definitivo	Etichetta sintetica
tfi8_1	Siccome ho molto in comune con gli altri membri del gruppo, sto iniziando a pensare che posso avere qualcosa in comune anche con le persone al di fuori del gruppo	<i>Generalizzazione dell’universalità fuori dal gruppo</i>
tfi8_2	Provo un senso di appartenenza verso questo gruppo	<i>Appartenenza al gruppo</i>
tfi8_3	In gruppo ho imparato che ho più similitudini con gli altri di quanto pensassi	<i>Riconoscimento di somiglianze con gli altri</i>
tfi8_4	Il gruppo è come se fosse un piccolo pezzo del mondo più grande in cui vivo: osservo le stesse dinamiche e pattern e affrontarli in gruppo mi aiuta ad affrontarli nella vita fuori dal gruppo	<i>Gruppo come microcosmo sociale</i>
tfi8_5	Presto attenzione a come gli altri del gruppo gestiscono le situazioni difficili così posso poi ricorrere alle stesse strategie nella mia vita	<i>Apprendimento osservativo di strategie</i>
tfi8_6	Il gruppo mi dà speranza verso il futuro	<i>Speranza verso il futuro</i>
tfi8_7	Anche se ci sono differenze tra i membri, il nostro gruppo mi dà sicurezza	<i>Sicurezza nel gruppo nonostante le differenze</i>
tfi8_8	Ricevere dei feedback onesti dagli altri membri e facilitatori, ho appreso molto rispetto l’impatto che ho sugli altri	<i>Consapevolezza dell’impatto sugli altri tramite feedback</i>

FT (Questionario ad hoc “Fattori Terapeutici”)

item	Item definitivo	Etichetta sintetica
ft_1	Osservare l'effetto che i miei comportamenti e atteggiamenti hanno sugli altri in comunità mi rende consapevole di modi di essere e parti di me di cui altrimenti non mi accorgerei	<i>Consapevolezza dell'impatto di sé sugli altri</i>
ft_2	Osservare che il gruppo in comunità è composto da persone diverse ma si mantiene unito e coeso mi permette di comprendere che anche io sono fatto da parti diverse che possono stare insieme in maniera armonica	<i>Integrazione delle parti attraverso la coesione del gruppo</i>
ft_3	Partecipare alla vita in gruppo della comunità mi permette di provare emozioni molto intense e profonde che sarebbero troppo travolgenti da vivere da solo	<i>Esperienza emotiva intensa nel gruppo</i>
ft_4	Relazionarmi con gli operatori mettendo in atto diversi comportamenti e aspetti della mia personalità, anche contraddittori tra loro, e vedere che l'equipe tiene in considerazione tutte queste parti, mi permette gradualmente di vedermi in modo più completo e coerente	<i>Integrazione di sé nella relazione con l'équipe</i>
ft_5	Tramite il coinvolgimento, il confronto e l'assunzione di responsabilità sperimentati in comunità sviluppo gradualmente un sentimento di appartenenza (il gruppo diventa "il mio gruppo")	<i>Appartenenza attraverso coinvolgimento e responsabilità</i>
ft_6	La comunità, tutelando e gradualmente favorendo i contatti con l'esterno, mi aiuta a reinserirmi nella vita sociale e lavorativa	<i>Reinserimento sociale e lavorativo</i>
ft_7	Il clima domestico della comunità mi fa fare esperienza di un luogo dove abitare, provare un senso di protezione e sicurezza e quindi poi sperimentarmi nell'autonomia	<i>Clima domestico, protezione e autonomia</i>
ft_8	L'organizzazione e la varietà delle attività proposte durante il percorso mi permettono di vivere sia un senso di regolarità e prevedibilità sia una molteplicità di esperienze e cambiamenti e accettare entrambi questi aspetti nella mia vita	<i>Regolarità, varietà e accettazione del cambiamento</i>
ft_9	La stabilità garantita dall'organizzazione della comunità e la continuità del rapporto con gli operatori mi permettono di costruire delle aspettative affidabili sulle persone e sull'ambiente che mi fanno sperimentare un senso di sicurezza	<i>Stabilità organizzativa e sicurezza relazionale</i>
ft_10	La quotidianità in comunità è ricca di occasioni di interazione e condivisione tramite cui comprendere meglio noi stessi e come stiamo con gli altri e quindi sviluppare nuove aspettative sulle relazioni e altri modi di stare insieme	<i>Quotidianità e apprendimento relazionale</i>
ft_11	Le attività creative, espressive e di gioco proposte in comunità mi permettono di usare la fantasia e di sperimentarmi con gli altri in uno spazio sicuro, accrescendo il mio senso di efficacia e sicurezza per affrontare nuove esperienze nella realtà	<i>Attività creative, gioco e autoefficacia</i>
ft_12	La comunità mi permette di fare un'esperienza terapeutica intensiva, che riguarda più aspetti del mio funzionamento e che prevede un tempo sufficientemente lungo, tali da permettere un percorso di crescita e di cambiamento della mia persona	<i>Esperienza terapeutica intensiva e trasformativa</i>

DT (Questionario ad hoc “Dispositivi terapeutici”) + Etichette sintetiche

item	Item definitivo	Etichetta sintetica
dt_1	Dedicarsi ad attività con gli animali e/o alla loro cura	<i>Attività con animali</i>
dt_2	Partecipare ad attività di tipo sportivo e motorio	<i>Attività sportive/motorie</i>
dt_3	Partecipare ad attività di tipo artistico, espressivo e creativo	<i>Attività artistiche/creative</i>
dt_4	Partecipare ad attività lavorative all'interno della comunità	<i>Attività lavorative interne</i>
dt_5	Vivere in un'abitazione con stabilità	<i>Stabilità abitativa</i>
dt_6	Vivere in un'abitazione ben attrezzata e con spazi appropriati	<i>Spazi abitativi adeguati</i>
dt_7	Avere a disposizione uno spazio personale e personalizzabile nella propria camera	<i>Spazi personali</i>
dt_8	Apprendere attività utili alla vita quotidiana e domestica	<i>Apprendimento attività quotidiane</i>
dt_9	Avere turni, compiti e responsabilità ben definiti nella gestione della comunità	<i>Turni e responsabilità</i>
dt_10	Imparare a gestire i propri spazi e momenti di libertà	<i>Gestione della libertà</i>
dt_11	Imparare a prendersi cura della propria persona (abbigliamento, igiene personale, cura del corpo, etc.)	<i>Cura di sé</i>
dt_12	Imparare a gestire le proprie risorse economiche	<i>Gestione economica</i>
dt_13	Imparare a gestire i contatti sociali con il mondo esterno nella quotidianità	<i>Accompagnamento contatti sociali esterni</i>
dt_14	Imparare a gestire le relazioni significative con gli altri all'esterno della comunità	<i>Accompagnamento relazioni esterne significative</i>
dt_15	Essere supportato nell'orientamento e nell'inserimento nel lavoro o nella scuola	<i>Inserimento lavoro/scuola</i>
dt_16	Avere a disposizione spazi all'aperto che fanno parte della comunità	<i>Spazi all'aperto</i>
dt_17	Condividere con altre persone i momenti di svago e tempo libero	<i>Svago condiviso</i>
dt_18	Avere a disposizione nella comunità momenti e spazi dedicati al tempo libero e al relax	<i>Spazi di relax</i>
dt_19	Fare attività o esperienze in contatto con la natura	<i>Contatto con la natura</i>
dt_20	Sperimentarsi in piccoli gruppi (educativi o di attività)	<i>Piccoli gruppi</i>
dt_21	Partecipare ai dispositivi educativi di gruppo per la gestione della vita e della convivenza in comunità	<i>Gruppi educativi di comunità</i>
dt_22	Vivere quotidianamente in condivisione con altre persone	<i>Convivenza quotidiana</i>

dt_23	Avere l'opportunità di fare cose nel quotidiano per gli altri	<i>Fare per gli altri</i>
dt_24	Poter contare sugli operatori come figure di riferimento	<i>Operatori come figure di riferimento</i>
dt_25	Incontrare altre persone che condividono aspetti di problematicità e fragilità	<i>Pari con fragilità simili</i>
dt_26	Organizzare eventi aperti alle persone esterne alla Comunità	<i>Eventi aperti all'esterno</i>
dt_27	Avere a disposizione degli spazi in cui poter stare da soli o con un operatore nei momenti di particolare crisi o fragilità	<i>Spazi protetti per la crisi</i>
dt_28	Poter stare lontano per un periodo dal mio territorio e/o dalla mia famiglia	<i>Distanza da territorio/famiglia</i>
dt_29	Avere delle tradizioni e delle ricorrenze della Comunità a cui prendere parte e tramandare	<i>Tradizioni comunitarie</i>
dt_30	Vivere una quotidianità caratterizzata da attività organizzate e strutturate	<i>Quotidianità strutturata</i>
dt_31	Contare sulla condivisione regolare tra gli operatori relativa a quel che accade in comunità	<i>Condivisione tra operatori</i>
dt_32	Essere seguito/a con continuità dal punto di vista farmacologico per la gestione dei sintomi psichiatrici	<i>Continuità farmacologica</i>
dt_33	La presenza di gruppi e/o attività rivolti ai familiari	<i>Gruppi/attività familiari</i>
dt_34	Costruire insieme ai curanti il proprio progetto terapeutico/educativo	<i>Progetto terapeutico condiviso</i>
dt_35	Avere un programma terapeutico/educativo che procede per fasi, tempi o obiettivi di cura	<i>Programma per fasi/obiettivi</i>
dt_36	Essere supportato/a nella cura di sé dal punto di vista medico-sanitario (visite, interventi, controlli, etc.)	<i>Cura medico-sanitaria</i>
dt_37	Partecipare ai colloqui di psicoterapia individuale	<i>Psicoterapia individuale</i>
dt_38	Partecipare alla psicoterapia di gruppo	<i>Psicoterapia di gruppo</i>
dt_39	Avere a disposizione l'infermeria o un luogo specifico dedicato alla farmacoterapia e alla gestione dei problemi medico-sanitari	<i>Infermeria</i>
dt_40	Partecipare a incontri con il servizio inviante (CSM, CPS, SerD, etc.) e la Comunità di aggiornamento, condivisione e verifica degli obiettivi	<i>Incontri con servizi invianti</i>
dt_41	Avere un operatore o operatrice individuale di riferimento	<i>Operatore individuale di riferimento</i>
dt_42	Vivere in un'abitazione con spazi gradevoli e confortevoli	<i>Spazi abitativi confortevoli</i>
dt_43	Avere regole di comportamento e convivenza definite chiaramente	<i>Regole chiare</i>
dt_44	Partecipare a gruppi terapeutici/educativi focalizzati sulla gestione di specifici sintomi o lo sviluppo di abilità psicosociali	<i>Gruppi su sintomi/abilità</i>

Appendice 3. Batteria di strumenti (Fase 2)

ANAGRAFICA DI COMUNITÀ	
Buongiorno, di seguito le chiederemo qualche informazione sulla comunità di cui è coordinatore/coordinatrice o direttore/direttrice. Questo questionario va compilato una sola volta per ciascuna comunità partecipante alla ricerca.	Id. Comunità □□□□
Data della compilazione	□□ / □□ / □□□□
TIPOLOGIA DI STRUTTURA	
☐ Pubblica ☐ Privata ☐ Privata convenzionata ☐ Mista	
ETÀ UTENZA (è possibile dare più di una risposta)	
☐ Giovani adulti (18-24 anni) ☐ Adulti ☐ Anziani (>65 anni)	
TIPOLOGIA DI UTENZA	
☐ Problemi psichiatrici (dello spettro psicotico, dell'umore) ☐ Disturbo di personalità ☐ Tossicodipendenza ☐ Doppia diagnosi ☐ Problematiche evolutive (disturbo condotta, etc.) ☐ Altro (specificare) _____	
ORIENTAMENTO DEL TRATTAMENTO	
☐ Cognitivo comportamentale ☐ Sistemico ☐ Psicodinamico ☐ Altro (specificare) _____	
LIVELLO DI PROTEZIONE DELLA STRUTTURA:	
☐ Alta Protezione ☐ Media protezione ☐ Bassa Protezione	
QUALIFICHE DEL PERSONALE DI ÉQUIPE	
Segnare tutte le figure professionali presenti nel gruppo di cura e indicare in che numero	
☐ Operatore socio-sanitario N° □□	
☐ Educatore N° □□	
☐ Assistente sociale N° □□	
☐ Psicologo-psicoterapeuta individuale N° □□	
☐ Psicologo-psicoterapeuta di gruppo N° □□	
☐ Psicologo (orientamento, attività di supporto, etc.) N° □□	
☐ Psichiatra N° □□	
☐ Infermiere N° □□	
☐ Direttore clinico N° □□	

☐ Altro (specificare ruolo e numero) _____

Numero di utenti accolti in comunità al momento della compilazione ☐☐

Numero massimo di utenti accolti in comunità ☐☐

Numero di dimissioni concordate negli ultimi 12 mesi ☐☐

Numero di dimissioni NON concordate negli ultimi 12 mesi ☐☐

Numero di utenti a cui è stata proposta la partecipazione allo studio ☐☐

In caso la partecipazione allo studio non fosse stata proposta a tutti gli utenti, vi chiediamo di
spiegarci brevemente il motivo:

DISPOSITIVI TERAPEUTICI ADOTTATI DALLA COMUNITÀ

In questa comunità gli utenti hanno la possibilità di...

CASE REPORT FORM (CRF)

Gentile operatore/operatrice,
la invitiamo a porre le seguenti domande al partecipante.
La ringraziamo per la collaborazione.

Id. partecipante
(cod. comunità + numero sequenziale)

□□□□ □□

Data di compilazione □□ / □□ / □□□□
Età del partecipante al momento della compilazione □□

Sesso

☐ M ☐ F ☐ Altro

Qual è il più alto livello di educazione che ha completato?

- ☐ Scuole medie
- ☐ Diploma di maturità o equivalente (ad es. qualifica professionale)
- ☐ Alcuni esami universitari, senza conseguimento della laurea
- ☐ Laurea o superiore (master, dottorato di ricerca, laurea specialistica)

Inquadramento diagnostico (è possibile fornire più di una risposta):

- ☐ Disturbi di area psicotica
- ☐ Disturbi dell'umore
- ☐ Disturbi di personalità
- ☐ Disturbi da uso di sostanze
- ☐ Disturbi del comportamento
- ☐ Disturbi del comportamento alimentare
- ☐ Altro (specificare) _____

Questo percorso in comunità rientra in una misura alternativa di affidamento in prova?

☐ Sì ☐ No

Da quanti mesi si trova in questa comunità? □□

È prevista la conclusione del percorso di comunità nei prossimi 3 mesi?

(in caso non lo sapesse o non ne fosse sicura/a, risponda 'no')

☐ Sì ☐ No

Ci sono stati altri percorsi in comunità prima di questo?

☐ Sì ☐ No

Se ha risposto sì, in quante altre comunità ha effettuato un percorso? □□

(se in passato è già stato/a nell'attuale comunità ed è stato dimesso/a, lo consideri come se fosse un percorso in un'altra comunità)

Indichi per ciascun percorso la durata:

- Comunità 1: Durata in mesi □□
- Comunità 2: Durata in mesi □□
- Comunità 3: Durata in mesi □□
- Comunità 4: Durata in mesi □□

Quanti anni aveva quando è entrato/a in comunità per la prima volta? □□

Questionario per i partecipanti (Strumenti qualitativi e quantitativi)

QUESTIONARIO	Id. partecipante
INTRODUZIONE	Data compilazione / /
↑ compilazione a cura dell'operatore ↑	

Gentile partecipante,

siamo interessati a conoscere l'opinione che i residenti delle Comunità Terapeutiche hanno della comunità e del loro percorso di cura: in particolare, quali sono secondo loro gli aspetti della comunità più importanti e utili ai fini del raggiungimento del proprio benessere. Conoscere questi aspetti, detti FATTORI TERAPEUTICI, permette a ricercatori e clinici di comprendere meglio i bisogni di cura delle persone e migliorare il tipo di intervento proposto. Ci interessa proprio il punto di vista dei residenti perché siamo convinti che il vostro parere, unico e personale, sia estremamente valido e meriti un ascolto attento.

Per preparare questa ricerca, infatti, abbiamo collaborato con alcuni gruppi di residenti di comunità, alcuni adulti e altri adolescenti, che hanno aiutato nel pensare, scegliere e creare le domande, i questionari e gli stimoli che troverà nelle pagine seguenti.

Le proponiamo quindi di partecipare a questa ricerca in cui le verrà chiesto di realizzare un disegno, rispondere ad alcune domande e compilare tre questionari.

La partecipazione è libera e potrà essere interrotta in qualsiasi momento. Le chiediamo di rispondere alle domande che troverà nella maniera più spontanea e libera possibile, tenendo a mente che non esiste una risposta giusta né sbagliata, le sue risposte rimarranno anonime.

Nel caso qualcosa non le fosse chiaro, può rivolgersi all'operatore che le ha proposto di partecipare, che è lì per poterle essere d'aiuto.

QUESTIONARIO

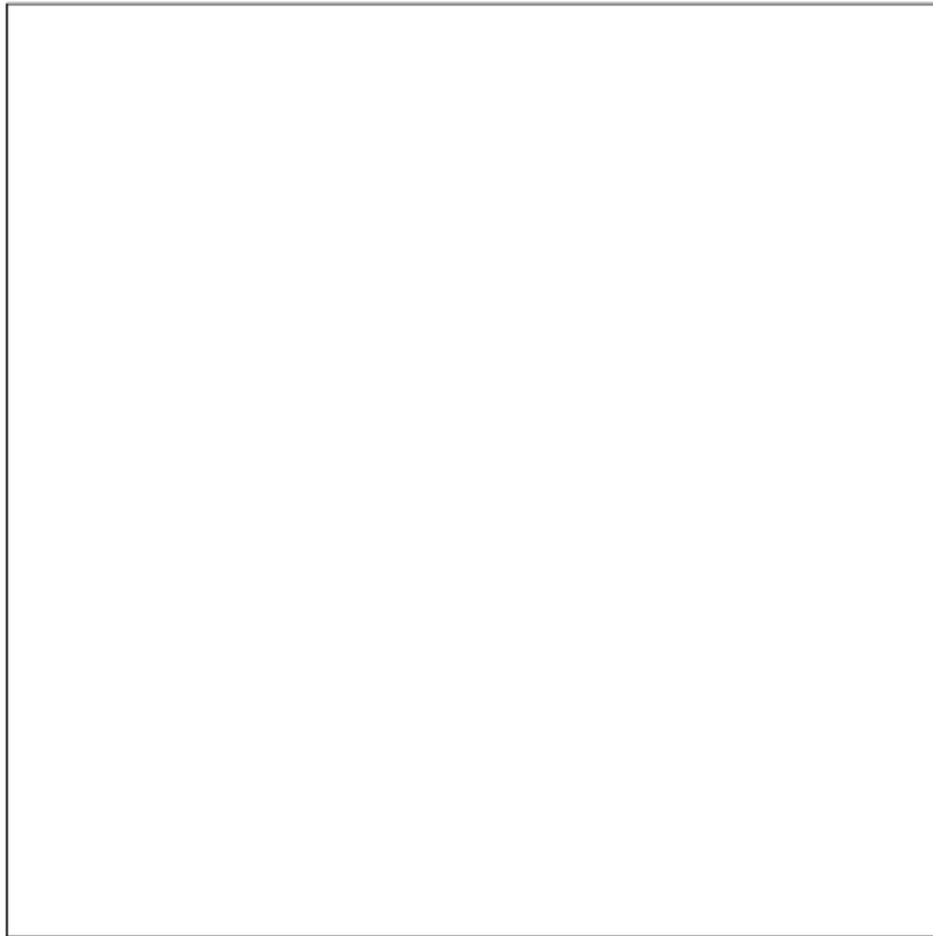
Sezione 1.1 - DISEGNO

Id. partecipante

Data compilazione / /

↑ *compilazione a cura dell'operatore* ↑

Provi a rappresentare con un disegno libero il modo in cui la sta aiutando la comunità terapeutica.



Le chiediamo ora di descrivere brevemente cosa hai disegnato e perché:

Sezione 1.2 - EVENTO CRITICO

↑ *compilazione a cura dell'operatore* ↑

Le chiediamo di descriverlo, specificando cosa è accaduto, **quando** e **dove** è avvenuto, **con chi** era (altri utenti, operatori, familiari) e **perché** è stato importante per lei.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

QUESTIONARIO

Sezione 1.3 - DOMANDE APERTE

Id. partecipante
Data compilazione / /

↑ *compilazione a cura dell'operatore* ↑

Le chiediamo di pensare a quegli aspetti della comunità e del percorso in comunità che ritiene siano più utili e di aiuto: quali sono e perché, secondo lei, sono così d'aiuto?

Le chiediamo infine di pensare a quegli aspetti della comunità e del percorso in comunità che ritiene invece NON siano utili e di aiuto: quali sono e perché, secondo lei, non sono così d'aiuto?

QUESTIONARIO

Sezione 2.1 - TFI-8

Id. partecipante
 Data compilazione / /

↑ compilazione a cura dell'operatore ↑

Therapeutic Factors Inventory-8

Leggerà qui alcune affermazioni che riguardano la sua esperienza in **gruppo**. Le chiediamo di rispondere indicando quanto è d'accordo con queste affermazioni, da un minimo di **1 (per niente d'accordo)**, ad un massimo di **7 (completamente d'accordo)**

1	Siccome ho molto in comune con gli altri membri del gruppo, sto iniziando a pensare che posso avere qualcosa in comune anche con le persone al di fuori del gruppo	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
2	Provo un senso di appartenenza verso questo gruppo	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
3	In gruppo ho imparato che ho più similitudini con gli altri di quanto pensassi	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
4	Il gruppo è come se fosse un piccolo pezzo del mondo più grande in cui vivo: osservo le stesse dinamiche e pattern e affrontarli in gruppo mi aiuta ad affrontarli nella vita fuori dal gruppo	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
5	Presto attenzione a come gli altri del gruppo gestiscono le situazioni difficili così posso poi ricorrere alle stesse strategie nella mia vita	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
6	Il gruppo mi dà speranza verso il futuro	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
7	Anche se ci sono differenze tra i membri, il nostro gruppo mi dà sicurezza	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦
8	Ricevere dei feedback onesti dagli altri membri e facilitatori, ho appreso molto rispetto l'impatto che ho sugli altri	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦

QUESTIONARIO

Sezione 2.2 - FATTORI TERAPEUTICI

Id. partecipante
 Data compilazione / /

↑ compilazione a cura dell'operatore ↑

Le chiediamo di riflettere su ciascuna delle esperienze descritte che è possibile fare in comunità e di esprimere **quanto pensa siano state importanti** per il suo percorso di cura fino ad oggi.

Sceglia un numero da **1 (per niente importante)** a **5 (fondamentale)**.

① PER NIENTE IMPORTANTE ② POCO IMPORTANTE ③ MEDIAMENTE IMPORTANTE ④ MOLTO IMPORTANTE ⑤ FONDAMENTALE

1	Osservare l'effetto che i miei comportamenti e atteggiamenti hanno sugli altri in comunità mi rende consapevole di modi di essere e parti di me di cui altrimenti non mi accorgerei	① ② ③ ④ ⑤
2	Osservare che il gruppo in comunità è composto da persone diverse ma si mantiene unito e coeso mi permette di comprendere che anche io sono fatto da parti diverse che possono stare insieme in maniera armonica	① ② ③ ④ ⑤
3	Partecipare alla vita in gruppo della comunità mi permette di provare emozioni molto intense e profonde che sarebbero troppo travolgenti da vivere da solo	① ② ③ ④ ⑤
4	Relazionarmi con gli operatori mettendo in atto diversi comportamenti e aspetti della mia personalità, anche contraddittori tra loro, e vedere che l'equipe tiene in considerazione tutte queste parti, mi permette gradualmente di vedermi in modo più completo e coerente	① ② ③ ④ ⑤
5	Tramite il coinvolgimento, il confronto e l'assunzione di responsabilità sperimentati in comunità sviluppo gradualmente un sentimento di appartenenza (il gruppo diventa "il mio gruppo")	① ② ③ ④ ⑤
6	La comunità, tutelando e gradualmente favorendo i contatti con l'esterno, mi aiuta a reinserirmi nella vita sociale e lavorativa	① ② ③ ④ ⑤
7	Il clima domestico della comunità mi fa fare esperienza di un luogo dove abitare, provare un senso di protezione e sicurezza e quindi poi sperimentarmi nell'autonomia	① ② ③ ④ ⑤

8	L'organizzazione e la varietà delle attività proposte durante il percorso mi permettono di vivere sia un senso di regolarità e prevedibilità sia una molteplicità di esperienze e cambiamenti e accettare entrambi questi aspetti nella mia vita	① ② ③ ④ ⑤
9	La stabilità garantita dall'organizzazione della comunità e la continuità del rapporto con gli operatori mi permettono di costruire delle aspettative affidabili sulle persone e sull'ambiente che mi fanno sperimentare un senso di sicurezza	① ② ③ ④ ⑤
10	La quotidianità in comunità è ricca di occasioni di interazione e condivisione tramite cui comprendere meglio noi stessi e come stiamo con gli altri e quindi sviluppare nuove aspettative sulle relazioni e altri modi di stare insieme	① ② ③ ④ ⑤
11	Le attività creative, espressive e di gioco proposte in comunità mi permettono di usare la fantasia e di sperimentarmi con gli altri in uno spazio sicuro, accrescendo il mio senso di efficacia e sicurezza per affrontare nuove esperienze nella realtà	① ② ③ ④ ⑤
12	La comunità mi permette di fare un'esperienza terapeutica intensiva, che riguarda più aspetti del mio funzionamento e che prevede un tempo sufficientemente lungo, tali da permettere un percorso di crescita e di cambiamento della mia persona	① ② ③ ④ ⑤

Delle 12 esperienze elencate, le chiediamo adesso di sceglierne 3 che siano state in assoluto le più importanti, e di riportare qui il loro numero

QUESTIONARIO

Sezione 2.3 - DISPOSITIVI TERAPEUTICI

Id. partecipante
Data / /

↑ compilazione a cura dell'operatore ↑

Le chiediamo di riflettere su alcune **attività o esperienze** proposte dalla comunità e di valutare quanto siano state utili per il suo percorso terapeutico scegliendo un numero da **1 (inutile)** a **5 (fondamentale)**.

① INUTILE ② POCO UTILE ③ UTILE ④ MOLTO UTILE ⑤ FONDAMENTALE

Se l'attività o esperienza descritta non è stata proposta o non è disponibile nella comunità dove risiede in questo momento le chiediamo di selezionare la casella **"ASSENTE"**

ASSENTE

1	Dedicarsi ad attività con gli animali e/o alla loro cura	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
2	Partecipare ad attività di tipo sportivo e motorio	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
3	Partecipare ad attività di tipo artistico, espressivo e creativo	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
4	Partecipare ad attività lavorative all'interno della comunità	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
5	Vivere in un'abitazione con stabilità	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
6	Vivere in un'abitazione ben attrezzata e con spazi appropriati	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
7	Avere a disposizione uno spazio personale e personalizzabile nella propria camera	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
8	Apprendere attività utili alla vita quotidiana e domestica	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
9	Avere turni, compiti e responsabilità ben definiti nella gestione della comunità	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
10	Imparare a gestire i propri spazi e momenti di libertà	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
11	Imparare a prendersi cura della propria persona (abbigliamento, igiene personale, cura del corpo, etc.)	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
12	Imparare a gestire le proprie risorse economiche	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
13	Imparare a gestire i contatti sociali con il mondo esterno nella quotidianità	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
14	Imparare a gestire le relazioni significative con gli altri all'esterno della comunità	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
15	Essere supportato nell'orientamento e nell'inserimento nel lavoro o nella scuola	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
16	Avere a disposizione spazi all'aperto che fanno parte della comunità	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
17	Condividere con altre persone i momenti di svago e tempo libero	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
18	Avere a disposizione nella comunità momenti e spazi dedicati al tempo libero e al relax	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
19	Fare attività o esperienze in contatto con la natura	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE

20	Sperimentarsi in piccoli gruppi (educativi o di attività)	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
21	Partecipare ai dispositivi educativi di gruppo per la gestione della vita e della convivenza in comunità	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
22	Vivere quotidianamente in condivisione con altre persone	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
23	Avere l'opportunità di fare cose nel quotidiano per gli altri	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
24	Poter contare sugli operatori come figure di riferimento	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
25	Incontrare altre persone che condividono aspetti di problematicità e fragilità	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
26	Organizzare eventi aperti alle persone esterne alla Comunità	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
27	Avere a disposizione degli spazi in cui poter stare da soli o con un operatore nei momenti di particolare crisi o fragilità	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
28	Poter stare lontano per un periodo dal mio territorio e/o dalla mia famiglia	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
29	Avere delle tradizioni e delle ricorrenze della Comunità a cui prendere parte e tramandare	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
30	Vivere una quotidianità caratterizzata da attività organizzate e strutturate	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
31	Contare sulla condivisione regolare tra gli operatori relativa a quel che accade in comunità	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
32	Essere seguito/a con continuità dal punto di vista farmacologico per la gestione dei sintomi psichiatrici	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
33	La presenza di gruppi e/o attività rivolti ai familiari	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
34	Costruire insieme ai curanti il proprio progetto terapeutico/educativo	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
35	Avere un programma terapeutico/educativo che procede per fasi, tempi o obiettivi di cura	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
36	Essere supportato/a nella cura di sé dal punto di vista medico-sanitario (visite, interventi, controlli, etc.)	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
37	Partecipare ai colloqui di psicoterapia individuale	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
38	Partecipare alla psicoterapia di gruppo	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
39	Avere a disposizione l'infermeria o un luogo specifico dedicato alla farmacoterapia e alla gestione dei problemi medico-sanitari	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
40	Partecipare a incontri con il servizio inviante (CSM, CPS, SerD, etc.) e la Comunità di aggiornamento, condivisione e verifica degli obiettivi	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
41	Avere un operatore o operatrice individuale di riferimento	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
42	Vivere in un'abitazione con spazi gradevoli e confortevoli	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
43	Avere regole di comportamento e convivenza definite chiaramente	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE
44	Partecipare a gruppi terapeutici/educativi focalizzati sulla gestione di specifici sintomi o lo sviluppo di abilità psicosociali	① ② ③ ④ ⑤	ASSENTE

Delle 44 attività elencate, le chiediamo adesso di sceglierne 3 che siano state in assoluto le più importanti, e di riportare qui il loro numero _____

Gentile partecipante,

la ringraziamo per aver dedicato il suo tempo a questo studio e per aver condiviso il suo punto di vista.

In caso avesse deciso di NON completare il questionario, è assolutamente libero di farlo.

Le chiediamo in questo caso di scrivere anche brevemente il motivo della sua scelta così da avere informazioni utili per gli studi futuri e progettare magari uno studio migliore.

In caso avesse completato il questionario, se lo desidera può usare questo spazio per scrivere qualsiasi commento aggiuntivo che desiderasse condividere con i ricercatori.

LA RINGRAZIAMO IN OGNI CASO PER TUTTO QUELLO CHE HA FATTO FINO A QUI.

Appendice 4. Tabelle e figure supplementari

Tabella A4.1 - Numerosità campionaria e tasso di partecipazione

n CT coinvolte	15
n CT che hanno portato a termine somministrazione e digitalizzazione entro giugno 2025	15
n utenti presenti nelle CT al momento della somministrazione	280
n utenti a cui è stata proposta la partecipazione	273
n utenti che hanno aderito alla ricerca	205
Tasso di partecipazione (rispetto al n utenti presenti in CT)	73.21%
Tasso di partecipazione (rispetto al n utenti coinvolti)	75.09%

Tabella A4.2 Tasso di partecipazione per ciascuna CT

Nome CT	Utenti presenti	Utenti coinvolti	Utenti partecipanti	Tasso Partec. 1	Tasso Partecip. 2
Casa Colonica	8	7	7	88%	100%
Castelluccia	20	20	18	90%	90%
Comunità Terapeutica Romana	11	10	10	91%	100%
CREST Cuveglio	25	25	11	44%	44%
CREST Teseo	10	10	10	100%	100%
CREST Vinago	17	17	16	94%	94%
Il Borgo	6	6	4	67%	67%
Il Poggio	10	10	4	40%	40%
Il Porto	45	45	23	51%	51%
La Grande Montagna	10	10	10	100%	100%
La Nostra Locanda	20	20	20	100%	100%
Lahuen	39	39	38	97%	97%
Reverie Comunità 1	20	17	11	55%	65%
Reverie Fondatori	19	17	13	68%	76%
Villa Gatta	20	20	10	50%	50%

*Tasso di partecipazione calcolando n utenti presenti/n utenti partecipanti

**Tasso di partecipazione calcolando n utenti coinvolti/n utenti partecipanti

Tabella A4.3 - Distribuzione dei punteggi assegnati agli item di TFI-8 (scala 1–7)

Item	etichetta	N valide	1 (n)	2 (n)	3 (n)	4 (n)	5 (n)	6 (n)	7 (n)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	6 (%)	7 (%)	NA (n)	M	SD
tfi8_1	<i>Generalizzazione dell'universalità fuori dal gruppo</i>	200	27	20	27	41	31	15	39	13,5	10	13,5	20,5	15,5	7,5	19,5	5	4,15	1,99
tfi8_2	<i>Appartenenza al gruppo</i>	202	19	18	33	28	35	40	29	9,4	8,9	16,3	13,9	17,3	19,8	14,4	3	4,38	1,87
tfi8_3	<i>Riconoscimento di somiglianze con gli altri</i>	203	14	22	26	31	36	36	38	6,9	10,8	12,8	15,3	17,7	17,7	18,7	2	4,54	1,86
tfi8_4	<i>Gruppo come microcosmo sociale</i>	201	21	16	18	24	47	35	40	10,4	8	9	11,9	23,4	17,4	19,9	4	4,62	1,93
tfi8_5	<i>Apprendimento osservativo di strategie</i>	202	23	20	33	25	39	32	30	11,4	9,9	16,3	12,4	19,3	15,8	14,9	3	4,25	1,92
tfi8_6	<i>Speranza verso il futuro</i>	202	26	23	24	20	43	26	40	12,9	11,4	11,9	9,9	21,3	12,9	19,8	3	4,33	2,04
tfi8_7	<i>Sicurezza nel gruppo nonostante le differenze</i>	201	20	17	27	32	33	39	33	10	8,5	13,4	15,9	16,4	19,4	16,4	4	4,44	1,9
tfi8_8	<i>Consapevolezza dell'impatto sugli altri tramite feedback</i>	202	15	9	13	19	52	32	62	7,4	4,5	6,4	9,4	25,7	15,8	30,7	3	5,12	1,82

Immagine A4.1- Distribuzione grafica dei punteggi assegnati agli item di TFI-8

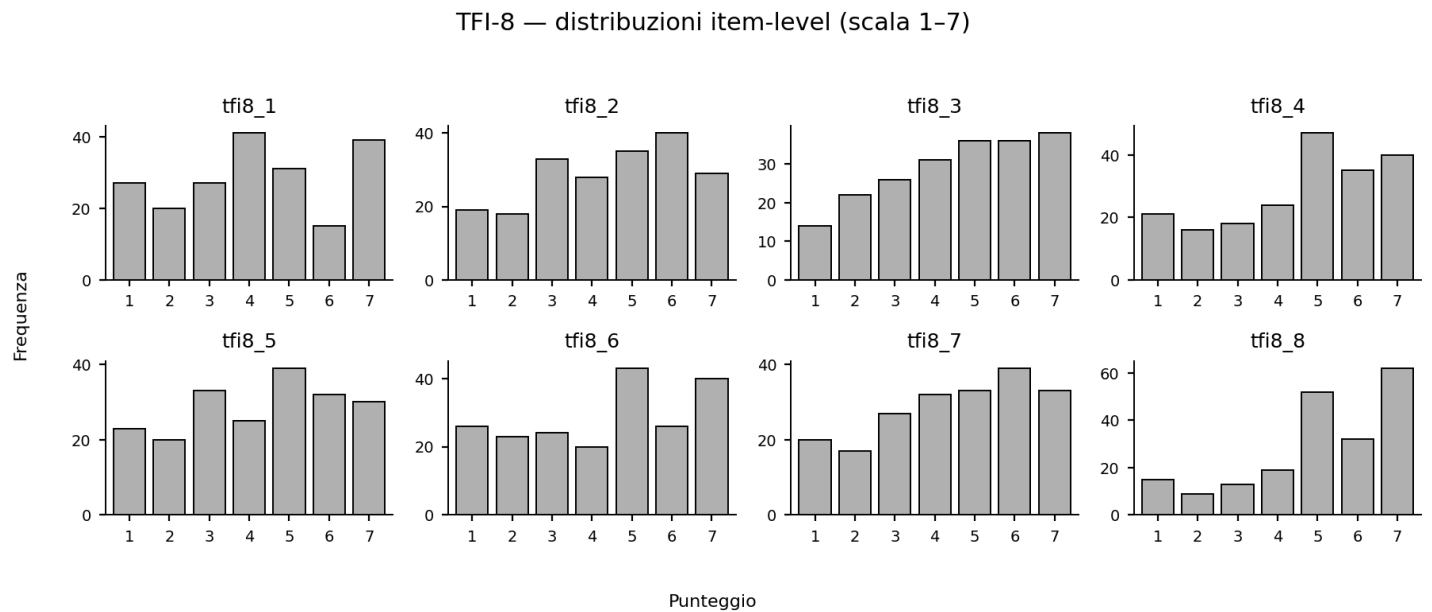


Tabella A4.4- Distribuzione dei punteggi assegnati agli item FT (scala 1-5)

Item	Descrizione	N valide	1 (n)	2 (n)	3 (n)	4 (n)	5 (n)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	NA (n)	M	SD
ft_1	Consapevolezza dell'impatto di sé sugli altri	202	7	13	46	65	71	3,5	6,4	22,8	32,2	35,1	3	3,89	1,07
ft_2	Integrazione delle parti attraverso la coesione del gruppo	201	13	26	45	62	55	6,5	12,9	22,4	30,8	27,4	4	3,6	1,2
ft_3	Esperienza emotiva intensa nel gruppo	202	20	25	47	47	63	9,9	12,4	23,3	23,3	31,2	3	3,53	1,31
ft_4	Integrazione di sé nella relazione con l'équipe	199	6	12	37	50	94	3	6	18,6	25,1	47,2	6	4,08	1,08
ft_5	Appartenenza attraverso coinvolgimento e responsabilità	201	19	18	58	45	61	9,5	9	28,9	22,4	30,3	4	3,55	1,27
ft_6	Reinserimento sociale e lavorativo	200	14	18	20	45	103	7	9	10	22,5	51,5	5	4,03	1,27
ft_7	Clima domestico, protezione e autonomia	201	11	12	45	49	84	5,5	6	22,4	24,4	41,8	4	3,91	1,17

ft_8	<i>Regolarità, varietà e accettazione del cambiamento</i>	199	9	22	44	58	66	4,5	11,1	22,1	29,1	33,2	6	3,75	1,16
ft_9	<i>Stabilità organizzativa e sicurezza relazionale</i>	200	9	13	53	54	71	4,5	6,5	26,5	27	35,5	5	3,82	1,12
ft_10	<i>Quotidianità e apprendimento relazionale</i>	202	6	11	36	71	78	3	5,4	17,8	35,1	38,6	3	4,01	1,03
ft_11	<i>Attività creative, gioco e autoefficacia</i>	200	15	26	51	54	54	7,5	13	25,5	27	27	5	3,53	1,23
ft_12	<i>Esperienza terapeutica intensiva e trasformativa</i>	200	6	8	28	38	120	3	4	14	19	60	5	4,29	1,04

Immagine A4.2 - Distribuzione grafica dei punteggi assegnati agli item di FT

Questionario FT — distribuzioni item-level (scala 1-5)

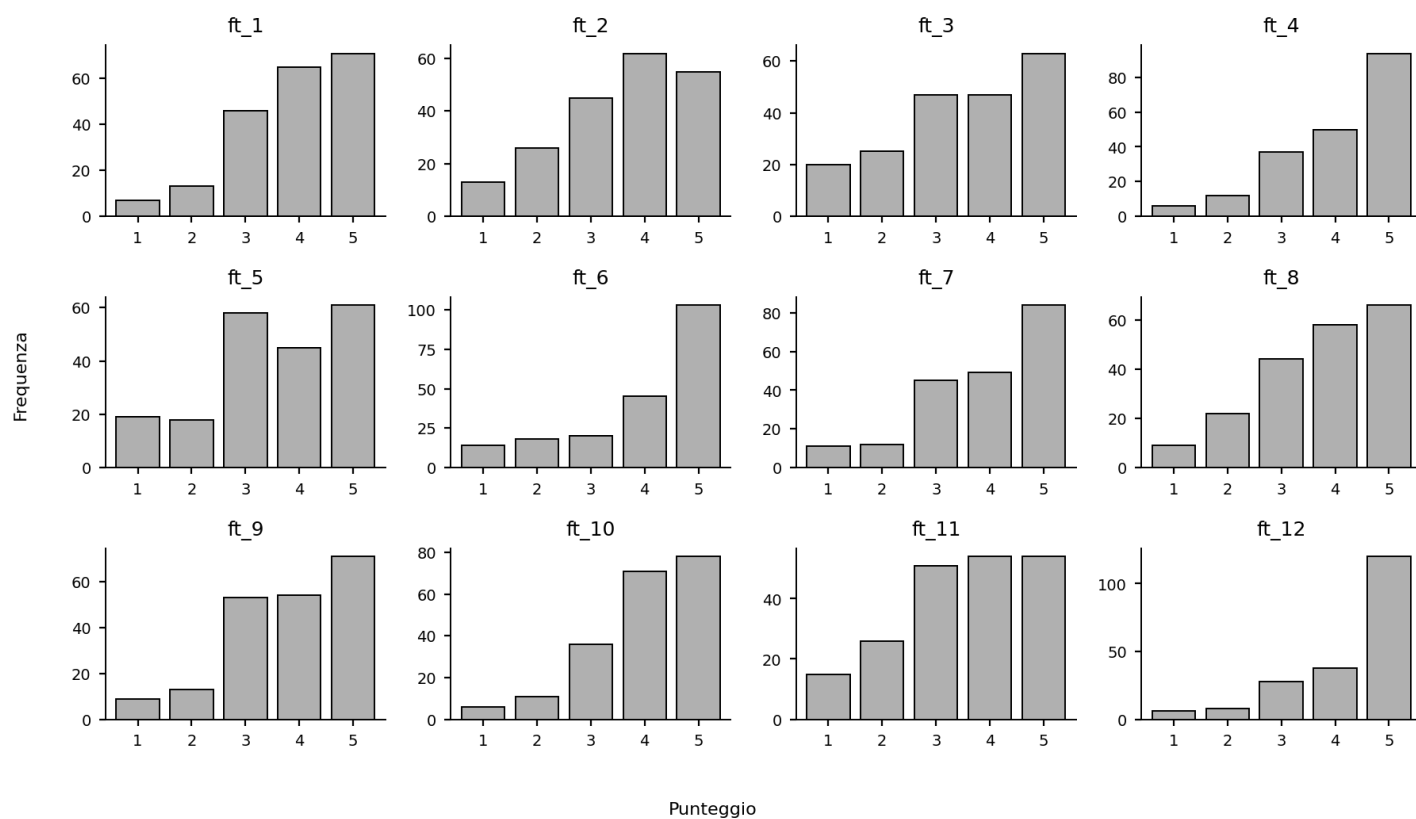


Tabella A4.4- Distribuzione dei punteggi assegnati agli item di DT (scala 1-5)

Item	Descrizione	N valide	1 (n)	2 (n)	3 (n)	4 (n)	5 (n)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	ASSENTE (n)	NA (n)	M	SD
dt_1	Attività con animali	87	9	13	21	13	31	10,3	14,9	24,1	14,9	35,6	112	6	3,51	1,38
dt_2	Attività sportive/motorie	171	13	15	35	33	75	7,6	8,8	20,5	19,3	43,9	30	4	3,83	1,29
dt_3	Attività artistiche/creative	184	11	25	34	46	68	6	13,6	18,5	25	37	17	4	3,73	1,25
dt_4	Attività lavorative interne	163	5	8	25	45	80	3,1	4,9	15,3	27,6	49,1	35	7	4,15	1,05
dt_5	Stabilità abitativa	185	2	9	26	34	114	1,1	4,9	14,1	18,4	61,6	14	6	4,35	0,97
dt_6	Spazi abitativi adeguati	191	6	6	25	49	105	3,1	3,1	13,1	25,7	55	10	4	4,26	1,01
dt_7	Spazi personali	196	7	12	25	48	104	3,6	6,1	12,8	24,5	53,1	5	4	4,17	1,1
dt_8	Apprendimento attività quotidiane	199	4	13	27	45	110	2	6,5	13,6	22,6	55,3	2	4	4,23	1,04
dt_9	Turni e responsabilità	200	3	9	31	59	98	1,5	4,5	15,5	29,5	49	1	4	4,2	0,96
dt_10	Gestione della libertà	201	4	9	22	56	110	2	4,5	10,9	27,9	54,7	0	4	4,29	0,97
dt_11	Cura di sé	200	6	10	18	31	135	3	5	9	15,5	67,5	1	4	4,39	1,04
dt_12	Gestione economica	190	8	11	26	39	106	4,2	5,8	13,7	20,5	55,8	10	5	4,18	1,13
dt_13	Accompagnamento contatti sociali esterni	189	9	14	33	49	84	4,8	7,4	17,5	25,9	44,4	11	5	3,98	1,16
dt_14	Accompagnamento relazioni esterne significative	193	6	18	27	44	98	3,1	9,3	14	22,8	50,8	8	4	4,09	1,14
dt_15	Inserimento lavoro/scuola	176	10	7	28	46	85	5,7	4	15,9	26,1	48,3	24	5	4,07	1,15
dt_16	Spazi all'aperto	194	0	6	34	41	113	0	3,1	17,5	21,1	58,2	4	7	4,35	0,88
dt_17	Svago condiviso	200	5	7	44	47	97	2,5	3,5	22	23,5	48,5	1	4	4,12	1,03
dt_18	Spazi di relax	199	2	6	37	48	106	1	3	18,6	24,1	53,3	2	4	4,26	0,93
dt_19	Contatto con la natura	173	9	15	30	47	72	5,2	8,7	17,3	27,2	41,6	28	4	3,91	1,19
dt_20	Piccoli gruppi	191	8	14	42	56	71	4,2	7,3	22	29,3	37,2	8	6	3,88	1,12
dt_21	Gruppi educativi di comunità	187	6	20	44	57	60	3,2	10,7	23,5	30,5	32,1	11	7	3,78	1,11
dt_22	Convivenza quotidiana	198	9	11	51	45	82	4,5	5,6	25,8	22,7	41,4	1	6	3,91	1,14
dt_23	Fare per gli altri	197	1	20	43	61	72	0,5	10,2	21,8	31	36,5	3	5	3,93	1,02

dt_24	Operatori come figure di riferimento	197	4	6	23	34	130	2	3	11,7	17,3	66	1	7	4,42	0,95
dt_25	Pari con fragilità simili	197	15	17	40	54	71	7,6	8,6	20,3	27,4	36	3	5	3,76	1,24
dt_26	Eventi aperti all'esterno	150	13	25	39	29	44	8,7	16,7	26	19,3	29,3	48	7	3,44	1,3
dt_27	Spazi protetti per la crisi	198	5	12	22	37	122	2,5	6,1	11,1	18,7	61,6	2	5	4,31	1,05
dt_28	Distanza da territorio/famiglia	191	25	24	45	28	69	13,1	12,6	23,6	14,7	36,1	8	6	3,48	1,42
dt_29	Tradizioni comunitarie	177	19	24	44	37	53	10,7	13,6	24,9	20,9	29,9	22	6	3,46	1,33
dt_30	Quotidianità strutturata	198	3	10	47	71	67	1,5	5,1	23,7	35,9	33,8	2	5	3,95	0,96
dt_31	Condivisione tra operatori	197	6	11	37	58	85	3	5,6	18,8	29,4	43,1	3	5	4,04	1,06
dt_32	Continuità farmacologica	195	10	8	25	35	117	5,1	4,1	12,8	17,9	60	4	6	4,24	1,14
dt_33	Gruppi/attività familiari	151	9	10	36	31	65	6	6,6	23,8	20,5	43	46	8	3,88	1,21
dt_34	Progetto terapeutico condiviso	193	3	4	34	45	107	1,6	2,1	17,6	23,3	55,4	6	6	4,29	0,93
dt_35	Programma per fasi/obiettivi	198	8	5	28	47	110	4	2,5	14,1	23,7	55,6	2	5	4,24	1,05
dt_36	Cura medico-sanitaria	194	9	8	23	41	113	4,6	4,1	11,9	21,1	58,2	6	5	4,24	1,11
dt_37	Psicoterapia individuale	181	10	4	22	27	118	5,5	2,2	12,2	14,9	65,2	19	5	4,32	1,12
dt_38	Psicoterapia di gruppo	184	12	15	28	44	85	6,5	8,2	15,2	23,9	46,2	15	6	3,95	1,24
dt_39	Infermeria	190	6	5	34	41	104	3,2	2,6	17,9	21,6	54,7	10	5	4,22	1,04
dt_40	Incontri con servizi invianti	179	12	14	31	38	84	6,7	7,8	17,3	21,2	46,9	20	6	3,94	1,25
dt_41	Operatore individuale di riferimento	192	7	2	25	42	116	3,6	1	13	21,9	60,4	8	5	4,34	1
dt_42	Spazi abitativi confortevoli	195	3	5	28	55	104	1,5	2,6	14,4	28,2	53,3	3	7	4,29	0,91
dt_43	Regole chiare	199	5	11	37	50	96	2,5	5,5	18,6	25,1	48,2	1	5	4,11	1,05
dt_44	Gruppi su sintomi/abilità	171	6	9	35	45	76	3,5	5,3	20,5	26,3	44,4	29	5	4,03	1,09

Nota: ASSENTE escluso dal calcolo di M, SD e %

Immagine A4.3 - Distribuzione grafica dei punteggi assegnati agli item di FT

Questionario DT — distribuzioni item-level (solì presenti, scala 1-5)

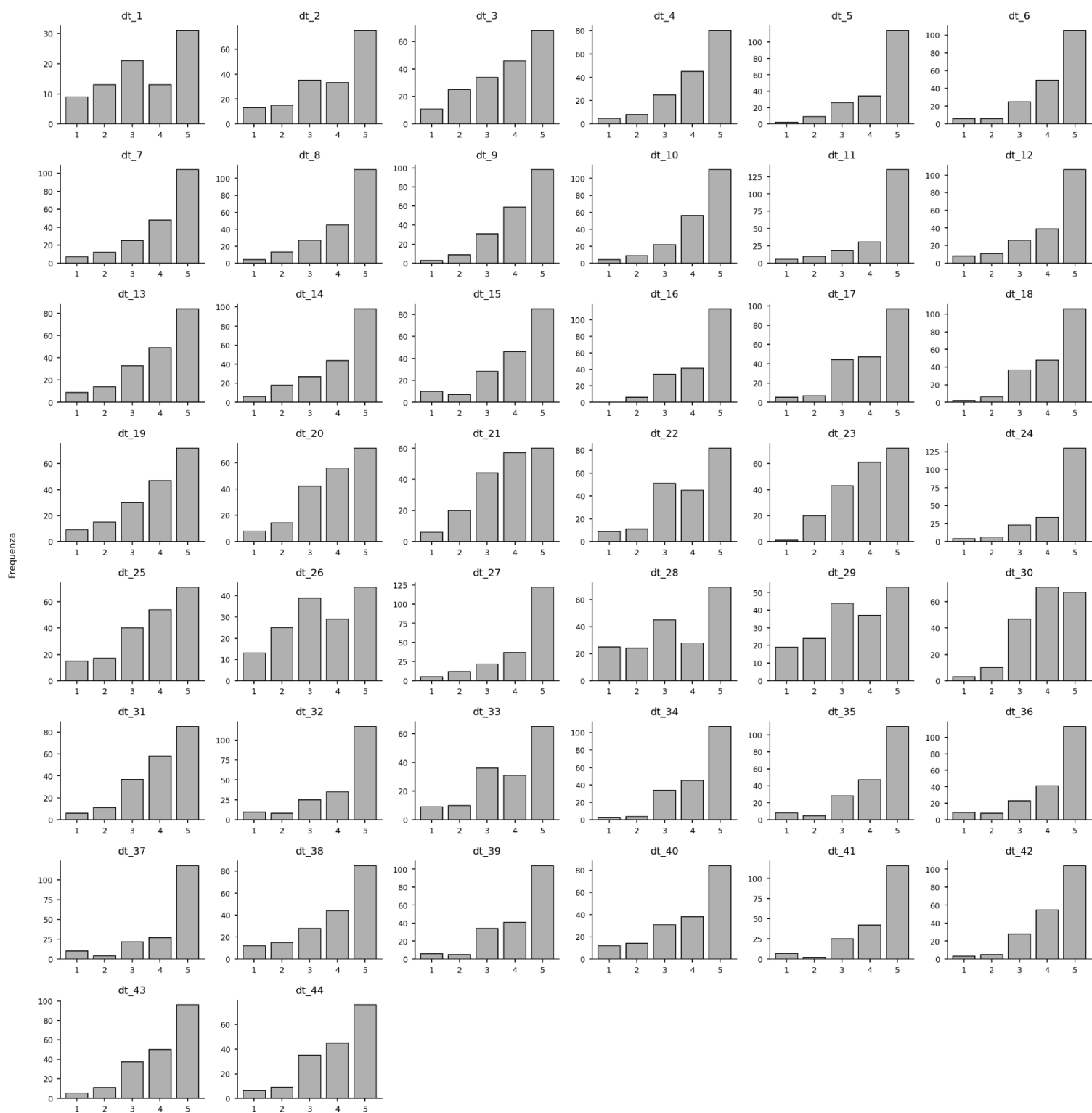


Tabella A4.5 - Ranking aggiustato degli item di TFI-8 (CLMM, link logit)

item	latent_est	ES	df	asypm.LCL	asypm.UCL	p.value	rank
tfi8_8	1,40	0,22	Inf	0,97	1,84	0,000	1
tfi8_4	0,91	0,22	Inf	0,49	1,34	0,000	2
tfi8_3	0,57	0,22	Inf	0,15	1,00	0,008	3
tfi8_7	0,45	0,21	Inf	0,03	0,88	0,034	4
tfi8_2	0,42	0,21	Inf	0,00	0,84	0,051	5
tfi8_6	0,41	0,22	Inf	-0,02	0,83	0,062	6
tfi8_5	0,39	0,22	Inf	-0,04	0,81	0,076	7
tfi8_1	0,21	0,22	Inf	-0,23	0,64	0,349	8

Tabella A4.6 - Confronto tra i valori aggiustati e la media di TFI-8

contrast	estimate	ES	df	asypm.LCL	asypm.UCL	p.value
tfi8_1 effect	-0,388	0,137	Inf	-0,762	-0,014	0,018
tfi8_2 effect	-0,178	0,128	Inf	-0,527	0,172	0,219
tfi8_3 effect	-0,021	0,130	Inf	-0,377	0,335	0,872
tfi8_4 effect	0,317	0,131	Inf	-0,040	0,674	0,040
tfi8_5 effect	-0,208	0,133	Inf	-0,571	0,155	0,219
tfi8_6 effect	-0,188	0,133	Inf	-0,553	0,176	0,219
tfi8_7 effect	-0,140	0,129	Inf	-0,492	0,211	0,314
tfi8_8 effect	0,807	0,137	Inf	0,433	1,181	<.001

Tabella A4.6b - Autovalori della matrice policorica TFI-8

indice_autovalore	autovalore	varianza matrice %	varianza cumulata %
Autovalore_1	4,106	51,33	51,33
Autovalore_2	0,888	11,1	62,43
Autovalore_3	0,728	9,09	71,52
Autovalore_4	0,668	8,34	79,87

Autovalore_5	0,527	6,58	86,45
Autovalore_6	0,47	5,88	92,33
Autovalore_7	0,308	3,85	96,18
Autovalore_8	0,306	3,82	100

Tabella A4.7 Ranking aggiustato degli item di FT (CLMM, link logit)

item	latent_est	ES	df	asypm.LCL	asypm.UCL	p.value	rank
ft_12	2,66	0,24	Inf	2,19	3,13	<.001	1
ft_6	2,09	0,23	Inf	1,64	2,54	<.001	2
ft_4	1,99	0,23	Inf	1,54	2,43	<.001	3
ft_10	1,81	0,22	Inf	1,38	2,24	<.001	4
ft_7	1,65	0,22	Inf	1,22	2,09	<.001	5
ft_9	1,63	0,22	Inf	1,20	2,05	<.001	6
ft_1	1,59	0,22	Inf	1,15	2,02	<.001	7
ft_8	1,40	0,22	Inf	0,97	1,83	<.001	8
ft_2	0,97	0,22	Inf	0,55	1,39	<.001	9
ft_11	0,91	0,22	Inf	0,49	1,34	<.001	10
ft_5	0,88	0,22	Inf	0,45	1,30	<.001	11
ft_3	0,86	0,22	Inf	0,43	1,29	<.001	12

Tabella A4.8 Confronto tra i valori aggiustati e la media di FT

contrast	estimate	ES	df	asypm.LCL	asypm.UCL	p.value
ft_1 effect	0,049	0,141	Inf	-0,355	0,453	0,727
ft_2 effect	-0,565	0,138	Inf	-0,961	-0,169	<.001

ft_3 effect	-0,675	0,143	Inf	-1,085	-0,265	<.001
ft_4 effect	0,450	0,147	Inf	0,028	0,872	0,004
ft_5 effect	-0,659	0,142	Inf	-1,065	-0,254	<.001
ft_6 effect	0,552	0,153	Inf	0,113	0,991	<.001
ft_7 effect	0,114	0,145	Inf	-0,300	0,529	0,515
ft_8 effect	-0,135	0,140	Inf	-0,537	0,266	0,446
ft_9 effect	0,090	0,139	Inf	-0,310	0,489	0,567
ft_10 effect	0,277	0,140	Inf	-0,123	0,678	0,071
ft_11 effect	-0,621	0,142	Inf	-1,028	-0,214	<.001
ft_12 effect	1,123	0,162	Inf	0,660	1,586	<.001

Tabella A4.8b- Autovalori della matrice policorica FT

indice_autovalore	autovalore	varianza %	varianza cumulata %
Autovalore_1	5,274	43,95	43,95
Autovalore_2	1,013	8,44	52,39
Autovalore_3	0,943	7,86	60,25
Autovalore_4	0,790	6,59	66,84
Autovalore_5	0,697	5,81	72,65
Autovalore_6	0,656	5,47	78,11
Autovalore_7	0,611	5,09	83,21
Autovalore_8	0,553	4,61	87,81
Autovalore_9	0,457	3,81	91,63
Autovalore_10	0,406	3,38	95,01
Autovalore_11	0,343	2,86	97,87
Autovalore_12	0,256	2,13	100

Tabella A4.9 Ranking aggiustato degli item di dT (CLMM, link logit)

item	latent_est	ES	df	asympt.LCL	asympt.UCL	p.value	rank
dt_11	3,12	0,24	Inf	2,64	3,59	<.001	1
dt_24	3,07	0,24	Inf	2,60	3,53	<.001	2
dt_37	2,92	0,24	Inf	2,44	3,40	<.001	3
dt_5	2,88	0,24	Inf	2,41	3,36	<.001	4
dt_41	2,75	0,23	Inf	2,29	3,20	<.001	5
dt_27	2,72	0,23	Inf	2,27	3,18	<.001	6
dt_36	2,61	0,23	Inf	2,16	3,07	<.001	7
dt_34	2,59	0,23	Inf	2,14	3,03	<.001	8
dt_8	2,57	0,23	Inf	2,12	3,02	<.001	9
dt_16	2,57	0,23	Inf	2,12	3,02	<.001	10
dt_32	2,53	0,23	Inf	2,07	2,99	<.001	11
dt_10	2,52	0,23	Inf	2,08	2,97	<.001	12
dt_35	2,49	0,23	Inf	2,05	2,93	<.001	13
dt_6	2,47	0,23	Inf	2,02	2,92	<.001	14
dt_12	2,44	0,23	Inf	1,99	2,89	<.001	15
dt_39	2,39	0,23	Inf	1,94	2,83	<.001	16
dt_42	2,37	0,22	Inf	1,93	2,80	<.001	17
dt_18	2,34	0,22	Inf	1,90	2,78	<.001	18
dt_7	2,32	0,23	Inf	1,87	2,76	<.001	19
dt_9	2,31	0,22	Inf	1,88	2,74	<.001	20
dt_4	2,28	0,23	Inf	1,82	2,74	<.001	21
dt_15	2,23	0,23	Inf	1,77	2,68	<.001	22
dt_14	2,22	0,23	Inf	1,78	2,67	<.001	23
dt_43	2,12	0,22	Inf	1,69	2,55	<.001	24
dt_17	2,07	0,22	Inf	1,64	2,51	<.001	25
dt_40	1,99	0,23	Inf	1,54	2,43	<.001	26
dt_13	1,97	0,22	Inf	1,53	2,41	<.001	27
dt_31	1,93	0,22	Inf	1,50	2,36	<.001	28

dt_44	1,90	0,23	Inf	1,46	2,35	<.001	29
dt_38	1,86	0,23	Inf	1,42	2,31	<.001	30
dt_20	1,75	0,22	Inf	1,32	2,18	<.001	31
dt_33	1,75	0,24	Inf	1,28	2,21	<.001	32
dt_22	1,69	0,22	Inf	1,26	2,12	<.001	33
dt_30	1,66	0,21	Inf	1,25	2,08	<.001	34
dt_23	1,65	0,22	Inf	1,23	2,07	<.001	35
dt_19	1,61	0,23	Inf	1,17	2,06	<.001	36
dt_25	1,53	0,22	Inf	1,10	1,96	<.001	37
dt_2	1,49	0,23	Inf	1,04	1,94	<.001	38
dt_21	1,39	0,22	Inf	0,97	1,81	<.001	39
dt_3	1,35	0,22	Inf	0,92	1,79	<.001	40
dt_1	1,23	0,29	Inf	0,67	1,79	<.001	41
dt_28	1,04	0,23	Inf	0,60	1,49	<.001	42
dt_29	0,91	0,22	Inf	0,48	1,34	<.001	43
dt_26	0,81	0,23	Inf	0,36	1,26	<.001	44

Tabella A4.10 Confronto tra i valori aggiustati e la media di DT

contrast	estimate	SE	df	asympt.LCL	asympt.UCL	p.value
dt_1 effect	-0,874	0,236	Inf	-1,641	-0,107	<.001
dt_10 effect	0,423	0,159	Inf	-0,094	0,940	0,015
dt_11 effect	1,016	0,177	Inf	0,438	1,593	<.001
dt_12 effect	0,340	0,165	Inf	-0,197	0,878	0,062
dt_13 effect	-0,134	0,157	Inf	-0,646	0,378	0,446
dt_14 effect	0,123	0,159	Inf	-0,396	0,642	0,479
dt_15 effect	0,126	0,165	Inf	-0,412	0,664	0,479
dt_16 effect	0,468	0,164	Inf	-0,067	1,003	0,009
dt_17 effect	-0,029	0,154	Inf	-0,531	0,473	0,872
dt_18 effect	0,236	0,157	Inf	-0,274	0,745	0,181
dt_19 effect	-0,487	0,163	Inf	-1,017	0,043	0,006
dt_2 effect	-0,612	0,164	Inf	-1,145	-0,078	<.001
dt_20 effect	-0,347	0,151	Inf	-0,837	0,143	0,036

dt_21 effect	-0,710	0,145	Inf	-1,183	-0,237	<.001
dt_22 effect	-0,409	0,151	Inf	-0,900	0,083	0,014
dt_23 effect	-0,451	0,145	Inf	-0,925	0,022	0,005
dt_24 effect	0,967	0,175	Inf	0,398	1,535	<.001
dt_25 effect	-0,572	0,150	Inf	-1,062	-0,083	<.001
dt_26 effect	-1,292	0,167	Inf	-1,836	-0,748	<.001
dt_27 effect	0,623	0,168	Inf	0,078	1,168	<.001
dt_28 effect	-1,056	0,164	Inf	-1,589	-0,522	<.001
dt_29 effect	-1,188	0,153	Inf	-1,687	-0,689	<.001
dt_3 effect	-0,745	0,157	Inf	-1,256	-0,234	<.001
dt_30 effect	-0,437	0,141	Inf	-0,895	0,022	0,005
dt_31 effect	-0,168	0,150	Inf	-0,655	0,318	0,309
dt_32 effect	0,426	0,170	Inf	-0,127	0,979	0,022
dt_33 effect	-0,355	0,175	Inf	-0,925	0,215	0,065
dt_34 effect	0,485	0,162	Inf	-0,042	1,013	0,006
dt_35 effect	0,393	0,158	Inf	-0,121	0,907	0,023
dt_36 effect	0,514	0,165	Inf	-0,024	1,053	0,005
dt_37 effect	0,822	0,182	Inf	0,229	1,415	<.001
dt_38 effect	-0,239	0,161	Inf	-0,763	0,285	0,183
dt_39 effect	0,289	0,161	Inf	-0,234	0,811	0,106
dt_4 effect	0,177	0,171	Inf	-0,378	0,732	0,346
dt_40 effect	-0,114	0,162	Inf	-0,642	0,413	0,503
dt_41 effect	0,646	0,167	Inf	0,102	1,191	<.001
dt_42 effect	0,267	0,154	Inf	-0,234	0,768	0,118
dt_43 effect	0,020	0,153	Inf	-0,477	0,517	0,894
dt_44 effect	-0,195	0,161	Inf	-0,721	0,330	0,277
dt_5 effect	0,785	0,178	Inf	0,206	1,364	<.001
dt_6 effect	0,371	0,165	Inf	-0,167	0,908	0,040
dt_7 effect	0,219	0,161	Inf	-0,303	0,742	0,216
dt_8 effect	0,468	0,162	Inf	-0,060	0,997	0,009
dt_9 effect	0,210	0,153	Inf	-0,287	0,707	0,216

Tabella A4.11 - Controllo ASSENTE per item (DT)

item	etichetta	totale	missing	assente	valutati	% missing	% assente	% valutati
dt_1	Attività con animali	205	6	112	87	2,93	54,63	42,44
dt_26	Eventi aperti all'esterno	205	7	48	150	3,41	23,41	73,17
dt_33	Gruppi/attività familiari	205	8	46	151	3,9	22,44	73,66
dt_4	Attività lavorative interne	205	7	35	163	3,41	17,07	79,51
dt_2	Attività sportive/motorie	205	4	30	171	1,95	14,63	83,41
dt_44	Gruppi su sintomi/abilità	205	5	29	171	2,44	14,15	83,41
dt_19	Contatto con la natura	205	4	28	173	1,95	13,66	84,39
dt_15	Inserimento lavoro/scuola	205	5	24	176	2,44	11,71	85,85
dt_29	Tradizioni comunitarie	205	6	22	177	2,93	10,73	86,34
dt_40	Incontri con servizi invianti	205	6	20	179	2,93	9,76	87,32
dt_37	Psicoterapia individuale	205	5	19	181	2,44	9,27	88,29
dt_3	Attività artistiche/creative	205	4	17	184	1,95	8,29	89,76
dt_38	Psicoterapia di gruppo	205	6	15	184	2,93	7,32	89,76
dt_5	Stabilità abitativa	205	6	14	185	2,93	6,83	90,24
dt_13	Accompagnamento contatti sociali esterni	205	5	11	189	2,44	5,37	92,2
dt_21	Gruppi educativi di comunità	205	7	11	187	3,41	5,37	91,22
dt_6	Spazi abitativi adeguati	205	4	10	191	1,95	4,88	93,17
dt_12	Gestione economica	205	5	10	190	2,44	4,88	92,68
dt_39	Infermeria	205	5	10	190	2,44	4,88	92,68
dt_14	Accompagnamento relazioni esterne significative	205	4	8	193	1,95	3,9	94,15
dt_20	Piccoli gruppi	205	6	8	191	2,93	3,9	93,17
dt_28	Distanza da territorio/famiglia	205	6	8	191	2,93	3,9	93,17
dt_41	Operatore individuale di riferimento	205	5	8	192	2,44	3,9	93,66
dt_34	Progetto terapeutico condiviso	205	6	6	193	2,93	2,93	94,15
dt_36	Cura medico-sanitaria	205	5	6	194	2,44	2,93	94,63
dt_7	Spazi personali	205	4	5	196	1,95	2,44	95,61
dt_16	Spazi all'aperto	205	7	4	194	3,41	1,95	94,63
dt_32	Continuità farmacologica	205	6	4	195	2,93	1,95	95,12
dt_23	Fare per gli altri	205	5	3	197	2,44	1,46	96,1
dt_25	Pari con fragilità simili	205	5	3	197	2,44	1,46	96,1

dt_31	Condivisione tra operatori	205	5	3	197	2,44	1,46	96,1
dt_42	Spazi abitativi confortevoli	205	7	3	195	3,41	1,46	95,12
dt_8	Apprendimento attività quotidiane	205	4	2	199	1,95	0,98	97,07
dt_18	Spazi di relax	205	4	2	199	1,95	0,98	97,07
dt_27	Spazi protetti per la crisi	205	5	2	198	2,44	0,98	96,59
dt_30	Quotidianità strutturata	205	5	2	198	2,44	0,98	96,59
dt_35	Programma per fasi/obiettivi	205	5	2	198	2,44	0,98	96,59
dt_9	Turni e responsabilità	205	4	1	200	1,95	0,49	97,56
dt_11	Cura di sé	205	4	1	200	1,95	0,49	97,56
dt_17	Svago condiviso	205	4	1	200	1,95	0,49	97,56
dt_22	Convivenza quotidiana	205	6	1	198	2,93	0,49	96,59
dt_24	Operatori come figure di riferimento	205	7	1	197	3,41	0,49	96,1
dt_43	Regole chiare	205	5	1	199	2,44	0,49	97,07
dt_10	Gestione della libertà	205	4	0	201	1,95	0	98,05

Tabella A4.12 - Codebook

codice completo	Descrizione	occ.
NH_Altro_Comfort	Viene ritenuto nda l'eccessivo comfort, accondiscendenza, accoglienza, l'assecondare troppo i bisogni o rendere tutto troppo facile	1
NH_Altro_Convivenza	Non vengono ritenute utili le esperienze legate alla convivenza con altri	1
NH_Altro_CT	Non viene ritenuta utile la vita di comunità in generale	1
NH_Altro_Durata	Non viene ritenuta utile la lunga durata del trattamento	1
NH_Altro_ExtraCT	L'elemento citato come non di aiuto non ha a che vedere con la CT	1
NH_Altro_TroppiStimoli	Non viene ritenuto utile l'eccesso di stimoli e proposte	1
NH_Altro_Tutto	Niente viene ritenuto di aiuto	1
NH_Artificiosita	Viene ritenuto non di aiuto il fatto che alcune o tutte le esperienze di in CT siano di fatto artificiali, non applicabili alla vita reale, poco ecologicamente valide	3
NH_Attivita	Attività specifiche vengono definite non di aiuto/inutili	23
NH_Farmaci	Vengono citati i farmaci come elemento non di aiuto o eccessivamente impiegato	2
NH_Motivo	Quando gli utenti esplicitano il motivo per cui la tal cosa non è d'aiuto (è una codifica che si sovrappone sempre ad un qualche altro NH)	48
NH_NI	L'utente sta chiaramente facendo riferimento ad un NH ma non risulta interpretabile (ad esempio non è chiaro a chi o cosa faccia riferimento)	15
NH_Niente	L'utente afferma esplicitamente che niente è stato non di aiuto o che tutto gli è stato d'aiuto	42
NH_NonSo	L'utente afferma di non sapere come rispondere alla domanda o di non sapere cosa dire	4
NH_Operator_i_Stile	Critiche a comportamenti o stili degli operatori ritenuti non utili (es troppo permissivi, troppi rimproveri, etc)	6
NH_Pari	il partecipante non ritiene che il confronto/presenza/condivisione di esperienze con altri sia terapeutico	2
NH_Regole_Limiti	Vengono ritenute nda regole che risultano eccessivamente restrittive o limitanti	32
NH_Regole_Limiti_Esterni	Vengono ritenute nda regole che risultano eccessivamente restrittive o limitanti rispetto al rapporto con gli esterni	7
NH_Regole_Limiti_Punizioni	Vengono ritenute nda le punizioni	2
NH_Regole_Procedure	Vengono ritenute nda specifiche procedure/prassi della comunità	16
NH_TempoLibero	Viene ritenuto nda il tempo libero/non strutturato	9
CH_Altro_Accessibilita	Si parla delle difficoltà di accesso al trattamento comunitario	1

CH_Altro_DistanzaRelazionale	Si lamenta una insufficiente vicinanza relazionale/senso di famiglia all'interno della CT	1
CH_Altro_Incuria	Si lamentano le condizioni di incuria degli spazi/luoghi o attrezzature messe a disposizione della CT	1
CH_Altro_Passaggi	L'utente riporta difficoltà in momenti di transizione/cambiamento/passaggi relativi al percorso (es. ingresso, conclusione, altro)	1
CH_Disorganizzazione	Si parla di difficoltà legati a quella che viene percepita come disorganizzazione in CT	6
CH_Motivo	Viene descritto il motivo per cui un certo aspetto della CT rappresenta un problema o una difficoltà	1
CH_NI	Il partecipante sta chiaramente descrivendo una difficoltà, ma non risulta interpretabile (ad esempio a causa di riferimenti troppo specifici, termini gergali, o descrizioni troppo generiche)	1
CH_Operatori	Una sfida in CT è rappresentata proprio dagli operatori, alcuni di essi o i loro comportamenti	9
CH_Personali_Altro	Gli utenti notano come maggiore difficoltà proprio loro stessi, i propri sintomi o aspetti del loro funzionamento	7
CH_Personali_Espressione	Gli utenti notano come maggiore difficoltà proprio loro stessi, i propri sintomi o aspetti del loro funzionamento, in particolare segnalano la loro difficoltà a esprimersi/chiedere aiuto	5
CH_Personali_Fatica	Gli utenti notano come maggiore difficoltà proprio loro stessi, i propri sintomi o aspetti del loro funzionamento, in particolare segnalano la fatica che comporta il percorso comunitario	3
CH_Regole_Limiti	Gli utenti parlano della sfida comportata dalla gestione di regole/limiti/rispetto della struttura in CT	3
CH_Relazioni_Pari	L'utente nomina attriti, conflitti, episodi o fatiche della convivenza con i pari, senza sostenere che relazionarsi sia inutile	11
CH_Relazioni_PariProblematici	la fatica è riferita a persone o comportamenti specifici percepiti come gravi/disturbanti, vissuti come peso, senza tesi sull'inutilità del dispositivo.	7
CH_Scarsita	Gli utenti lamentano limiti nell'offerta della comunità (numero di operatori, varietà delle attività, etc)	5
PTD_Altro_PluralitaSguardi	Ritenuta utile/terapeutica la possibilità di ricevere diversi punti di vista clinici, "sguardi"	1
PTD_Altro_TempoLibero	Ritenuta utile/terapeutica la possibilità di poter fare uso di tempo libero	1
PTD_Attivita_Altro	Vengono nominate come utili/terapeutiche attività della CT generiche, ambigue o non incluse nelle altre categorie	21
PTD_Attivita_Creativa	Arteterapia, teatro, attività espressive e creative.	6
PTD_Attivita_Domestiche	Pulizie quotidiane, compiti di cura della ct/stanza/etc, cucina	14
PTD_Attivita_Fisica	Sport, attività motoria, montagna-terapia, palestra, movimento fisico.	10
PTD_Attivita_Lavoro	Attività lavorative, mansioni domestiche, ruoli operativi nella CT (cucina, pulizie, dispensa, ecc.).	14

PTD_Activita_Svago	attività ricreative, di svago non altrimenti incasellate	6
PTD_Activita_Terapeutica_Altro	attività generiche clinico/terapeutiche o specifiche ma non incluse nelle sottocategorie	17
PTD_Activita_Terapeutica_Artistica	arteterapia, musicoterapia o teatroterapia definiti esplicitamente (se si parla in generale di arte o teatro, viene considerata attivita_creativa)	4
PTD_Activita_Terapeutica_Familiare	Ritenuta utile/terapeutica la terapia familiare	7
PTD_Activita_Terapeutica_Gruppo	Ritenuta utili/terapeutiche attività di gruppo di tipo esplicitamente clinico/educativo (quindi non solo terapia di gruppo o psicodramma anche gruppi benessere, gruppi di ascolto, etc)	28
PTD_Activita_Terapeutica_Psichiatra	Ritenuta utile/terapeutica l'esperienza con lo/la psichiatra	6
PTD_Activita_Terapeutica_Psicologo	Ritenuta utile/terapeutica l'attività di psicoterapia/colloqui psicologici	33
PTD_Activita_UsciteCT	Uscite fatte con la CT, viaggi, etc	14
PTD_Colloqui	Colloqui individuali o citati "in generale" (quindi non sappiamo se psicoterapia o altro) oppure colloqui NON esplicitamente di psicoterapia, ma con operatori, case manager o figure di riferimento.	29
PTD_ContattiEsterni	Ritenuta utile/terapeutica la possibilità di rimanere in contatto con persone significative al di fuori della CT	4
PTD_CT	Risposte che rimandano in modo più diretto possibile al tema della "comunità come cura"	12
PTD_DistanzaAmbienteEsterno	Ritenuta utile/terapeutica la possibilità di prendere le distanze dall'ambiente o famiglia di origine	2
PTD_Farmaci	Ritenuta utile/terapeutica il contributo dei farmaci	13
PTD_Gruppi	Riferimento allo strumento dei gruppi o del gruppo come dispositivo utile senza che però venga esplicitato che si tratta di gruppi terapeutici (clinici o educativi) in senso stretto o legati ad attività specifiche	16
PTD_Motivo	Quando viene detto a cosa è servito il PTE, ma non viene esplicitato un proprio PTM (quando il _motivo non è nella stessa stringa di PTD, inserisco _Edit)	29
PTD_NI	il partecipante fa chiaramente riferimento ad un PTD che però non risulta interpretabile (troppo generico, o con riferimenti troppo vaghi/specifici, o incomprensibile per altri motivi)	1
PTD_Operatori	vengono citati gli operatori come cosa utile, senza far emergere aspetti specifici come la presenza costante o la relazione	4
PTD_PresenzaCostante	Si fa riferimento in particolare al fatto che gli operatori ci sono sempre, sono sempre reperibili	12
PTD_Rete	Quando il pz riconosce l'utilità del fatto che la ct coinvolga familiari e/o altri operatori e strutture fuori dalla CT (è esclusa la terapia familiare in senso stretto, che rientra in PTD_Activita_Terapeutica_Familiare)	13
PTD_SostegnoReinserimento	Ritenuta utile/terapeutica l'accompagnamento/sostegno nel reinserimento all'esterno	5
PTD_Struttura	Viene citato come dispositivo d'aiuto le regole, la struttura, l'organizzazione, le procedure etc	31

PTD_UscitePermessi	Uscite strutturate da solo, permessi, prove casa, contatti con l'esterno organizzati dalla CT.	8
PTD_VivereComunitario	Il vivere insieme agli altri in comunità come dispositivo percepito, sia nelle sue forme concrete e quotidiane (pasti condivisi, routine, momenti comuni) sia come condizione più generale del convivere e dello stare costantemente in mezzo agli altri	16
PTE_Altro_Alleanza	Viene nominata l'alleanza terapeutica	1
PTE_Altro_Benessere	Viene nominato il vissuto di benessere (PTE_Picevolezza esplicita un lato più edonistico)	1
PTE_Altro_CuraDiSe	Utile/terapeutica l'esperienza di potere o riuscire a prendersi cura di sé	1
PTE_Altro_Distrazione	Utile/terapeutica l'esperienza di potersi distrarre dalle sofferenze/fatiche/problemi grazie alle attività e alla vita di CT	1
PTE_Altro_Reciprocità	Utile/terapeutica l'esperienza di reciprocità	1
PTE_Altro_Sperimentarsi	Si nomina l'esperienza dello sperimentarsi	1
PTE_Autenticità	L'esperienza tp è quella di poter essere, farsi vedere ed esprimere per come si è. Generalmente implica un riferimento (anche implicito) a sé e/o a un precedente mascheramento.	9
PTE_Autoefficacia	sentire di farcela, di valere, di essere capace, fierezza per ciò che si è riusciti a fare. Asse: percezione di capacità / riuscita (Bandura). Nota: il referente della capacità dev'essere il sé; la forza/capacità attribuita ai pari o al collettivo va nei codici relazionali.	20
PTE_Autonomia	Esperienza terapeutica di una condizione/capacità globale di autodeterminazione (sentirsi autonomo, scegliere, cavarsela, gestire la propria vita "da solo")	12
PTE_Competenze_Pratiche	Acquisizione di abilità pratiche discrete e nominabili della vita quotidiana ("ho imparato a...": gestire i soldi, cucinare, lavarsi, ecc.); marcatore tipico il verbo imparare + oggetto concreto	4
PTE_Competenze_Skill_Altro	acquisizione di competenze psicologiche/relazionali (es. chiedere aiuto, etc, ...)	31
PTE_Competenze_Skill_Autoregolazione	skill specifica: Autoregolazione	14
PTE_Competenze_Skill_Consapevolezza	Insight, capire se stesso, i propri meccanismi, la propria storia, dare senso alle emozioni. 'Sentirsi visti' resta in Sostegno_Riconoscimento.	67
PTE_Confronto	Esperienza di incontrare altri punti di vista, scambiare opinioni con gli altri e confrontarsi con punti di vista diversi, opinioni schiette e sincere	25
PTE_Empatia	Utile/terapeutica la possibilità di sperimentare l'empatia (verso gli altri o degli altri verso di sé)	3
PTE_Espressione	Esperienza terapeutica di riuscire a esprimere/portare fuori vissuti ed emozioni prima trattenuti; il focus è l'atto di esternalizzazione, a prescindere da riferimenti al "come si è"	45
PTE_Fiducia_InSe	La persona prova fiducia in se stesso/a	2
PTE_Fiducia_Ricevuta	Esperienza terapeutica di assumersi ricevere fiducia	4

PTE_Gentilezza	Esperienza di gentilezza	2
PTE_GestioneConflitti	Utile/terapeutica l'esperienza di vedere modi diversi/mediati/protetti di risoluzione dei conflitti	2
PTE_Liberta	Utile/terapeutica l'esperienza di sentirsi liberi	2
PTE_Miglioramento	ATTENZIONE - qui non deve essere un'esperienza associata/evocata MA il fatto che AVER VISTO LA POSSIBILITÀ DI UN MIGLIORAMENTO (Percezione di trasformazione personale, crescita, rinascita, miglioramento. Include 'riappropriarsi della vita') ha un effetto terapeutico	28
PTE_Motivazione	L'utente riconosce e nomina esplicitamente come terapeutica l'esperienza di ritrovare/sentire una spinta, energia, volontà o intenzione ad agire, cambiare o proseguire il percorso (marcatori: "volontà", "voglia di", "motivazione", "energia per", "spinta a")	14
PTE_Motivo	Quando viene detto a cosa è servito il PTE, ma non viene esplicitato un proprio PTM (quando il _motivo non è nella stessa stringa di PTE, inserisco _Edit)	17
PTE_NI	Viene chiaramente nominato un PTE ma non è interpretabile	15
PTE_Niente	Viene esplicitato il fatto di non aver fatto alcuna esperienza terapeutica in CT	2
PTE_NonGiudizio	Nominare l'esperienza del "non giudizio", anche in senso di "accettazione"	8
PTE_NonSo	L'utente afferma di non sapere cosa rispondere	2
PTE_NuovePossibilita_Interno	L'utente riporta di aver pensato di sè o aver sperimentato cose di sè che non riteneva possibili fuori (interno = mondo interno)	28
PTE_NuovePossibilita_Esterno	L'utente riporta di aver fatto esperienze o aver pensato degli altri o di quello che lo circondava cose che non riteneva possibili fuori (esterno = mondo esterno)	10
PTE_Piacevolezza	Evocazione/associazione di piacevolezza/godimento/gratificazione come elemento rilevante nelle associazioni dell'utente.	32
PTE_Relazione_Esterni_Sostegno	Esperienza di sostegno fruito "da fuori" verso la comunità o la persona, ad es genitori	7
PTE_Relazione_Operatori_Altro	Vivere relazioni significative con operatori (con caratteristiche non descritte dagli specificatori)	42
PTE_Relazione_Operatori_Fiducia	Avere fiducia negli operatori	10
PTE_Relazione_Operatori_Sostegno	(da operatori o CT) Sentirsi aiutato, accompagnato, supportato in senso generico. Usare le sottocategorie se il tipo di sostegno è specificato.	72
PTE_Relazione_Operatori_Sostegno_Ascolto	L'utente nomina esplicitamente l'esperienza di sentirsi ascoltato / lo spazio di ascolto	11
PTE_Relazione_Operatori_Sostegno_Pratico	L'esperienza tp è il sostegno su questioni pratiche/operative (consigli, indicazioni, gestione dei farmaci, etc)	29
PTE_Relazione_Operatori_Sostegno_Regolazione	L'esperienza tp è fare esperienza di regolazione grazie alla presenza/vicinanza dell'altro	30
PTE_Relazione_Operatori_Sostegno_Riconoscimento	Sentirsi visto, capito, validato, accolto nella propria esperienza soggettiva (marcatori: visto, capito come sono, validato, dignità riconosciuta)	14

PTE_Relazione_Operatori_Sostegno_Sicurezza	Sentirsi protetto, al sicuro, contenuto. Usare solo con indicatori espliciti ('protetto', 'al sicuro', 'riparo'). Sottocategoria di prova.	12
PTE_Relazione_Pari_Altro	Vivere relazioni significative con pari	37
PTE_Relazione_Pari_MaschiFemmine	Utile/terapeutica sentire di poter fare un'esperienza possibile/sana di relazione con l'altro sesso	2
PTE_Relazione_Pari_Rispecchiamento	Viene nominata l'importanza di poter vedere negli altri qualcosa che ci riguarda, che ci fa sentire che possiamo essere capiti da chi è a sua volta in difficoltà	7
PTE_Relazione_Pari_Sostegno	Sentirsi aiutato, accompagnato, supportato DAI PARI	22
PTE_Relazioni_Gen_Altro	Vengono valorizzate le relazioni ma in generale senza specificare con chi (se l'utente specifica che sono sia con gli operatori sia con i pari, si siglano entrambe)	20
PTE_Relazioni_Gen_Appartenenza	Vengono valorizzate le relazioni ma in generale senza specificare con chi (se l'utente specifica che sono sia con gli operatori sia con i pari, si siglano entrambe) con riferimento a vissuti di appartenenza	8
PTE_Relazioni_Gen_Fiducia	Vengono valorizzate le relazioni ma in generale senza specificare con chi (se l'utente specifica che sono sia con gli operatori sia con i pari, si siglano entrambe) con riferimento a vissuti di fiducia verso gli altri	6
PTE_Responsabilita	Esperienza terapeutica di assumersi delle responsabilità o vedere gli altri che si assumono delle responsabilità	23
PTE_Rispetto	Utile/terapeutica l'esperienza di sentirsi rispettati, vedere riconosciuta la propria dignità	4
PTE_Sentirsilimportanti	Utile/terapeutica l'esperienza di sentirsi importanti (valore rispecchiato dall'altro: conto per qualcuno, sono importante agli occhi di. Referente esterno, relazionale, eteronomo)	4
PTE_Sfide	Utile/terapeutica l'esperienza di sentirsi messi alla prova	3
PTE_Speranza	Utile/terapeutica l'esperienza di provare speranza	3
PTE_Tolleranza	Utile/terapeutica l'esperienza di vedersi trattati con tolleranza, non eccessiva severità o rigidità	8
PTE_Valore	Esperienza terapeutica di sentire di valere/essere degni in quanto persona (valore interiorizzato/intrinseco: valgo in quanto tale, a prescindere dallo sguardo altrui. Referente interno.)	9

Tabella A4.13 - Riepilogo completo di domini, temi, sotto-temi e codici

Dominio	Tema	Sotto-tema	Codice (forma completa)	Livello	Frequenza (n)	% su N=199
PTE	TEMA 1 - Esperienza Relazionale			DOMINIO	193	97
				TEMA	169	85%
				SOTTO-TEMA	139	70%
		<i>T1.A - Relazione con gli operatori</i>	PTE_Relazione_Operatori_Altro	codice	42	21%
			PTE_Relazione_Operatori_Fiducia	codice	10	5%
			PTE_Relazione_Operatori_Sostegno	codice	72	36%
			PTE_Relazione_Operatori_Sostegno_Regolazione	codice	30	15%
			PTE_Relazione_Operatori_Sostegno_Pratico	codice	29	15%
			PTE_Relazione_Operatori_Sostegno_Riconoscimento	codice	14	7%
			PTE_Relazione_Operatori_Sostegno_Sicurezza	codice	12	6%
			PTE_Relazione_Operatori_Sostegno_Ascolto	codice	11	6%
			PTE_Altro_Alleanza	codice	1	1%
		<i>T1.B - Relazione con i pari</i>		SOTTO-TEMA	58	29%
			PTE_Relazione_Pari_Altro	codice	37	19%
			PTE_Relazione_Pari_Sostegno	codice	22	11%
			PTE_Relazione_Pari_Rispecchiamento	codice	7	4%
			PTE_Relazione_Pari_MaschiFemmine	codice	2	1%
		<i>T1.C - Relazioni in generale</i>		SOTTO-TEMA	33	17%
			PTE_Relazioni_Gen_Altro	codice	20	10%
			PTE_Relazioni_Gen_Appartenenza	codice	8	4%
			PTE_Relazioni_Gen_Fiducia	codice	6	3%
			PTE_Altro_Reciprocita	codice	1	1%
		<i>T1.D - Relazione con gli esterni</i>		SOTTO-TEMA	7	4%

			PTE_Relazione_Esterni_Sostegno	codice	7	4%
		<i>T1.E - Qualità delle relazioni</i>		SOTTO-TEMA	45	23%
			PTE_NonGiudizio	codice	8	4%
			PTE_Rispetto	codice	4	2%
			PTE_Tolleranza	codice	8	4%
			PTE_Gentilezza	codice	2	1%
			PTE_GestioneConflitti	codice	2	1%
			PTE_Empatia	codice	3	2%
			PTE_Confronto	codice	25	13%
	TEMA 2 - Acquisizione di competenze			TEMA	90	45%
		<i>T2.A - Competenze Psicologiche</i>		SOTTO-TEMA	88	44%
			PTE_Competenze_Skill_Consapevolezza	codice	67	34%
			PTE_Competenze_Skill_Altro	codice	31	16%
			PTE_Competenze_Skill_Autoregolazione	codice	14	7%
		<i>T2.B - Competenze Pratiche</i>		SOTTO-TEMA	4	2%
			PTE_Competenze_Pratiche	codice	4	2%
	TEMA 3 - Sentirsi di valore, capaci e artefici del proprio percorso			TEMA	78	39%
			PTE_NuovePossibilita_Interno	codice	28	14%
			PTE_Responsabilita	codice	23	12%
			PTE_Autoefficacia	codice	20	10%
			PTE_Motivazione	codice	14	7%
			PTE_Autonomia	codice	12	6%
			PTE_Valore	codice	9	5%
			PTE_SentirsiImportanti	codice	4	2%
			PTE_Fiducia_Ricevuta	codice	4	2%
			PTE_Sfide	codice	3	2%
			PTE_Fiducia_InSe	codice	2	1%
			PTE_Altro_CuraDiSe	codice	1	1%
			PTE_Altro_Sperimentarsi	codice	1	1%
	TEMA 4 - Espressione e autenticità del sè			TEMA	51	26%
			PTE_Espressione	codice	44	22%
			PTE_Autenticita	codice	9	5%
	TEMA 5 - Dimensione positiva dell'esperienza			TEMA	63	32%
			PTE_Piacevolezza	codice	32	16%

			PTE_Miglioramento	codice	28	14%
			PTE_NuovePossibilita_Esterno	codice	10	5%
			PTE_Liberta	codice	2	1%
			PTE_Speranza	codice	3	2%
			PTE_Altro_Benessere	codice	1	1%
			PTE_Altro_Distrazione	codice	1	1%
			PTE_Salvezza	codice	2	1%
Dominio	Tema	Sotto-tema	Codice (forma completa)	Livello	Frequenza (n)	% su N=199
PTD				DOMINIO	159	80%
	TEMA 1 - Attività proposte dalla CT			TEMA	123	62%
				SOTTO-TEMA	95	48%
		T1.A - Dispositivi clinico-terapeutici (finalità terapeutica esplicita)	PTD_Activita_Terapeutica_Psicologo	codice	33	17%
			PTD_Activita_Terapeutica_Gruppo	codice	28	14%
			PTD_Activita_Terapeutica_Altro	codice	17	9%
			PTD_Activita_Terapeutica_Familiare	codice	7	4%
			PTD_Activita_Terapeutica_Psichiatra	codice	6	3%
			PTD_Activita_Terapeutica_Artistica	codice	4	2%
			PTD_Colloqui	codice	29	15%
			PTD_Farmaci	codice	13	7%
		T1.B - Attività e occupazioni della vita quotidiana (il "fare")		SOTTO-TEMA	46	23%
			PTD_Activita_Domestiche	codice	14	7%
			PTD_Activita_Lavoro	codice	14	7%
			PTD_Activita_UsciteCT	codice	14	7%
			PTD_Activita_Fisica	codice	10	5%
			PTD_Activita_Creativa	codice	6	3%
			PTD_Activita_Svago	codice	6	3%
			PTD_Altro_TempoLibero	codice	1	1%
		T1.C - Attività non meglio definibili		SOTTO-TEMA	21	11%
			PTD_Activita_Altro	codice	21	11%
	TEMA 2 - La comunità come dispositivo (il vivere insieme e la gruppaltà)			TEMA	40	20%
			PTD_VivereComunitario	codice	16	8%
			PTD_Gruppi	codice	16	8%
			PTD_CT	codice	12	6%
			PTD_Altro_PluralitaSguardi	codice	1	1%

	TEMA 3 - Setting e cornice istituzionale			TEMA	43	22%
			PTD_Struttura	codice	31	16%
			PTD_PresenzaCostante	codice	12	6%
			PTD_Operatori	codice	4	2%
	TEMA 4 - Rapporto con l'esterno e reinserimento			TEMA	25	13%
			PTD_Rete	codice	12	6%
			PTD_UscitePermessi	codice	8	4%
			PTD_SostegnoReinserimento	codice	5	3%
			PTD_ContattiEsterni	codice	3	2%
			PTD_DistanzaAmbienteEsterno	codice	2	1%
Dominio	Tema	Sotto-tema	Codice (forma completa)	Livello	Frequenza (n)	% su N=199
NH				DOMINIO	94	47%
	TEMA 1 - Regole, limiti e procedure			TEMA	54	27%
			NH_Regole_Limiti	codice	32	16%
			NH_Regole_Procedure	codice	16	8%
			NH_Regole_Limiti_Esterni	codice	7	4%
			NH_Regole_Limiti_Punizioni	codice	2	1%
	TEMA 2 - Attività o altri dispositivi			TEMA	35	18%
			NH_Attivita	codice	23	12%
			NH_TempoLibero	codice	9	5%
			NH_Farmaci	codice	2	1%
			NH_Altro_TroppiStimoli	codice	1	1%
	TEMA 3 - Aspetti relazionali e di stile			TEMA	8	4%
			NH_Operatori_Stile	codice	6	3%
			NH_Pari	codice	2	1%
	TEMA 4 - Aspetti ambientali e di contesto			TEMA	6	3%
			NH_Artificiosita	codice	3	2%
			NH_Altro_Comfort	codice	1	1%
			NH_Altro_Convivenza	codice	1	1%
			NH_Altro_CT	codice	1	1%
			NH_Altro_Durata	codice	1	1%
Dominio	Tema	Sotto-tema	Codice (forma completa)	Livello	Frequenza (n)	% su N=199
CH				DOMINIO	49	25%
	TEMA 1 - Difficoltà legate a sé (sfida intrapersonale)			TEMA	14	7%
			CH_Personali_Altro	codice	7	4%
			CH_Personali_Espressione	codice	5	3%

			CH_Personali_Fatica	codice	3	2%
	TEMA 2 - Difficoltà relazionali			TEMA	26	13%
		T2.A - Difficoltà nella relazione con i pari		SOTTO-TEMA	18	9%
			CH_Relazioni_Pari	codice	11	6%
			CH_Relazioni_PariProblematici	codice	7	4%
		T2.B - Difficoltà nella relazione con gli operatori		SOTTO-TEMA	10	5%
			CH_Operatori	codice	9	5%
			CH_Altro_DistanzaRelazionale	codice	1	1%
	TEMA 3 - Difficoltà legate all'organizzazione e all'offerta della CT			TEMA	16	8%
			CH_Disorganizzazione	codice	6	3%
			CH_Scarsita	codice	5	3%
			CH_Regole_Limiti	codice	3	2%
			CH_Altro_Incuria	codice	1	1%
			CH_Altro_Accessibilita	codice	1	1%
			CH_Altro_Passaggi	codice	1	1%

Tabella A4.14 - Codici PTE esclusi dalla tematizzazione

codice	n	%	significato
PTE_NI	12	6	non interpretabile / non codificabile
PTE_Niente	2	1	affermazione esplicita che niente è stato utile
PTE_NonSo	2	1	l'utente afferma di non sapere cosa rispondere

Tabella A4.15 - Codici PTD esclusi dalla tematizzazione

codice	n	%	significato
PTD_NI	1	1	non interpretabile / non codificabile

Tabella A4.16 - Codici NH esclusi dalla tematizzazione

codice	n	%	significato
NH_Niente	42	21	affermazione esplicita che niente è stato inutile
NH_NI	13	7	non interpretabile / non codificabile
NH_NonSo	4	2	l'utente afferma di non sapere cosa rispondere
NH_Altro_Tutto	1	1	critica globale e indistinta al percorso
NH_Altro_ExtraCT	1	1	riferimento esperienza non afferenti la CT

Tabella A4.17 - Codici CH esclusi dalla tematizzazione

codice	n	%	significato
CH_NI	1	1	non interpretabile / non codificabile

Appendice 5. Commenti finali dei partecipanti al co-design

Il protocollo del co-design prevedeva che ciascun questionario si concludesse con una sezione a risposta libera, non inclusa nel corpus analitico, in cui ai partecipanti veniva offerta la possibilità di condividere eventuali commenti aggiuntivi.

Su 205 utenti che hanno partecipato allo studio, 62 hanno utilizzato questo spazio. In questa appendice sono riportate tutte le risposte considerate pertinenti alla richiesta, con esclusione delle sole risposte non rilevanti (ad esempio annotazioni tecniche relative alla compilazione del questionario o formule equivalenti a “non ho nulla da aggiungere”). Una volta applicato questo criterio formale, le restanti 54 risposte sono qui presentate nella loro totalità integralmente e senza modifiche, come testimonianza della partecipazione degli utenti e riconoscimento del loro contributo.

La sezione era introdotta dal seguente testo:

“Gentile partecipante,

la ringraziamo per aver dedicato il suo tempo a questo studio e per aver condiviso il suo punto di vista.

In caso avesse deciso di NON completare il questionario, è assolutamente libero di farlo.

Le chiediamo in questo caso di scrivere anche brevemente il motivo della sua scelta così da avere informazioni utili per gli studi futuri e progettare magari uno studio migliore.

In caso avesse completato il questionario, se lo desidera può usare questo spazio per scrivere qualsiasi commento aggiuntivo che desiderasse condividere con i ricercatori.

LA RINGRAZIAMO IN OGNI CASO PER TUTTO QUELLO CHE HA FATTO FINO A QUI.”

Partecipante di 36 anni, da 2 anni e 1 mese in Comunità

E' stato molto utile e intelligente ad avere utilizzato questo questionario veramente

Partecipante di 28 anni, da 1 anno e 3 mesi in Comunità

questa comunità mi ha dato la forza di combattere, cambiare, piangere, essere supportata, mi ha ridato la voglia di cambiare, di essere un'altra persona ma la cosa più importante mi ha dato la voglia di vivere.

Partecipante di 39 anni, da 3 anni e 3 mesi in Comunità

Ringrazio tutti questi anni

Partecipante di 25 anni, da 5 mesi in Comunità

PER AIUTARE LA COMUNITA' SCIENTIFICA E PERCHE' HO A CUORE IL TEMA DELLA DIVULGAZIONE SULLE COMUNITA'

Partecipante di 35 anni, da 6 mesi in Comunità

PREFERISCO RISPONDERE IN TALE MANIERA: OGNI ATTIVITA', PROPOSTA DALLA COMUNITA', E ASSAI PONDERATA, E TALVOLTA, ESEGUITA ANCHE "AD PERSONAM". CREDO CHE CIO SIA SUFFICIENTE.

Partecipante di 33 anni, da 3 anni e 1 mese in Comunità

GRAZIE DI CUORE CHE PRIMA ERA CONGELATO E FRAMMENTATO E ABBIAMO SCALDATO E RICUCITO

Partecipante di 24 anni, da 1 anno e 8 mesi in Comunità

Ho paura del mio futuro spero la comunità possa aiutarmi per potercela fare e essere indipendente e forte, ma sono anche fiducioso per questo. Grazie di avermi permesso di riflettere e ricominciare da qui

Partecipante di 44 anni, da 8 mesi in Comunità

è un percorso faticoso che però mi sta insegnando molto da un punto di vista sociale e di convivenza con gli altri. Sono felice di aver riscoperto il piacere di stare con gli altri.

Partecipante di 51 anni, da 3 anni e 3 mesi in Comunità

libertà#caos, essere sola#essere in famiglia, fare giusto#fare sbagliato
Essere liberi e non offesi da regole che mi hanno fatto soffrire (le spese)

Partecipante di 21 anni, da 2 anni e 2 mesi in Comunità

attraverso la ricerca che trovo molto importante il fatto di migliorare la comunità

Partecipante di 45 anni, da 2 mesi in Comunità

Vi ringrazio di avermi permesso di partecipare a questa ricerca e di aver scelto la nostra struttura. Cordiali saluti.

Partecipante di 24 anni, da 1 mese in Comunità

Questa ricerca credo e spero possa essere utile per i ragazzi che avranno in futuro esperienze comunitarie e anche per far capire agli operatori rispetto alle risposte dei ragazzi come possano far sentire al meglio i "pazienti" cioè noi.

Partecipante di 22 anni, da 2 anni e 2 mesi in Comunità

LASCIATE LE RELAZIONI INTIME FINO A UN CERTO LIVELLO IN COMUNITA'

Partecipante di 26 anni, da 2 anni e 7 mesi in Comunità

Ringrazio le persone che hanno creato questo questionario, mi piace molto condividere. Qui ho lavorato molto, salvezza. Ho inciso canzoni, ho smesso di farmi male, ho controllato gli impulsi. Sono stato aiutato, sono cambiato e con la testa di ora entrerei prima in comunità.

Partecipante di 23 anni, da 10 mesi in Comunità

Vorrei dire che sono grata ai miei Servizi per avermi dato una possibilità di rinascita e alla Comunità perché crede in me, nonostante gli errori commessi e non mi abbandona ma mi esorta a ritornare sulla giusta strada e mi permette di diventare indipendente, responsabile, e soprattutto imparare ad amare.

Partecipante di 19 anni, da 1 anno e 1 mese in Comunità

Ho deciso di partecipare perché ogni ricerca in questo campo sono convinta porterà alla sensibilizzazione e alla conoscenza dell'ambito psichiatrico. È importante conoscere e comprendere le difficoltà che ci sono nel mondo oggi e domani. ♥

Partecipante di 39 anni, da 1 anno in Comunità

la comunità terapeutica residenziale dovrebbe accompagnare ancora di più facendo fare uscite anche con operatore per far conoscere l'ambiente del paziente. Manca un pò di più il reinserimento verso l'esterno.

Partecipante di 33 anni, da 1 mese in Comunità

Sono d'accordo con le regole di questa comunità. Dovrebbe essere d'esempio ad altre. ♥

Partecipante di 57 anni, da 10 mesi in Comunità

TROPPO LUNGO E STANCANTE

Partecipante di 23 anni, da 1 anno e 5 mesi in Comunità

Che sia fatta più attenzione e importanza nei permessi famigliari da incrementarli maggiormente per aiutare la persona a non perdere contatto con mondo esterno per non farlo ritrovare spaesato, o stranito o in peggiori casi spaventato.

Partecipante di 23 anni, da 5 mesi in Comunità

La comunità non è mai stato il posto più adatto a me. Non vedo l'ora di uscire ed essere liber da questa gabbia. Mi sento attanagliatx.

Partecipante di 41 anni, da 11 mesi in Comunità

Dalla mia esperienza personale vorrei esprimere il desiderio che all'inizio del percorso psicoterapeutico comunitario sia abbia un atteggiamento solerte atto a persuadere ogni utente di proseguire con fiducia il percorso senza mai abbandonarlo ... mai

Partecipante di 30 anni, da 1 anno e 8 mesi in Comunità

SAREI FAVOREVOLE A UN FEEDBACK.

Partecipante di 40 anni, da 4 anni in Comunità

Il sostegno degli operatori e dei compagni come anche della propria famiglia è fondamentale e significativo. Le paure sono tante e la solitudine fa sprofondare sempre di più. Se non si è soli ce la si può fare

Partecipante di 21 anni, da 1 mese in Comunità

L'ho scelto perchè è utile tutto ciò che sto facendo i progressi che ho fatto miglioramenti e ringrazio, arrivederci!!!

Partecipante di 28 anni, da 1 anno e 4 mesi in Comunità

Sono consapevole che, purtroppo, non sono riuscito a sfruttare veramente le risorse che questa comunità mi ha offerto, il che è un vero peccato perchè ritengo che potenzialmente siano molto utili. Ciò a causa principalmente del mio prediligere il senso di sicurezza. Per questo la mia valutazione dell'efficacia terapeutica dei vari fattori nei miei confronti è più bassa di quanto ho osservato sia stata per gli altri, o di quanto comunque ipotizzo sarebbe potuta essere se avessi colto le occasioni più pienamente.

Partecipante di 22 anni, da 7 mesi in Comunità

fate vivere i ragazzi a modo ... non fare cose di fretta e furia dobbiamo essere d'accordo da entrambe le parti come l'uscita di gruppo come multifamiliare Non sforzate i ragazzi!!!

Partecipante di 45 anni, da 6 anni in Comunità

Mi piacerebbe fare la terapia di gruppo come all'UDC dove ero prima

Partecipante di 69 anni, da 30 anni in Comunità

CIELO, TERRA E MARE cosa c'è dopo ?

Partecipante di 33 anni, da 2 anni e 6 mesi in Comunità

Grazie per la vostra ricerca.

Partecipante di 32 anni, da 5 mesi in Comunità

Trovo lo sviluppo graduale di un percorso di recupero con condivisione delle problematiche un punto cruciale, nello sviluppo delle persone, come me con problematiche. E avere l'opportunità di utilizzare la fiducia è uno sforzo verso la creazione di nuove prospettive, per chi non le ha mai avute.

Partecipante di 19 anni, da 1 anno e 4 mesi in Comunità

Fate qualcosa! ☺

Oh! non siamo strani semplicemente siamo diversi

Partecipante di 21 anni, da 1 anno e 1 mese in Comunità

GRAZIE

Partecipante di 53 anni, da 3 anni in Comunità

L'aver trascorso in serenità questo momento per la compilazione del questionario con un'operatrice con cui avevo avuto una brusca discussione, mi ha messo di buon umore

Partecipante di 27 anni, da 2 mesi in Comunità

per poter aiutare la ricerca a fare nuovi sviluppi e poter aiutare sempre più al meglio persone che hanno i miei stessi problemi. Senza ricerca non c'è sviluppo.

Partecipante di 49 anni, da 2 anni e 3 mesi in Comunità

:-) Ho trovato molto utile il questionario perché mi ha fatto capire in modo preciso il mio lavoro all'interno della comunità.

Partecipante di 43 anni, da 4 mesi in Comunità

Ho trovato nella comunità le giuste regole per una vita regolare e soprattutto tanto appoggio. Sono andata via perché i miei figli avevano bisogno di me e non sbagliavo.

Partecipante di 38 anni, da 1 mese in Comunità

meno colloqui notturni e/o durante la somministrazione della terapia farmacologica

Partecipante di 32 anni, da 10 mesi in Comunità

Grazie di cuore dottoressa, chi ha fatto questo questionario

Partecipante di 33 anni, da 8 mesi in Comunità

Ringrazio la comunità per avermi dato fiducia e grazie a questa fiducia l'ho ritrovata in me stesso, non dimenticherò. Grazie anche della ricerca.

Partecipante di 50 anni, da 1 anno e 6 mesi in Comunità

Questa comunità mi ha permesso di trovare dei nuovi amici e di stare bene con gli altri in comunità e di convivere con persone a cui voglio bene.

Partecipante di 30 anni, da 3 mesi in Comunità

La parte che mi manca è l'interazione con l'esterno la condivisione dei miei progressi con la mia famiglia, per non sentirla così lontana.

Partecipante di 22 anni, da 5 mesi in Comunità

Questo posto e le persone che lo compongono mi hanno aiutato tanto. Se dando il mio contributo, posso aiutare altre comunità ad aiutare i loro pazienti, sono lieto di farlo. Inoltre, penso che il fatto che questa comunità sia ricca di psicologi sempre disponibili a parlare, aiuti molto.

Partecipante di 50 anni, da 5 mesi in Comunità

La comunità è molto utile per tutte le persone in difficoltà per abusi di sostanze, situazioni di disagio personale, ma soprattutto che conta è la riabilitazione della persona in generale.

Partecipante di 26 anni, da 1 anno e 4 mesi in Comunità

Grazie a voi

Partecipante di 31 anni, da 2 anni in Comunità

Non vedo l'ora di tornare a casa ma sinceramente sia a livello farmacologico che a livello psicologico la comunità mi è servita tanto.

Partecipante di 44 anni, da 2 anni e 4 mesi in Comunità

Sono in fase di dimissioni. All'inizio odiavo questo posto, poi ho cominciato ad apprezzarlo. Mi hanno dato molto sia il gruppo ospiti che gli operatori.

Partecipante di 29 anni, da 2 anni e 5 mesi in Comunità

Penso che gli operatori in turno dovrebbero essere almeno 3 perché a volte in 2 fanno fatica a seguirci in caso di bisogno. Ci dovrebbero essere meno divieti perché fuori non c'è nessuno a darceli e lavorare molto su questi e per farlo servirebbe un'attenzione in più verso ognuno di noi e non essere lasciati a se stessi in tantissime occasioni. Lavorare molto di più sui disturbi alimentari che sono sempre più presenti nelle persone, in questo io non ho trovato aiuto, soltanto in minima parte. A volte non lo comunico per niente nemmeno agli operatori perché è inutile. In questo caso mi sento abbandonata a me stessa e sento che non ho risolto tante cose in comunità.

Partecipante di 27 anni, da 10 mesi in Comunità

Spero che sia utile a voi!

Partecipante di 34 anni, da 1 anno e 6 mesi in Comunità

Si fanno attività interessanti, ma si confonde la costanza con le capacità e le scelte con le capacità

Partecipante di 31 anni, da 2 anni in Comunità

Il questionario riporta una realtà parziale della clinica che l'affidato in cura deve affrontare per poter riuscire nel percorrerla, dove la troppa generalizzazione possono portare ad una consapevolezza rispetto il concetto di guarigione, di per sé fin troppo destabilizzante e temuta.

Partecipante di 20 anni, da 5 mesi in Comunità

la comunità serve MOLTO per proiettarsi sul futuro e sul presente e riprende in mano la propria vita

Partecipante di 35 anni, da 3 anni e 11 mesi in Comunità

Non nevica più d'inverno come quando ero piccolo. Ciò mi rende triste.

Partecipante di 22 anni, da 3 mesi in Comunità

Ho deciso di compilare il questionario per aiutare i ricercatori e di conseguenza noi pazienti

BIBLIOGRAFIA

AGENAS (2023). Documento di indirizzo contenente indicazioni per la promozione della partecipazione/co-produzione dei pazienti, dei cittadini e della comunità nell'ambito delle Case della Comunità,

https://data.agenas.it/web/documenti/01_Documento_di_Indirizzo_partecipazione_co-produzione_CdC_Dic.2023.pdf

Ainsworth, M. D., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child development*, 41(1), 49–67.

Akaike, H. (1974). A new look at the statistical model identification. *IEEE Transactions on Automatic Control*, 19(6), 716–723. <https://doi.org/10.1109/TAC.1974.1100705>

An, J., Wang, Q., Bai, Z., Du, X., Yu, D., & Mo, X. (2025). Global burden and trend of substance use disorders, self-harm, and interpersonal violence from 1990 to 2021, with projection to 2040. *BMC Public Health*, 25, 1632. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22814-0>

Arias, D., Saxena, S., & Verguet, S. (2022). Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. *EClinicalMedicine*, 54.

Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224. <https://doi.org/10.1080/0194436690897722>

Ashcroft, R., Menear, M., Silveira, J., Dahrouge, S., Emode, M., Booton, J., & McKenzie, K. (2021). Inequities in the delivery of mental health care: a grounded theory study of the policy context of primary care. *International journal for equity in health*, 20(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01492-5>

Babini, V. P. (2009). *Liberi tutti. Manicomi e psichiatria in Italia: una storia del Novecento*. Bologna: Il Mulino.

Bacha, K., Hanley, T., & Winter, L. A. (2020). 'Like a human being, I was an equal, I wasn't just a patient': Service users' perspectives on their experiences of relationships with staff in mental health

services. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(2), 397-415.

<https://doi.org/10.1111/papt.12218>

Bacha, Z., Reavey, P., & Willig, C. (2020). Dignity and respect: An example of service user leadership and co-production in mental health research. *Health Expectations*, 23(6), 1397-1405.

<https://doi.org/10.1111/hex.13121>

Backett-Milburn, K., & McKie, L. (1999). A critical appraisal of the draw and write technique. *Health Education Research*, 14(3), 387–398.

Barbieri, A., Peyhardi, J., Conroy, T., Gourgou, S., Lavergne, C., & Mollevi, C. (2017). Item response models for the longitudinal analysis of health-related quality of life in cancer clinical trials. *BMC Medical Research Methodology*, 17, 148. <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0410-9>

Barreto, K. I., Carvalho, M. C., Ronzani, T. M., & Bastos, F. I. (2024). Intervention diversity predicts social rehabilitation indicators at discharge in Therapeutic Communities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 156, 209213. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2023.209213>

Bartlett, M. S. (1950). Tests of significance in factor analysis. *British Journal of Psychology*, 3(2), 77–85. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1950.tb00285.x>

Basaglia, F. (a cura di). (1968). *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Torino: Einaudi.

Besier, T., Fegert, J., & Goldbeck, L. (2009). Evaluation of psychiatric liaison-services for adolescents in residential group homes. *European Psychiatry*, 24, 483 - 489.

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.02.006>.

Brailas, A. (2020). Using drawings in qualitative interviews: An introduction to the practice. *The Qualitative Report*, 25(12), 4447-4460.

Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328–352.

<https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>

- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3–26. <https://doi.org/10.1037/qup0000196>
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G. (2019). Thematic analysis. In P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of research methods in health and social sciences* (pp. 843–860). Springer.
- Burnham, K. P., & Anderson, D. R. (2002). *Model selection and multimodel inference: A practical information-theoretic approach* (2nd ed.). Springer. <https://doi.org/10.1007/b97636>
- Butterfield, L. D., Borgen, W. A., Amundson, N. E., & Maglio, A. S. T. (2005). Fifty years of the critical incident technique: 1954-2004 and beyond. *Qualitative research*, 5(4), 475-497.
- Byrne, N., Regan, C., & Livingston, G. (2006). Adherence to treatment in mood disorders. *Current opinion in psychiatry*, 19(1), 44-49.
- Campion, J., & Campion, J. (2019). Public mental health. In *Oxford Textbook of Public Health* (pp. 1-20). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-70554-5_31
- Capone, G., Schroder, T., Clarke, S., & Braham, L. (2016). Outcomes of therapeutic community treatment for personality disorder. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 37(2), 84-100. <https://doi.org/10.1108/TC-09-2015-0023>
- Cappelletti, P. (2018). Il Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) e SIPMeL. *Riv Ital Med Lab* 14, 61-65 <https://doi.org/10.1007/s13631-018-0196-8>
- Charles, Gafni & Whelan (1997), "Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?" (*Social Science & Medicine*, 44(5), 681-692).
- Chisholm, D. (2015). Investing in mental health. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 21 (7), 531-537. <https://doi.org/10.26719/2015.21.7.531>
- Christensen, R. H. B. (2025). ordinal: Regression models for ordinal data. R package. <https://CRAN.R-project.org/package=ordinal>
- Clarke, J., & Waring, J. (2018). The transformative role of interaction rituals within therapeutic

communities. *Sociology of Health & Illness*, 40(8), 1277-1293. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12773>

Clarke, J., Clarke, S., & Rees, H. (2016). Relationships in therapeutic communities: The impact of the relational context on the therapeutic process. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 18(4), 347-363. <https://doi.org/10.1080/13642537.2016.1237612>

Coelho, A., Oliveira, A., Fonseca, F., Pereira, J., Heitor, M. J., Dixe, M. A., ... & Querido, A. (2022). Mental health patient-reported outcomes and experiences assessment in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11153. <https://doi.org/10.3390/ijerph191811153>

Costello, A. B., & Osborne, J. W. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 10, Article 7. <https://doi.org/10.7275/jyj1-4868>

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655.

Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE

Crittenden, P. M., & Landini, A. (2008). *Il modello dinamico-maturativo dell'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore

Cunningham, M., & Wells, M. (2017). Qualitative analysis of 6961 free-text comments from the first National Cancer Patient Experience Survey in Scotland. *BMJ Open*, 7(6), e015726. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015726>

Cutcliffe, J. R., Hummelvoll, J. K., & Øye, C. (2016). Considering the contemporary issues and unresolved challenges facing therapeutic communities. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(11), 829-838. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1224282>

De Leon, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method.*, Springer Publishing Company

De Leon, G., & Unterrainer, H. F. (2020). The therapeutic community: A unique social psychological approach to the treatment of addictions and related disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 786.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00786>

Delman, J., Arntz, D., Whitman, A., Skiest, H., Kritikos, K., Alves, P., Chambers, V., Markley, R., Martinez, J., Piltch, C., Whitney-Sarles, S., London, J., Shtasel, D., & Cather, C. (2024). Using Community-Based Participatory Research to Conduct a Collaborative Needs Assessment of Mental Health Service Users: Identifying Research Questions and Building Academic-Community Trust. *Health promotion practice*, 25(5), 855–864. <https://doi-org.unimib.idm.oclc.org/10.1177/15248399231171144>

De Salis, I., Owen-Smith, A., Donovan, J. L., & Seneviratne, S. (2023). A realist review of therapeutic communities for substance misuse: Identifying what works, for whom, and in what circumstances. *Drug and Alcohol Review*, 42(2), 289-304. <https://doi.org/10.1111/dar.13565>

Debaere, V., Vanheule, S., & Inslegers, R. (2016). Changing encounters with the other: A focus group study on the process of change in a therapeutic community. *Psychoanalytic Psychology*, 33(2), 324-342.
<https://doi.org/10.1037/a0038933>

Donabedian A. (1988). The quality of care. How can it be assessed?. *JAMA*, 260(12), 1743–1748.
<https://doi-org.unimib.idm.oclc.org/10.1001/jama.260.12.1743>

Doogan, N. J., & Warren, K. (2017). A network of helping: Generalized reciprocity and cooperative behavior in response to peer and staff affirmations and corrections in a therapeutic community. *Addiction Research & Theory*, 25(3), 243-250. <https://doi.org/10.1080/16066359.2016.1249864>

Duncan C, Weich S, Fenton SJ, Twigg L, Moon G, Madan J, Singh SP, Crepaz-Keay D, Parsons H, Bhui K. A realist approach to the evaluation of complex mental health interventions. *Br J Psychiatry*. 2018 Aug;213(2):451-453. doi: 10.1192/bjp.2018.96. PMID: 30027875.

Elliott, R. (2008). Research on client experiences of therapy: Introduction to the special section.

Psychotherapy Research, 18(3), 239–242. <https://doi.org/10.1080/10503300802074513>

Engström, I., Hansson, L., Ali, L., Berg, J., Ekstedt, M., Engström, S., Fredriksson, M., Liliemark, J., & Lytsy, P. (2023). Relational continuity may give better clinical outcomes in patients with serious mental illness - a systematic review. *BMC Psychiatry*, 23. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05440-1>.

Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4(3), 272–299. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.3.272>

Fassino, S., Ferrero, A., Pieró, A., Mongelli, E., Caviglia, M., Delsedime, N., Busso, F., Rambaudi, A., Candellieri, S., & Daga, G. (2004). Rehabilitative residential treatment in patients with severe mental disorders: personality features associated with short-term outcome.. *The American journal of orthopsychiatry*, 74 1, 33-42 . <https://doi.org/10.1037/0002-9432.74.1.33>.

Ferruta, A., Foresti, G., & Vigorelli, M. (2012). *La comunità terapeutica: Realtà e prospettive*. Cortina Raffaello.

Fetters, M. D., Curry, L. A., & Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs—Principles and practices. *Health Services Research*, 48(6 Pt 2), 2134–2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>

FitzGerald, K., Seale, N. S., Kerins, C. A., & McElvaney, R. (2008). The critical incident technique: a useful tool for conducting qualitative research. *Journal of dental education*, 72(3), 299-304.

Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological bulletin*, 51(4), 327.

Flora, K. (2022). Understanding the therapeutic factors of the initial treatment phase in a residential treatment setting: a qualitative approach. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 43(1), 65-74.

Funk, M., & Bold, N. D. (2020). WHO's QualityRights Initiative: Transforming Services and Promoting Rights in Mental Health. *Health and human rights*, 22(1), 69-75.

- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137-150.
- Giorgi, I., Sguazzin, C., Baiardi, P., Simone, A., & Tesio, L. (2006). A group therapy assessment tool (GrETha-Q). *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 28(1 Suppl 1), 61-70.
- Girolamo, G., & Bassi, M. (2004). Residential facilities as the new scenario of long-term psychiatric care. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, 275-281. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000133830.04049.7b>.
- Gorbenko, O., Stein, A., Levitan, B., Howe, R., Fernan, C., Quartey, N., ... & Perfetto, E. (2022). Co-creating with patients an impact framework across the medicine's life cycle: a qualitative study exploring patients' experiences of involvement in and perceptions of impact measures. *Research Involvement and Engagement*, 8(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s40900-022-00334-0>
- Graffigna, G., Barelo, S., Palamenghi, L., & Lucchi, F. (2020). "Co-production Compass" (COCO): An analytical framework for monitoring patient preferences in co-production of healthcare services in mental health settings. *Frontiers in Medicine*, 7, 279. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00279>
- Greenhalgh, T., Hinton, L., Finlay, T., Macfarlane, A., Fahy, N., Clyde, B., Chant, A. (2019). Frameworks for supporting patient and public involvement in research: systematic review and co-design pilot. *Health expectations*, 22(4), 785-801.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82. doi:10.1177/1525822X05279903
- Guillemin, M. (2004). Understanding illness: Using drawings as a research method. *Qualitative health research*, 14(2), 272-289.
- Hayton, J. C., Allen, D. G., & Scarpello, V. (2004). Factor retention decisions in exploratory factor analysis: A tutorial on parallel analysis. *Organizational Research Methods*, 7(2), 191–205. <https://doi.org/10.1177/1094428104263675>
- Hedeker, D. (2015). Methods for multilevel ordinal data in prevention research. *Prevention Science*, 16,

997–1006.<https://CRAN.R-project.org/package=ordinal>

Herrin, J., Harris, K. G., Kenward, K., Hines, S., Joshi, M. S., & Frosch, D. L. (2016). Patient and family engagement: a survey of US hospital practices. *BMJ quality & safety*, 25(3), 182-189. DOI:

10.1136/bmjqs-2015-004006

Holgado-Tello, F. P., Chacón-Moscoso, S., Barbero-García, I., & Vila-Abad, E. (2010). Polychoric versus Pearson correlations in exploratory and confirmatory factor analysis of ordinal variables. *Quality & Quantity*, 44(1), 153–166. <https://doi.org/10.1007/s11135-008-9190-y>

Huas, C., Durand, D., & Godart, N. (2021). The evaluation of therapeutic residential care for adolescents and young adults in France: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 609365.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.609365>

Hudon, C., Tribble, D. S., Bravo, G., Houle, N., Khalil, A., & Soubhi, H. (2021). Reconciling validity and challenges of patient comfort and understanding: Guidelines to patient-oriented questionnaires. *Health Expectations*, 24(6), 2187-2199. <https://doi.org/10.1111/HEX.13373>

INVOLVE (2012) Developing training and support for public involvement in research. INVOLVE, Eastleigh.

Javaid, S. F., Hashim, M. J., Stip, E., Samad, M. A., & Ahbabi, A. A. (2023). Epidemiology of anxiety disorders: Global burden and sociodemographic associations. **Middle East Current Psychiatry**, *30*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00315-3>

Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31–36.

<https://doi.org/10.1007/BF02291575>

Kearney, K. S., & Hyle, A. E. (2004). Drawing out emotions: The use of participant-produced drawings in qualitative inquiry. *Qualitative research*, 4(3), 361-382.

Kennard, D. (2000). *An introduction to therapeutic communities* (2nd ed.). Jessica Kingsley Publishers.

Khanthavudh, C., Grealish, A., Tzouvara, V., & Leamy, M. (2025). Identifying priorities for enhancing

village health volunteer's mental health recovery practices in Thai rural communities: A nominal group technique study. *Health Expectations*, 28(1), e70455. <https://doi.org/10.1111/HEX.70455>

King, J., Dow, B., & Stevenson, B. (2016). Measuring outcomes for TC clients: Higher Ground Drug Rehabilitation Trust. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 37(4), 188-197. <https://doi.org/10.1108/TC-03-2016-0007>

King, N., & Brooks, J. (2018). Thematic analysis in organisational research. In C. Cassell, A. L. Cunliffe, & G. Grandy (Eds.), *The Sage handbook of qualitative business and management research methods* (pp. 219–236). Sage.

Kristensen, S., Holmskov, J., Baandrup, L., Videbech, P., Bonde, M., & Mainz, J. (2022). Evaluating the implementation and use of patient-reported outcome measures in a mental health hospital in Denmark: a qualitative study. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(1), mzab155. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab155>

Krupnick, J. L., Elkin, I., Collins, J., Simmens, S., Sotsky, S. M., Pilkonis, P. A., & Watkins, J. T. (1994). Therapeutic alliance and clinical outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Preliminary findings. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(1), 28.

Lance, C. E., Butts, M. M., & Michels, L. C. (2006). The sources of four commonly reported cutoff criteria: What did they really say?. *Organizational research methods*, 9(2), 202-220.

Landi, G., Miotto, V., Barp, A., & Tasca, G. A. (2021). Validazione italiana della forma breve del Therapeutic Factors Inventory (TFI-8) in campioni clinici e non clinici. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 55(3), 425–442.

Landi, G., Simoni, E., Landi, I., Galeazzi, G. M., Moscara, M., Pighi, M., ... & Di Lorenzo, R. (2021). Therapeutic factors in a psychiatric group therapy: A preliminary validation of Therapeutic Factors Inventory-8, Italian version. *Psychiatric Quarterly*, 92, 523-536.

Leichtman, M., Leichtman, M., Barber, C., & Neese, D. (2001). Effectiveness of intensive short-term residential treatment with severely disturbed adolescents.. *The American journal of orthopsychiatry*, 71 2,

227-35 . <https://doi.org/10.1037/0002-9432.71.2.227>.

Lenth, R. V., & Piaskowski, J. (2026). emmeans: Estimated marginal means, aka least-squares means. R package version 2.0.3. <https://CRAN.R-project.org/package=emmeans>

Lese, K. P., & MacNair-Semands, R. R. (2000). The Therapeutic Factors Inventory: Development of a scale. *Group*, 24(4), 303–317. <https://doi.org/10.1023/A:1026616626780>

Li, E., Kealy, D., Aafjes-van Doorn, K., McCollum, J., Curtis, J. T., Luo, X., & Silberschatz, G. (2025). "It felt like I was being tailored to the treatment rather than the treatment being tailored to me": Patient experiences of helpful and unhelpful psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 35(5), 695–709. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2360448>

Lindvig, G. R., Pedersen, P. V., & Johansen, C. (2019). 'It's not just a lot of words'. A qualitative exploration of residents' descriptions of helpful relationships in supportive housing. *European Journal of Social Work*, 22(6), 1009-1020. <https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1461070>

Macnair-Semands, R. R., Ogrodniczuk, J. S., & Joyce, A. S. (2010). Structure and initial validation of a short form of the therapeutic factors inventory. *International journal of group psychotherapy*, 60(2), 245–281. <https://doi-org.unimib.idm.oclc.org/10.1521/ijgp.2010.60.2.245>

Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. doi:10.1177/1049732315617444

Manella, G., Pieretti, G., Landi, A., & Genetti, B. (2019). San Patrignano. Lessons from the Italian experience. In *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* (pp. 179-195). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-26273-0_9

McCarron, T.L., Moffat, K., Wilkinson, F., Zelinsky, S., Boyd, J.M., White, D., Hassay, D., Lorenzetti, D.L., Marlett, N.J., & Noseworthy, T. (2019). Understanding patient engagement in health system decision-making: a co-designed scoping review. *Systematic Review*, 8(1), 1-10. DOI:10.1186/s13643-019-0994-8

- McIntyre, R. S., Suppes, T., Tandon, R., Ostacher, M., Frye, M. A., Altman, S., ... & Yatham, L. N. (2022). Patient-reported outcome measures for life engagement in mental health: a systematic review. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 6(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s41687-022-00468-5>
- McNeill, M., Noyek, S., Engeda, E., & Fayed, N. (2021). Assessing the engagement of children and families in selecting patient-reported outcomes (PROs) and developing their measures: a systematic review. *Quality of Life Research*, 30(1), 1-18. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02690-4>
- Milton, A., Hambleton, A., Roberts, R., Dowling, M., Olson, S., Baune, B. T., & Batterham, P. J. (2024). Co-production of a flexibly delivered relapse prevention tool to support self-management for long-term mental health conditions: A co-design and user-testing study. *JMIR Formative Research*, 8, e49110. <https://doi.org/10.2196/49110>
- Ministero della Salute (2013). Le strutture residenziali psichiatriche - Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013 , https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2460_allegato.pdf
- Moghim, E., Leung, A. K., Taha, S., Chinnery, A., Hadjipavlou, G., & Dobson, K. S. (2023). Mental health challenges, treatment experiences, and care needs of post-secondary students: a cross-sectional mixed-methods study. *BMC Public Health*, 23(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15452-x>
- Moitra, M., Owens, S., Hailemariam, M., Wilson, K. S., Mensa-Kwao, A., Gonesse, G., Kamamia, C. K., White, B., Young, D. M., & Collins, P. Y. (2023). Global mental health: Where we are and where we are going. *Current Psychiatry Reports*, 25(7), 301–311. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01426-8>
- Moore, G. F., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., ... & Wight, D. (2015). Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*, 350, h1258.
- Moseya, N., Mashegoane, S., Govender, S., & Makhubela, M. (2020). Consciring subjects: Q methodology described. *Health SA Gesondheid*, 25, a1163. DOI: 10.4102/hsag.v25i0.1163
- Mutschler, C., Junaid, S., Tellez, C., Franco, G., Gryspeerdt, C., & Bushe, J. (2021). Community-based residential treatment for alcohol and substance use problems: a realist review. *Health & Social Care in the Community*, 29(6), 1943-1967. <https://doi.org/10.1111/hsc.13511>

- Nabatchi, T., Sancino, A., & Sicilia, M. (2017). Varieties of participation in public services: The who, when, and what of coproduction. *Public administration review*, 77(5), 766-776.
- O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Academic medicine*, 89(9), 1245-1251.
- O'Cathain, A., & Thomas, K. J. (2004). "Any other comments?" Open questions on questionnaires—a bane or a bonus to research?. *BMC medical research methodology*, 4(1), 25.
- O'Connor, C., & Joffe, H. (2020). Intercoder reliability in qualitative research: Debates and practical guidelines. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1–13.
<https://doi.org/10.1177/1609406919899220>
- Osborne, S. P., Strokosch, K., & Radnor, Z. (2018). Co-production and the co-creation of value in public services: A perspective from service management 1. In *Co-production and co-creation* (pp. 18-26). Routledge.
- Pain, H. (2012). A literature review to evaluate the choice and use of visual methods. *International Journal of Qualitative Methods*, 11(4), 303–319.
- Parker, S., Dark, F., Newman, E., Hanley, D., McKinlay, W., & Hadfield, K. (2021). Consumer experiences of community-based residential mental health rehabilitation for severe and persistent mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(1), 108-119. <https://doi.org/10.1111/inm.12762>
- Parker, S., Dark, F., Newman, E., Korman, N., Meurk, C., & Siskind, D. (2024). Life is better but not without challenges: Experiences following discharge from community-based residential mental health rehabilitation—A qualitative content analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 59(1), 123-134. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02485-3>
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pearce, S., & Haigh, R. (2017). *The theory and practice of democratic therapeutic community treatment*. Jessica Kingsley Publishers.

Pearce, S., & Pickard, R. (2013). Therapeutic communities: What works and how to measure it. *Therapeutic Communities: The International Journal for Therapeutic and Supportive Organisations*, 34(3–4), 165–175.

Perry, S. W., Rainey, J. C., Allison, S., Bastiampillai, T., Wong, M. L., Licinio, J., Sharfstein, S. S., & Wilcox, H. C. (2022). Achieving health equity in US suicides: a narrative review and commentary. *BMC public health*, 22(1), 1360. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13596-w>

Perryman, C., & Dingle, G. A. (2015). A systematic review of the methodologies used in research related to adult drug and alcohol rehabilitation in therapeutic communities published 2000-2013. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 36(4), 190-208. <https://doi.org/10.1108/TC-01-2015-0003>

Pocobello, R., Camilli, F., Ridente, P., Caloro, G., Balice, M. G., Tibaldi, G., Macario, M., d'Alema, M., Gulino, E., & El Sehity, T. (2024). Evaluating Open Dialogue in Italian mental health services: evidence from a multisite prospective cohort study. *Frontiers in psychology*, 15, 1428689. <https://doi-org.unimib.idm.oclc.org/10.3389/fpsyg.2024.1428689>

Porter, M. E. (2010). What is value in health care?. *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481.

Priebe, S., Golden, E., McCabe, R., et al. (2012). Patient-reported outcome data in community mental health: psychometric properties. *BMC Psychiatry*, 12, 113.

R Core Team. (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing. <https://www.R-project.org/>

Rapaport, R. N. (1960). *Community as doctor: New perspectives on a therapeutic community*. Tavistock Publications.

Rehm, J., & Shield, K. (2019). Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>.

Reja, U., Manfreda, K. L., Hlebec, V., & Vehovar, V. (2003). Open-ended vs. close-ended questions in

web questionnaires. *Developments in applied statistics*, 19(1), 159-177.

Restek-Petrović, B., Bogović, A., Orešković-Krezler, N., Grah, M., Mihanović, M., & Ivezić, E. (2014). The perceived importance of Yalom's therapeutic factors in psychodynamic group psychotherapy for patients with psychosis. *Group Analysis*, 47(4), 456–471. <https://doi.org/10.1177/0533316414554160>

Revelle, W. (2025). *psych: Procedures for psychological, psychometric, and personality research*. R package version 2.5.6. Northwestern University. <https://CRAN.R-project.org/package=psych>

Richards, K. A. R., & Hemphill, M. A. (2018). A practical guide to collaborative qualitative data analysis. *Journal of Teaching in Physical Education*, 37(2), 225–231. <https://doi.org/10.1123/jtpe.2017-0084>

Ritchie, J., & Spencer, L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. In A. Bryman & R. G. Burgess (Eds.), *Analysing qualitative data* (pp. 173–194). Taylor & Francis.

Roe, D., Slade, M., & Jones, N. (2022). The utility of patient-reported outcome measures in mental health. *World Psychiatry*, 21(2), 258-259. <https://doi.org/10.1002/wps.20924>

Rogers, A. (2009). Advancing the expert patient?. *Primary Health Care Research & Development*, 10(3), 167-176.

Rush, B., Urbanoski, K., Bassani, D., Castel, S., Wild, T. C., Strike, C., Kimberley, D., & Somers, J. (2021). Protocol for outcome evaluation of ayahuasca-assisted addiction treatment: The case of Takiwasi Center. *Frontiers in Pharmacology*, 12, 659644. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.659644>

Sacristán, J. A., Aguarón, A., Avendaño-Solá, C., Garrido, P., Carrión, J., Gutiérrez, A. et al. (2016). Patient involvement in clinical research: why, when, and how. *Patient preference and adherence*, 10, 631-640.

Salvi, V., Boccardo, F., Giannini, P., & Corulli, M. (2016). Treatment outcomes of psychiatric rehabilitation: a follow-up study at an Italian therapeutic community. *Rivista di Psichiatria*, 51(2), 63-70. <https://doi.org/10.1708/2246.24198>

Sampogna, G., Del Vecchio, V., De Rosa, C., Giallonardo, V., Luciano, M., Palummo, C., Di Vincenzo, M., & Fiorillo, A. (2021). Community mental health services in Italy. *Current Psychiatry Reports*, 23(11), 1-8. <https://doi.org/10.17816/CP76>

Saraceno, B., Freeman, M., Funk, M., & World Health Organization. (2009). Public mental health. World Health Organization. <https://scispace.com/papers/public-mental-health-1rntekj0cb>

Saunders, C. H., Sierpe, A., von Plessen, C., Kennedy, A. M., Leviton, L. C., Bernstein, S. L., Goldwag, J., King, J. R., Marx, C. M., Pogue, J. A., Saunders, R. K., Van Citters, A., Yen, R. W., Elwyn, G., & Leyenaar, J. K. (2023). Practical thematic analysis: A guide for multidisciplinary health services research teams engaging in qualitative analysis. *BMJ*, 381, e074256. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-074256>

Simula, A., & Lunesu, L. (2020). L'efficacia del trattamento comunitario delle dipendenze. Analisi di follow-up nella comunità 'Casa di Giano' di Trento. *Mission*, 54, 23-33. <https://doi.org/10.3280/MIS54-2020OA10860>

Skivington, K., Matthews, L., Simpson, S. A., Craig, P., Baird, J., Blazeby, J. M., ... & Moore, L. (2021). A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. *bmj*, 374.

Slade, M. (2014). Using outcomes in routine clinical practice to support recovery. In *Mental Health Outcome Measures* (3rd ed.). Cambridge University Press.

Slattery, P., Saeri, A. K., & Bragge, P. (2020). Research co-design in health: a rapid overview of reviews. *Health research policy and systems*, 18(1), 17. <https://doi-org.unimib.idm.oclc.org/10.1186/s12961-020-0528-9>

Staniszewska, S., Adebajo, A., Barber, R., Beresford, P., Brady, L. M., Brett, J., ... & Williamson, T. (2017). Developing the evidence base of patient and public involvement in health and social care research: A journey, not a destination. *Health Expectations*, 20(3), 406–420.

Suárez-Castro, D., López-Castro, J., & Fernández-Hermida, J. R. (2023). Relapse rates after treatment in Therapeutic Communities: A systematic review. *Adicciones*, 35(1), 1-15.

<https://doi.org/10.20882/adicciones.1530>

Tasca, G. A., Cabrera, C., Kristjansson, E., MacNair-Semands, R., Joyce, A. S., & Ogrodniczuk, J. S. (2016). The therapeutic factor inventory-8: Using item response theory to create a brief scale for continuous process monitoring for group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 26(2), 131-145.

Taylor, J. E., Rousselet, G. A., Scheepers, C., & Sereno, S. C. (2023). Rating norms should be calculated from cumulative link mixed effects models. *Behavior Research Methods*, 55, 2175–2196.

<https://doi.org/10.3758/s13428-022-01814-7>

Thapa Bajgain, K., Santana, M. J., Marques, C., Korczak, D., Guilcher, S. J., Monga, S., ... & Dimitropoulos, G. (2024). Prioritizing patient reported outcome measures (PROMs) to use in the clinical care of youth living with mental health concerns: a nominal group technique study. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 8(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s41687-024-00694-z>

Timulak, L. (2007). Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 17(3), 305–314.

<https://doi.org/10.1080/10503300600608116>

Trevillion, K., Stuart, R., Ocloo, J., Broeckelmann, E., Jeffreys, S., Jeynes, T., Allen, D., Russell, J., Billings, J., Crawford, M. J., Dale, O., Haigh, R., Moran, P., McNicholas, S., Nicholls, V., Foye, U., Simpson, A., Lloyd-Evans, B., Johnson, S., & Oram, S. (2022). Service user perspectives of community mental health services for people with complex emotional needs: a co-produced qualitative interview study. *BMC psychiatry*, 22(1), 55. <https://doi-org.unimib.idm.oclc.org/10.1186/s12888-021-03605-4>

Vanderplasschen, W., Vandevelde, S., & De Bourdeaudhuij, I. (2013). Therapeutic communities for addictions: A review of their effectiveness from a recovery perspective. *The Scientific World Journal*, 2013, 427247.

Vattimo, G., & Rovatti, P. A. (a cura di). (1983). *Il pensiero debole*. Milano: Feltrinelli

Veldmeijer, L., Terlouw, G., van Os, J., van 't Veer, J., & Boonstra, N. (2023). The involvement of service users and people with lived experience in mental health care innovation through design: Systematic

review. *JMIR Mental Health*, 10, e46590. <https://doi.org/10.2196/46590>

Viana, M. C., Kazdin, A. E., Harris, M. G., Stein, D. J., Vigo, D. V., Hwang, I., Manoukian, S. M., Sampson, N. A., Alonso, J., Andrade, L. H., Borges, G., Bunting, B., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., de Jonge, P., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Moskalewicz, J., ... World Mental Health Survey collaborators (2025). Barriers to 12-month treatment of common anxiety, mood, and substance use disorders in the World Mental Health (WMH) surveys. *International journal of mental health systems*, 19(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s13033-024-00658-2>

Viergever, R. F. (2019). The critical incident technique: method or methodology?. *Qualitative health research*, 29(7), 1065-1079.

von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., Vandenbroucke, J. P., & STROBE Initiative. (2007). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *PLoS Medicine*, 4(10), e296. doi:10.1371/journal.pmed.0040296

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277

Warren, K. (2020). Seniority and the transmission of norms in a therapeutic community: A social network analysis. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 41(1), 1-10. <https://doi.org/10.1108/TC-06-2019-0013>

Watts, S. & Stenner, P. (2012). Doing the fieldwork: participants, materials and procedure. In: Watts, S. & Stenner, P. *Doing Q Methodological Research: Theory, Method and Interpretation*. London, UK: SAGE Publications; p. 69-90.

Whiteley J. S., Collis M. (1997), "I fattori terapeutici nella psicoterapia di gruppo, applicati alla comunità terapeutica". In Corulli, M., *Terapeutico e Antiterapeutico*, Bollati Boringhieri ed., Torino, 1997, pp. 29-40.

Wickham, H., & Bryan, J. (2023). readxl: Read Excel files. R package version 1.4.2.

<https://CRAN.R-project.org/package=readxl>

Wickham, H., François, R., Henry, L., Müller, K., & Vaughan, D. (2023). dplyr: A grammar of data manipulation. R package version 1.1.2. <https://CRAN.R-project.org/package=dplyr>

Woolford, J., Patterson, T., Macleod, E., Hobbs, L., & Hayne, H. (2015). Drawing helps children to talk about their presenting problems during a mental health assessment. *Clinical child psychology and psychiatry*, 20(1), 68-83.

World Health Organization (2016) Patient engagement: technical series on safer primary care. Geneva: World Health Organization, 2016.

World Health Organization. (2018). Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. In Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care.

World Health Organization. (2021). Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: WHO

Zapparoli, G. C. (2009). Introduzione al modello dell'integrazione funzionale nella patologia grave. Dialogos.

Ringraziamenti

Desidero esprimere la mia più sentita gratitudine al mio supervisore, il Prof. Lorenzo Mantovani, per aver sostenuto senza riserve la mia libertà scientifica e intellettuale, e per la generosità con cui mi ha affidato responsabilità e accordato fiducia, senza mai dissimularne gli oneri. A lui devo insegnamenti fondamentali, di sanità pubblica e di vita.

Un ringraziamento profondo va alle straordinarie donne e ricercatrici del CESP, dalle quali ho imparato moltissimo, e al mio speciale dirimpettaio.

Questo lavoro di ricerca è stato possibile anche grazie al Comitato Scientifico di Mito&Realtà, e in particolare a Marta Vigorelli e Francesca Colombo, alle tesiste e tesisti che ci hanno accompagnato lungo tutto il progetto, ai referenti delle comunità coinvolte e, soprattutto, ai residenti in comunità, che si sono dati con generosità ad un lavoro per tutti impegnativo.

Desidero infine ringraziare la mia famiglia: il mio bambino, nato nel corso di questo corso di dottorato, il mio speciale compagno Tommaso, e i nostri genitori, senza il cui sostegno, dopo la nascita di Z., forse non sarebbe stato possibile arrivare fino a qui. Ti aspettiamo Pix.

