



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI ALDO MORO

SCUOLA DI MEDICINA

**Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica**

Dipartimento di Biomedicina Traslazionale e Neuroscienze

*Direttore Prof. Alessandro Bertolino*

---

**TESI DI LAUREA RIABILITATIVO - SPERIMENTALE**

***Mental Health Recovery Star e Recovery:  
correlazione tra pianificazione degli obiettivi S.M.A.R.T. ed  
Empowerment***

**Relatore**

Chiar.mo Prof. Antonio Rampino

**Correlatori**

Chiar.ma Prof.ssa Michela Di Matteo

Chiar.ma dott.ssa Monica Rosa Ciraci

**Laureanda**  
Arianna Sacco

---

Anno Accademico 2022/2023

*“Un passo indietro  
poi sempre avanti”  
- Eiichirō Oda -*

*“Chi sogna  
arriva prima di chi pensa”  
- Roberto Benigni -*

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>3</b>
<b>CAPITOLO 1</b>	
<b>INTRODUZIONE ALLA PSICHIATRIA</b>	<b>5</b>
1.1 CENNI DI STORIA	5
1.2 LA LEGISLAZIONE PSICHIATRICA IN ITALIA	12
1.3 LA RIVOLUZIONE CULTURALE DI FRANCO BASAGLIA	17
1.4 COSA ACCADDE DOPO LA LEGGE BASAGLIA	25
1.5 LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	31
1.6 IL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	37
1.7 PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO INDIVIDUALE	45
1.8 IL CENTRO DIURNO	48
<b>CAPITOLO 2</b>	
<b>LA RIABILITAZIONE COME STRADA VERSO LA <i>RECOVERY</i></b>	<b>51</b>
2.1 IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE	51
2.2 IL MODELLO VULNERABILITÀ – STRESS – DIATESI	57
2.3 LE FUNZIONI ESECUTIVE	66
2.4 LA FILOSOFIA DELLA <i>RECOVERY</i>	73
2.5 LA CULTURA DELL’ <i>EPOWERMENT</i>	83
2.6 LA <i>MENTAL HEALTH RECOVERY STAR</i>	93
<b>CAPITOLO 3</b>	
<b><i>RECOVERY</i> &amp; CENTRO DIURNO</b>	<b>110</b>
3.1 OBIETTIVI	110
3.2 MATERIALI E METODI	110
3.3 INDAGINI STATISTICHE E RISULTATI	128
3.4 DISCUSSIONE	159
<b>CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE</b>	<b>161</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>165</b>
<b>SITOGRAFIA</b>	<b>173</b>
<b>ALLEGATI</b>	<b>175</b>

## INTRODUZIONE

Il seguente elaborato di tesi si pone come obiettivo quello di trovare la risposta ad una domanda che, durante il corso dei miei studi, un giorno è affiorata alla mia mente: È possibile guarire dalla malattia mentale? E se sì, come?

La risposta ha avuto un effetto dirompente; mi ha travolta causando una vera e propria crisi interiore poiché ho acquisito la consapevolezza che, guidare le persone affette da disagio psichico verso una prospettiva di guarigione, sarebbe stato anche compito mio, di conseguenza, la loro condizione di ripresa personale dipende anche da me.

Quindi ho realizzato che, diventando un Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, venivo investita di una incommensurabile responsabilità; ne sarei stata all'altezza? E se sbaglio quali potrebbero essere le conseguenze? Possiedo le competenze necessarie?

Cominciando a pormi tutta una serie di domande simili, è iniziato un percorso di profondo cambiamento che mi ha guidata verso un modo di pormi, sia nei confronti delle cose che delle persone, sempre diverso fino a quando ho capito l'importanza di riuscire a cogliere degli insegnamenti dalle situazioni che affrontavo, in modo tale da acquisire conoscenze e competenze sempre nuove dandomi la possibilità di potermi reinventare continuamente.

In questo modo mi è stato possibile interiorizzare quello che considero l'insegnamento più importante di tutti; al momento in cui si verifica una situazione di "rottura interiore" che genera dolore e tristezza, seguirà sempre una condizione di serenità che darà vita ad un nuovo equilibrio interiore. Ma questo può accadere soltanto attraverso la trasformazione del dolore in una spinta motore di cambiamento; soltanto in questo modo è possibile sviluppare conoscenze e competenze sempre nuove da poter trasmettere.

Inoltre, l'acquisizione di questa nuova *forma mentis* (ma non solo), mi ha permesso di prendere parte al corso di formazione necessario per poter utilizzare la *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup> svoltosi a Brescia.

Per poter spiegare al meglio la funzionalità e la costituzione di questo strumento, di seguito, si riporta la presentazione che si trova sul sito ufficiale del Chiaro del Bosco O.N.L.U.S. poiché unica associazione in Italia a detenere i diritti per erogare il corso di formazione<sup>1</sup>: la *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup> è uno strumento elaborato da Triangle Consulting nel 2011

---

<sup>1</sup> <https://ilchiarodelbosco.org/progetto-recovery-star/>

su mandato del Mental Health Providers Forum ed è il prodotto di una ricerca-azione condotta con la partecipazione di operatori ed utenti di diversi servizi di salute mentale di area londinese utilizzando metodi qualitativi e quantitativi. La sua finalità è quella di supportare l'utente ed il suo operatore di riferimento nella definizione, nel monitoraggio e nella valutazione dei percorsi di cura e riabilitazione basati sui principi delle pratiche orientate alla guaribilità. Non si tratta quindi di una scala di valutazione tradizionale e non si pone neppure in alternativa a strumenti come HoNOS, VADO, LSP, etc.: il rationale del suo utilizzo sta nello stimolare la partecipazione attiva e la responsabilizzazione degli utenti e della loro rete naturale nell'individuazione e nel raggiungimento di obiettivi dei piani di trattamento individualizzati. Il quadro teorico di riferimento della Recovery Star™ fa quindi riferimento alla coproduzione, all'empowerment, alla valorizzazione dell'esperienza vissuta in prima persona dagli utenti dei servizi e al ruolo di facilitazione degli operatori rispetto ad un percorso di cambiamento personale. A differenza di altri strumenti infatti la Recovery Star™ fa proprio un modello di cambiamento che nasce da ricerche sulle esperienze di malattia e di guarigione descritte da più persone soprattutto nei paesi anglosassoni (ma non solo): la "scala del cambiamento" che ne deriva costituisce il motore concettuale dello strumento e offre all'utente e all'operatore indicazioni non solo per la valutazione del punto a cui un percorso individuale è arrivato ma anche un supporto nell'identificare gli interventi più adatti nelle diverse fasi della scala del cambiamento. La Star consente di valutare dieci aree: salute mentale, life-skills, lavoro, dipendenze, responsabilità, reti sociali, relazioni personali, speranza, cura di sé, identità ed autostima. Si tratta di uno strumento estremamente flessibile che può essere proposto dagli operatori agli utenti, a livello individuale o di gruppo e può anche essere presentato da utenti formati ad altri utenti.

La possibilità datami dal Chiaro del Bosco O.N.L.U.S. di prendere parte al corso di formazione, è stata di fondamentale importanza poiché mi ha dato l'opportunità di conseguire la certificazione ed autorizzazione per l'utilizzo dello strumento; in questo modo ho avuto la possibilità di sperimentare in maniera diretta le mie capacità e competenze di guida nell'intraprendere un percorso di *recovery* insieme agli utenti che hanno partecipato allo studio sperimentale di questo elaborato, rendendo questa tesi la dimostrazione di ciò che io ho imparato da loro e dalle persone che, ad oggi, considero i miei mentori.

# CAPITOLO 1

## INTRODUZIONE ALLA PSICHIATRIA

*“È più importante sapere che tipo di persona abbia una malattia  
che sapere che tipo di malattia abbia una persona”*  
- Ippocrate -

### 1.1 CENNI DI STORIA

L’etimologia del termine “follia”<sup>2</sup> possiede radici antiche, infatti, viene fatta risalire alla parola latina *follis* che significava “vuoto” o “pieno d’aria”; quindi, veniva utilizzata per indicare dei contenitori in cui non vi era nulla all’interno.

Ad oggi questo termine, in ambito medico e tra gli operatori della salute mentale, è ormai in disuso (oppure, in alcuni casi, dovrebbe esserlo) ma purtroppo, nella società moderna, termini come “pazzo” e “matto” sono ancora utilizzati per indicare e descrivere coloro che soffrono di una patologia mentale.

Se si indaga sull’etimologia di queste altre due parole, si viene a conoscenza di un fatto alquanto bizzarro poiché:

- Il termine “matto”<sup>3</sup> deriva, anch’esso, dalla lingua latina e, in particolare, dal termine *mattus* che significava “stupido” o “stolto”
- La parola “pazzo”<sup>4</sup> origina dal latino *patiens* ovvero “paziente” o “che patisce”, ma anche “sudicio”

Sono tutti termini che nascono con significati profondamente diversi ma che, nel corso del tempo, sono diventati tra loro sinonimi e parte integrante del repertorio di parole che vengono adottate tutt’oggi.

Con il progressivo susseguirsi delle diverse culture nel corso dei millenni il concetto della follia è profondamente mutato e, con questo, anche la sua interpretazione.

Per l’antica civiltà occidentale, prima la società greca e successivamente quella romana, la

---

<sup>2</sup> <https://www.treccani.it/vocabolario/follia/>

<sup>3</sup> <https://www.treccani.it/vocabolario/matto1/>

<sup>4</sup> <https://www.treccani.it/vocabolario/ricerca/pazzo/>

folia era considerata come pura manifestazione del divino; un messaggio che gli Dei inviavano agli uomini affinché questi potessero interpretarlo.

Il significato che veniva attribuito era, spesso, di connotazione negativa; la furia delle divinità era stata scatenata da qualcuno che aveva arrecato loro un'ingiuria e, per questo, doveva essere punito.

Nonostante ciò, il primo tentativo di superamento della concezione religiosa e superstiziosa dell'insorgenza del disturbo mentale, ha origine proprio nell'antica civiltà greca con Ippocrate.

Il filosofo concepì quella che viene chiamata "teoria umorale"<sup>5</sup> e che rivoluzionò in modo radicale il concetto di medicina poiché, attraverso questa, Ippocrate provò a fornire una spiegazione eziologica dell'insorgenza delle malattie considerando la mente ed il corpo come un'unica realtà e mai come due entità separate e distinte.

Il concetto fondante della teoria umorale è rappresentato dall'equilibrio; affinché l'essere umano sia in una condizione di salute, i quattro "umori" che lo costituiscono devono essere mantenuti in uno stato di armonia fra di loro.

Nel caso in cui si verifichi uno sbilanciamento di questa condizione, insorge lo stato malattia sia nel fisico che nella mente.

Le quattro sostanze che identifica Ippocrate sono, a loro volta, in relazione con i quattro elementi fondanti e immutabili che costituiscono il Mondo (una teoria di pensiero introdotta dal filosofo Anassimene nel VI secolo a.C.);

- Bile nera: legata alla terra, con proprietà quali freddo e secchezza e la cui sede è la milza
- Bile gialla: legata al fuoco, con proprietà quali caldo e secchezza e situata nel fegato
- Sangue: legato all'aria, con proprietà di caldo e umidità e la cui sede è il cuore
- Flegma: legato all'acqua, con proprietà di freddo e umidità e situata nella testa

Nel sistema umorale, poiché mente e corpo sono considerati un'unica entità, Ippocrate stabilisce che tra questi due elementi esiste una relazione di causalità: qualsiasi alterazione della funzionalità corporea può avere una risonanza sull'interiorità provocandone un cambiamento.

---

<sup>5</sup> Van der Eijk P. (2012) *Greek Medicine from Hippocrates to Galen: Selected Papers*. Boston: Brill, pp. 97-261; Vita A., Dell'Osso L. & Mucci A. (2018) *Manuale di Clinica e Riabilitazione Psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale. Volume 1: Psichiatria Clinica*. Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l., pp. 3-4

Poiché il funzionamento del corpo viene espletato dal rapporto fra i quattro umori, lo sbilanciamento di uno di questi, determinato da un loro accumulo o da una riduzione, è la causa principale di alcuni comportamenti caratteristici. Questi vennero identificati da Galeno in quanto fu colui che, in epoca romana, riprese ed arricchì l'eredità di Ippocrate.

Galeno approfondì le relazioni di causa-effetto tra lo squilibrio degli umori e i comportamenti, il modo di essere e i pensieri degli uomini, teorizzando l'esistenza di quattro tipologie di temperamento<sup>6</sup> andando a configurare una tra le più antiche teorie sull'esistenza di diverse categorie di personalità;

- Melanconico: prevalenza di bile nera, queste persone possiedono un temperamento caratterizzato da suscettibilità e tristezza
- Collerico: prevalenza di bile gialla, queste persone possiedono un temperamento passionale e vitale e sono particolarmente inclini all'ira
- Sanguigno: prevalenza del sangue, queste persone possiedono un temperamento caratterizzato da socievolezza, allegria, ottimismo e fiducia in sé stessi
- Flemmatico: prevalenza di flegma, queste persone possiedono un temperamento caratterizzato da riflessione, tranquillità e pigrizia

Avendo descritto le principali considerazioni medico-psichiatriche più innovative dell'era antica, possiamo ora vagliare il progredire scientifico dei periodi storici successivi.

Nonostante il medioevo sia stato un millennio complesso, sarebbe sbagliato considerarlo un periodo storico di assoluto declino dal punto di vista sia scientifico che culturale; in realtà si è trattato di un'epoca che ha subito una profonda deviazione, rispetto all'età classica, per quanto riguarda i metodi utilizzati per lo studio dei fenomeni scientifici che comprende anche lo sviluppo delle conoscenze nel campo della psichiatria.

Durante l'era medioevale, l'origine dei disturbi psichiatrici era esclusivamente attribuita all'intervento di forze metafisiche; le manifestazioni tipiche del disagio psichico erano espressione diretta di tutto ciò che riguardava la sfera religiosa sia da un punto di vista positivo che negativo.

I disturbi psichiatrici venivano quindi spiegati attraverso il principio alla base di ogni culto

---

<sup>6</sup> Van der Eijk P. (2012) *Greek Medicine from Hippocrates to Galen: Selected Papers*. Boston: Brill, pp. 97-261; Vita A., Dell'Osso L. & Mucci A. (2018) *Manuale di Clinica e Riabilitazione Psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale. Volume 1: Psichiatria Clinica*. Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l., pp. 3-4



religioso, ovvero, la contrapposizione tra “bene” e “male” infatti, se da un lato la follia era prova di debolezza morale e castigo divino, dall’altro aveva anche connotazione positiva in quanto la persona aveva ricevuto da Dio la possibilità di accedere a dei saperi trascendentali e celati al resto dell’umanità.

Nonostante questa visione dualistica, le persone affette da disagio psichico venivano comunque relegate ai margini della società senza esserne, tuttavia, completamente esclusi. Inoltre, la figura del “folle” divenne spesso oggetto di opere artistiche, teatrali e letterarie.

Successivamente, durante il Rinascimento e il Seicento, la visione magica e religiosa attribuita ai disagi psichici andò via via sostituendosi ad una dottrina di pensiero che individuava, come origine dei disturbi mentali, una causa prettamente fisica da ricercare a livello cerebrale.

Per di più, con la rapida ascesa della classe borghese, si adottò una politica di dura repressione verso tutto ciò che non dava nessun contributo di produttività nella società, di conseguenza i malati di mente, se prima erano i “matti” del villaggio che venivano tollerati e compatiti, adesso erano diventati un vero e proprio peso per la società e, in quanto tale, dovevano essere allontanati poiché erano sinonimo di improduttività.

Comincia, pertanto, a farsi strada un’ideologia crudele, caratterizzata da isolamento e reclusione; le manifestazioni delle patologie mentali non erano compatibili con la vita nella società, quindi, queste persone iniziarono ad essere allontanate e recluse all’interno dei lebbrosari che erano rimasti inutilizzati, fino ad allora, a causa della scomparsa della lebbra; così come i lebbrosi, le persone affette da patologia psichica saranno rinchiusi in questi istituti con il solo fine di allontanarle ed isolarle dalla comunità adottando delle misure contenitive di tipo fisico che prevedevano anche l’utilizzo di corde e catene.

In questo periodo iniziano a prendere piede tutte quelle teorie che accostano il disagio psichico alla criminalità e alla delinquenza, andando a porre le fondamenta di un concetto estremamente diffuso ancora oggi; la correlazione tra il malato di mente e la pericolosità che, in Italia, fu oggetto di studio e approfondimento del medico Cesare Lombroso.

Sarà soltanto con l’influenza dell’Illuminismo che le patologie psichiche inizieranno ad essere trattate con strumenti e modalità scientifiche; durante questo periodo sarà Philippe Pinel a dare inizio alla svolta decisiva che cambiò radicalmente la concezione delle malattie

mentali. Lo psichiatra francese era in contrasto con le teorie eziologiche, riguardanti la malattia mentale, che si erano consolidate nel Settecento; lui riteneva che le cause scatenanti di queste manifestazioni fossero degli eventi specifici che l'individuo aveva vissuto, e non delle patologie cerebrali.

Pinel, quindi, propone una nuova metodologia di trattamento in netto contrasto con l'isolamento e la contenzione fisica che, fino a quel momento, erano stati adottati, ovvero, quello che lui chiama "trattamento morale"<sup>7</sup>; questa tecnica prevedeva un'attenzione particolare per la sfera emotiva ed etica dell'individuo poiché, secondo Pinel, coloro che si erano ammalati, avevano in comune l'aver avuto uno stile di vita smodato che aveva causato un conflitto interno. Di conseguenza, lo psichiatra liberò dalle loro catene i malati; un gesto simbolico ma che decretò un profondo cambiamento.

Nell'opera *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* Pinel, oltre a descrivere il trattamento morale, identifica quelle che, secondo lui, erano le principali cause della malattia mentale quindi, oltre aver vissuto uno stile di vita eccessivo, individua l'elemento dell'ereditarietà, l'isolamento sociale e particolari fenomeni fisici, tra cui l'alcolismo e le lesioni cerebrali.

Durante la fine del Settecento e per l'intera durata dell'Ottocento, grazie alla traduzione del suo trattato, le idee di Pinel si diffusero in tutta Europa ispirando diversi studiosi dell'epoca e dando inizio allo sviluppo di nuovi paradigmi e concezioni epistemologiche.

Una delle conseguenze più importanti scaturite dalle idee di Pinel, fu la riconcettualizzazione degli istituti psichiatrici; se prima erano luoghi in cui le persone affette da disagio psichico erano reclusi e incatenate, adesso sono luoghi in cui queste malattie vengono curate: nascono, quindi, i manicomi.

Sarà proprio agli inizi dell'Ottocento, poi, che verrà coniato il termine "psichiatria" dal medico tedesco Johann Christian Reil unendo due termini di origine greca: *psychè* che significa "spirito", "anima" e *iatrea* che corrisponde a "cura", quindi, la disciplina medica che si occupa della "cura dell'anima".

Nonostante il grande passo in avanti nel considerare i manicomi come luoghi di cura, questi istituti saranno costruiti al di fuori del perimetro cittadino rimarcando la differenza tra i

---

<sup>7</sup> Murphy E. (2003) Storia della scienza. L'Ottocento: Scienze mediche. Psichiatria e istituzioni. In: Enciclopedia Treccani

malati di mente, internati e allontanati dalla comunità cittadina, e le persone “normali” che potevano svolgere un ruolo nella società.

All'interno di questi luoghi, a causa dell'elevata presenza di pazienti, iniziarono i primi studi osservazionali ed empirici di queste malattie determinando le prime differenziazioni e classificazioni dei sintomi.

Di conseguenza, a causa delle scarse conoscenze in questo ambito della medicina, iniziarono le prime cure sperimentali di questi disturbi che consistevano, molto spesso, in metodi poco ortodossi e privi di alcuna comprovata dimostrazione scientifica.

Molti di questi metodi “curativi” avevano, come unico fine, quello di far cessare lo stato di agitazione psicomotoria affinché non si verificassero situazioni di potenziale pericolo di violenza eterodiretta e autodiretta; di conseguenza, la quasi totalità delle misure adottate avevano, sul malato di mente, un effetto prettamente sedativo.

Alcune delle pratiche utilizzate per interrompere lo stato di agitazione erano: i salassi, le terapie lassative, la somministrazione di oppiacei e della canapa, la piretoterapia, l'elettroshock, la terapia insulinica, le docce fredde, poi, successivamente, l'utilizzo della psicotomia in cui venivano asportate determinate porzioni cerebrali.

In merito a questo Foucault, nella sua opera “Storia della Follia in età classica” scrive che con un senso tutto nuovo e in una cultura molto differente, queste forme resisteranno, soprattutto quella importante di una separazione rigorosa che è esclusione sociale ma reintegrazione spirituale<sup>8</sup>.

L'idea che caratteristiche come la delinquenza e l'indegnità che affliggevano la società fossero tratti ereditari, acquisì ampio credito entro la fine del secolo e, di conseguenza, si cercò sempre più di allontanare ed emarginare la causa di queste problematiche; i malati di mente e la “follia” che questi portavano con loro.

La società, quindi, aveva l'onere di estirpare tutte queste anomalie attraverso l'isolamento, la rieducazione, la cura e la sterilizzazione; tutte pratiche svolte all'interno dei manicomi cittadini.

Dunque, per questa ragione, i manicomi divennero delle vere e proprie cittadine a sé composte da strade, calzolai, falegnamerie, panifici, lavanderie e da un cimitero, inoltre,

---

<sup>8</sup> Foucault M. (1980) Storia della follia nell'Età Classica. In appendice i saggi: La follia, l'assenza di opera e Il mio corpo, Questo foglio, Questo fuoco. Milano: BUR Rizzoli, pp. 6-7

spesso era presente un orto, in modo tale che i pazienti potessero curarlo facendo diventare il manicomio, alle volte, anche autosufficiente.

Tutti questi servizi presenti nei manicomi, poiché la società rimarcava in modo netto la separazione tra la “normalità” e la follia, erano gestiti dai pazienti stessi; questo era giustificato dal fatto che, secondo il pensiero dell’epoca, le pratiche curative a cui questi pazienti dovevano essere sottoposti dovevano essere eseguite su tre livelli:

- Sottoporsi alle terapie mediche e farmacologiche
- Seguire il trattamento morale, quindi dare affetto al paziente esplorando la sua dimensione emozionale per curare la sfera dei valori e principi che si era frammentata
- Eseguire inderogabilmente un particolare tipo lavoro con regolarità poiché, solo lo svolgimento di una mansione, poteva educare alla disciplina e alla responsabilità.

Le malattie mentali, quindi, affiancano l’umanità da tempo immemore poiché la follia è presente fin dall’antichità e, le modalità con cui queste vengono trattate, variano in relazione al luogo a cui facciamo riferimento poiché ogni società si fonda non solo su convinzioni e credenze morali, ma anche sulla quantità e qualità di risorse disponibili da impiegare nel progresso e nella ricerca in questo campo; di conseguenza cambiano anche i paradigmi di pensiero che si instaurano.

Parallelamente al susseguirsi dei diversi periodi storici, il concetto di “follia” ha subito profondi mutamenti poiché si evince come l’uomo ne sia sempre stato affascinato ma, allo stesso tempo, ha anche sempre covato un profondo terrore nei confronti di questa.

Risulta quindi evidente come si sia fatto dei malati di mente un vero e proprio capro espiatorio da imputare per tutte le problematiche che affliggevano la comunità e, in quanto portatori della colpa di aver instillato nella società piaghe come la delinquenza e l’immoralità, dovevano essere isolati ed esclusi affinché questa potesse risanarsi.

Siamo quindi di fronte ad un atto profondamente discriminatorio; ciò che veniva considerato discorde, strano, anormale doveva essere emarginato sia fisicamente che socialmente, in modo tale che non potesse avere in alcun modo la possibilità di intaccare la “normalità”.

## 1.2 LA LEGISLAZIONE PSICHIATRICA IN ITALIA

Per la psichiatria italiana il Novecento è stato un secolo buio ma anche di grandi conquiste, soprattutto grazie allo psichiatra e neurologo Franco Basaglia in quanto, con la sua idea progressista di “psichiatria di comunità” (prendendo spunto dall’esperienza inglese di Maxwell Jones), diede ai malati psichiatrici la dignità che la prolungata degenza in manicomio aveva tolto loro.

Per poter osservare l’evoluzione che la psichiatria ha avuto durante questo secolo, soprattutto in Italia, è costruttivo, nonché doveroso, ripercorrere la legislazione psichiatrica che ha caratterizzato il nostro Paese, ponendo particolare attenzione sulle leggi più rilevanti.

In Italia non si è mai strutturato un quadro giuridico-normativo uniforme che riguardasse la sfera della malattia mentale; la prima legge a trattare e regolamentare la gestione delle persone affette da disagio psichico fu introdotta durante il governo di Giovanni Giolitti nel 1904.

La legge 14 febbraio 1904 n. 36 “*Disposizione sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*” segnala, già nel suo titolo, le necessità che avevano portato alla promulgazione di questa prima legislazione; l’esigenza di salvaguardare e preservare la società dalla follia che viene definita “alienazione” di cui si riporta, di seguito, una definizione:

*“Sinonimo di pazzia. A rigore d’etimologia, il concetto di alienazione mentale implica un cambiamento profondo della personalità del malato, che deve trovarsi come “fuori di sé”<sup>9</sup>*

Sappiamo che, le diverse legislazioni promulgate nel corso del tempo, sono espressione delle conoscenze e della cultura dell’epoca a cui facciamo riferimento; agli inizi del Novecento i malati psichiatrici erano considerati un problema da nascondere e allontanare il più possibile dal resto della comunità considerandoli quasi una popolazione a parte, che viveva in un luogo diverso e posizionato il più lontano possibile, quindi, nella periferia limitrofa alle città.

Si adotta una politica di scissione tra il malato di mente e la società rimarcando, sia fisicamente che giuridicamente, la differenza tra la follia e la normalità, non a caso viene utilizzato il termine “alienazione” nel titolo della legge poiché, chi è “alienato di mente” è

---

<sup>9</sup> Tanzi E, Lugaro E. & La Torre M. (1929) Alienazione mentale. In: Enciclopedia Treccani

qualcuno che ha perso la ragione, l'identità e che non è più in sé; qualcuno che ha perso il proprio ruolo all'interno della società, un ruolo che non potrà più ritrovare quindi, come unica soluzione, deve essere rinchiuso nei manicomi.

La legge del 1904 si fondava su due principi cardine:

- La pericolosità verso di sé e verso gli altri
- Il pubblico scandalo

Qualsiasi persona, quindi, che violava i principi etico-morali dell'epoca in presenza di un gruppo di cittadini oppure che metteva in atto qualsiasi azione che poteva essere vista come rischiosa per l'incolumità propria e altrui, poteva essere segnalato alle autorità e internato in manicomio poiché considerato "alienato di mente" e, di conseguenza, non più in grado di vivere all'interno della società.

Si riporta di seguito un estratto del primo articolo di tale legge:

*“Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi. Sono compresi sotto questa denominazione, agli effetti della presente legge, tutti quegli istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere”<sup>10</sup>*

Questi due principi, ad oggi, possono essere considerati fallaci poiché non sono concetti universali; non possono essere applicati indipendentemente dal luogo e dal contesto storico. Inoltre, questa legge, propone una visione della cura che è subordinata alla reclusione, ovvero, non può esistere intervento terapeutico senza la condizione di isolamento sia fisico che sociale. I malati di mente non solo venivano isolati a vita nei manicomi, venivano anche segnati nel casellario giudiziario in modo tale che non potessero più esercitare i propri diritti civili.

Questa legge legittima, quindi, un una modalità di accesso ai manicomi estremamente facilitata con la naturale conseguenza che, in questi istituti, venissero internati anche disagiati, barboni, alcolisti, mendicanti, sovversivi e donne che si erano opposte ai propri

---

<sup>10</sup> Legge 14 febbraio 1904 n. 36, art. 1 “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati”

mariti; tutte quelle persone considerate la parte peggiore della società.

Successivamente, durante la Prima Guerra Mondiale, vennero condotti in manicomio anche tutti i soldati che tornavano dal fronte e che erano stati profondamente segnati dagli eventi che avevano vissuto.

Durante il ventennio fascista, poi, i manicomi cominciano ad ospitare anche tutti coloro che si opponevano apertamente al regime dando luogo ad una tacita repressione politica.

La legge Giolitti sarà in vigore fino al 1968, anno in cui sarà sostituita dalla promulgazione della legge Mariotti.

La legge 18 marzo 1968 n. 431 introduce importanti innovazioni nell'organizzazione dei manicomi poiché il binomio cura-reclusione, portato avanti fino a quel momento dalla legge Giolitti, viene spezzato poiché, tra le tante innovazioni, viene introdotto il ricovero volontario e viene abolito l'obbligo dell'iscrizione al casellario giudiziario.

La legge Mariotti è la prima legislazione, in ambito psichiatrico, a dare ai manicomi una nuova fisionomia; quella di un ospedale, quindi, di un luogo di cura e, come tale, viene fornito del personale professionale adeguato composto da medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali.

Si riporta di seguito un estratto del primo articolo di tale legge:

*“Gli ospedali psichiatrici dipendenti dalla provincia e da altri enti pubblici devono essere costituiti da due a cinque divisioni, ciascuna delle quali con non più di 125 posti-letto”<sup>11</sup>*

Innanzitutto, tra le prime innovazioni, c'è la modifica del termine utilizzato nel testo; non si parla più di manicomio ma di ospedale psichiatrico (OP).

La correzione del termine, di per sé, non è cosa banale poiché mette in rilievo l'azione di scissione e differenziazione che tale legge vuole applicare; non si parla più di manicomio in cui veniva attuata la reclusione coatta, ma di ospedali psichiatrici in cui tutti coloro che soffrivano di una malattia psichiatrica potevano accedere in modo tale da ricevere delle cure adeguate.

La limitazione dei posti letto è una disposizione che tutti i reparti ospedalieri avevano, in questo modo, se prima c'erano dei posti letto illimitati, adesso questi vengono proporzionati

---

<sup>11</sup> Legge 18 marzo n. 431, art. 1 “Provvidenze per l'assistenza psichiatrica”

agli spazi che l'OP possedeva.

Un'altra importante innovazione introdotta è la possibilità di poter eseguire un ricovero su base volontaria. L'accesso all'OP può avvenire, adesso, attraverso due modalità di ricovero: quello coatto e quello volontario.

Inoltre, viene introdotta una discriminante in base al fatto che l'accesso agli OP avvenisse mediante ricovero coatto o volontario che si attuava al momento delle dimissioni, una differenza scaturita dalla soppressione dell'iscrizione al casellario giudiziario; se il ricovero avveniva in modo coatto, al momento delle dimissioni sarebbe stata comunque effettuata una segnalazione alle autorità ma, se il ricovero avveniva in maniera volontaria, non c'era alcuna segnalazione facendo rimanere l'accaduto un fatto riservato.

L'ultima innovazione introdotta da questa legge è il riconoscimento dei Centri di Igiene Mentale (CIM) come servizi ambulatoriali il cui ruolo era seguire i pazienti dimessi ed erano, anche questi, costituiti da un personale qualificato e multiprofessionale.

La legge Mariotti è comunque figlia delle innovazioni generate, su scala globale, dalla scoperta del primo farmaco antipsicotico; la Clorpromazina.

Durante i primi anni Cinquanta si stava cercando un modo per sintetizzare un antistaminico che avesse degli effetti più potenti quindi, partendo da un farmaco già esistente, la Promazina, si produsse la Clorpromazina.

Si osservò, però, che questo farmaco aveva come effetto collaterale una forte sedazione a cui si affiancava un appiattimento delle manifestazioni emotive; ad avere l'intuizione che potesse essere utilizzata per calmare le manifestazioni di agitazione psicofisica dei pazienti psichiatrici fu Henri Laborit<sup>12</sup>.

Laborit ipotizzò che la causa degli effetti collaterali dell'anestesia, quali l'agitazione e il collasso, fosse una grande produzione di istamina che si verificava prima dell'intervento chirurgico. In quegli anni il chirurgo stava sperimentando nuovi farmaci da impiegare nell'anestesia che potessero bloccare l'azione dell'istamina, di conseguenza, somministrò ai suoi pazienti la Clorpromazina.

Laborit si accorse che questo farmaco dava come effetto collaterale una forte sedazione accompagnata dalla scomparsa delle manifestazioni ansiogene dei suoi pazienti che si stavano per sottoporre ad un intervento chirurgico; questi effetti collaterali fecero ipotizzare al medico che questo farmaco potesse essere impiegato anche per bloccare lo stato di

---

<sup>12</sup> Canali S. (2014) Psicofarmacologia, psicofarmaci e tossicodipendenze. In: Enciclopedia Treccani



agitazione di quei pazienti affetti da malattie psichiche. Di conseguenza, convinse alcuni medici-psichiatri a tentare la somministrazione di questo farmaco ai propri pazienti; nel giro di qualche anno la scoperta di Laborit ebbe riscontri positivi da tutto il mondo.

Ad oggi sappiamo che, in realtà, il meccanismo d'azione dei farmaci antipsicotici è di antagonismo dei recettori D2 per la dopamina ma, questa scoperta, rivoluzionò la psichiatria poiché incentivò la ricerca principalmente su due fronti: quello di una nuova osservazione delle psicosi e, in particolare, della schizofrenia poiché ci si accorse che i pazienti rispondevano al trattamento in modo assai eterogeneo inoltre, dal momento in cui questo farmaco entrò in commercio, non solo accertò che c'era la possibilità di eliminare le manifestazioni dei sintomi psichiatrici, ma dimostrò che c'era la possibilità sintetizzare altri farmaci che potessero dare lo stesso effetto. Di conseguenza, si ebbe un'importante cambiamento di rotta per quanto riguarda il trattamento riservato ai pazienti psichiatrici, poiché si aprì la possibilità di eliminare quelle due caratteristiche che, da sempre, impauriscono (e spaventano tutt'oggi) la società: l'aggressività e l'imprevedibilità.

La legge Mariotti, quindi, ha introdotto una serie di importanti innovazioni figlie del contesto storico dell'epoca ma, nonostante l'abrogazione dell'iscrizione al casellario giudiziario, nel momento in cui avveniva il ricovero coatto e la conseguente segnalazione alle autorità, la condizione giuridica del malato di mente sarebbe rimasta regolarizzata dalla legge 36 del 1904; la persona veniva privata della possibilità di esercitare i propri diritti civili.

Quindi è una legge contraddittoria; se da una parte veniva data la possibilità del ricovero volontario (tra l'altro non sempre attuabile dalle circostanze e dalla sintomatologia delle diverse patologie psichiatriche), dall'altro però rimaneva invariata la perdita dei diritti civili, fatto ancor più grave, rispetto alla legge Giolitti, poiché nel 1968 (anno in cui la legge Mariotti è stata promulgata) era stata istituita la Costituzione in vigore già dal 1948.

Questa, come legge fondamentale dello stato, si erge al vertice di ogni forma di ordinamento giuridico e si fonda sul principio della libertà individuale, di conseguenza, è un documento che ne ripudia ogni forma di violazione.

Come è possibile, quindi, che dopo 20 anni dalla promulgazione della Carta costituzionale fosse ancora messa in atto una legge che privava alcuni cittadini dei propri diritti civili?

Tutto questo rimarrà invariato fino al decennio successivo poiché, ciò che la legge Mariotti non contemplava, verrà introdotto dalla legge Basaglia che darà, ai pazienti psichiatrici, la dignità di cui erano stati privati fino a quel momento.

### 1.3 LA RIVOLUZIONE CULTURALE DI FRANCO BASAGLIA

*“La follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia, invece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla. Il manicomio ha qui la sua ragion d’essere”*

*- Franco Basaglia -*

Franco Basaglia è stato lo psichiatra che ha dato inizio al più grande processo di riforma che la psichiatria abbia mai avuto in Italia poiché si è fatto promotore di un nuovo modello operativo che doveva essere adottato dalla psichiatria. Per questa innovativa modalità d’intervento il malato di mente non doveva essere considerato come detentore di qualcosa da correggere e riparare, ma come una persona da accogliere, ascoltare e comprendere; elementi in netto contrasto con le azioni di esclusione, isolamento e segregazione messe in atto dai manicomi.

Nel momento in cui queste persone entravano negli O.P. venivano privati della possibilità di svolgere un ruolo all’interno della società dell’epoca; nel momento esatto in cui si metteva piede in manicomio la persona perdeva la sua identità poiché non aveva più un nome o un cognome ma solo un numero di matricola, perdeva la sua dignità in quanto veniva sottoposta a pratiche violente che arrecavano sofferenza e paura, e perdeva la possibilità di prendere qualsiasi tipo di decisione.

Nel momento in cui si diventava un paziente dell’ospedale psichiatrico si acquisiva soltanto il marchio di “alienato di mente”, e questo decretava la perdita della libertà individuale; se eri ricoverato in manicomio, perdevi la possibilità di essere preso sul serio, ragion per cui tutti si sentivano legittimati ad arrecarti umiliazione.

Basaglia si scontrerà con questa dura realtà quando, nel 1959, diventerà direttore dell’ospedale psichiatrico di Gorizia, una cittadina al confine con la Slovenia (che in quegli anni era parte della Jugoslavia).

Lo psichiatra arrivò nella cittadina con, alle spalle, già tutta una serie di idee innovative che si scontravano fortemente con quella che era la metodologia operativa dell’epoca in Italia. Questo perché in Europa andava affermandosi il modello di “comunità terapeutica” portato avanti da Maxwell Jones in Scozia per spezzare la relazione contraddittoria tra cura e

reclusione che caratterizzava la psichiatria dell'epoca<sup>13</sup>. Lo psichiatra inglese aveva individuato, come fattore aggravante per il decorso della malattia psichica, il contesto di vita del paziente, di conseguenza, un'alterazione delle caratteristiche dell'ambiente circostante poteva decretare un cambiamento nel decorso della malattia.

Jones arrivò alla conclusione che, nei manicomi, vigeva lo stesso atteggiamento squalificante e di rifiuto che, i pazienti, avevano sperimentato all'interno della comunità d'appartenenza. Per decretare la trasformazione del manicomio da luogo di reclusione a luogo di cura, ciò che doveva cambiare era la "postura" del personale psichiatrico; gli operatori non dovevano porsi in una relazione di superiorità con il malato ma, piuttosto, di parità senza perdere la relazione medico-paziente.

Adottando questa nuova filosofia di pensiero, Maxwell Jones trasformò il *Digelton Hospital* in una comunità terapeutica in cui i pazienti psichiatrici erano liberi di comunicare tra di loro ma anche con il personale attraverso delle vere e proprie riunioni (*community meeting*) in cui l'opinione di tutti veniva, per la prima volta, ascoltata e presa in considerazione.

L'obiettivo di queste riunioni era quello di rendere i pazienti partecipi delle dinamiche organizzative del luogo in cui si trovavano, dando loro la possibilità di dare un personale contributo; per la prima volta veniva riposta fiducia nelle capacità di queste persone che, nella comunità di Jones, riacquisivano un ruolo in cui potersi identificare.

Infine, le porte di questa comunità terapeutica erano lasciate aperte, dando la possibilità ai pazienti di poter uscire in modo tale da riacquistare un legame con l'ambiente esterno.

Questa nuova architettura organizzativa dell'ospedale psichiatrico, successivamente, ebbe così tanto rilievo che fu legittimato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità agli inizi degli anni Cinquanta ed ebbe larga diffusione in Europa. Nonostante il profondo cambiamento che Maxwell Jones aveva introdotto, la presenza di una struttura costruita *ad hoc* per i pazienti psichiatrici ubicata nella periferia della città esisteva ancora.

Basaglia, quindi, arriva nell'ospedale psichiatrico di Gorizia con l'idea di attuare ciò che stava sperimentando Maxwell Jones in Scozia e di utilizzarlo come mezzo affinché i manicomi venissero chiusi definitivamente.

Di conseguenza, lo psichiatra inizia a circondarsi di medici ed infermieri che condividevano le sue stesse idee in modo tale da ricreare l'esperienza della comunità terapeutica di Jones a Gorizia.

---

<sup>13</sup> Vandeveld S. (1999) Maxwell Jones and his work in the therapeutic community. In: ResearchGate

Innanzitutto, il primo cambiamento che dispone, è l'eliminazione dell'utilizzo di qualsiasi forma di contenimento e delle terapie di shock; all'interno dell'ospedale psichiatrico di Gorizia non erano più ammesse pratiche come la terapia insulinica, l'elettroshock e la segregazione nelle celle di contenimento poiché considerate repressive e violente.

Inoltre, Basaglia apre le porte dell'ospedale, in modo tale che i pazienti fossero liberi di frequentare la cittadina di Gorizia, dandogli l'opportunità di diventare parte integrante della comunità.

Infine, introduce i *community meeting* in modo tale che i pazienti condividessero le proprie opinioni sia tra di loro che con gli operatori; questo, per Basaglia, sarà un punto fondamentale poiché, attraverso l'influenza delle correnti di pensiero innovative dell'epoca, costruirà una idea tutta sua di psichiatria, ovvero, anti-istituzionale e democratica in cui doveva essere rifiutata ogni tipologia di tecnica all'interno degli ospedali psichiatrici ad eccezione dell'utilizzo degli psicofarmaci poiché erano considerati, dallo psichiatra, un potente mezzo per superare l'istituzionalizzazione.

Basaglia, nel corso del tempo, ha teorizzato un nuovo concetto di malattia mentale che gli ha permesso di dimostrare l'inefficacia dell'istituzione manicomiale; la "follia" non è un qualcosa da eliminare attraverso l'utilizzo di tecniche, ma è una condizione umana che si ripercuote sull'individuo con la perdita del suo ruolo all'interno della società.

Lo psichiatra anti-istituzionale osservava la malattia mentale attraverso una posizione epistemologica differente rispetto a quella che, fino a quel momento, veniva utilizzata in Italia; Basaglia passa da una visione positivista ad una visione fenomenologica della malattia mentale. Per la corrente del positivismo il disagio psichico ha origine prettamente fisica, pertanto, questa doveva essere eliminata sia dalla persona che ne soffriva che dalla società attraverso l'utilizzo di tecniche. Al contrario, la fenomenologia vede la malattia come un possibile stato dell'essere umano e, in quanto tale, deve essere accettata mediante l'utilizzo della sospensione del giudizio; solo attraverso un ascolto senza alcun pregiudizio era possibile accogliere e comprendere appieno lo stato di sofferenza della persona.

Le procedure utilizzate fino a quel momento dovevano essere abrogate e, in funzione di questa nuova concezione della malattia, sostituite da nuovi metodi terapeutici che, innanzitutto, dovevano preservare la dignità dei pazienti psichiatrici.

Il disagio psichico toglieva, alla persona, il proprio ruolo all'interno della società e l'istituzione manicomiale non faceva altro che accrescere e rimarcare questa perdita

attraverso le pratiche di contenzione e isolamento; come poteva, quindi, essere un luogo terapeutico? Questa era considerata, da Basaglia, una contraddizione sia nei concetti che nei termini; non poteva esistere un luogo che, al contempo, era istituzione e cura.

Lo psichiatra, inoltre, sarà molto attento a non dare mai una definizione precisa di malattia mentale poiché il fulcro del suo interesse, e di conseguenza quello che doveva essere il principio cardine di tutta la psichiatria, doveva essere la persona e non la malattia da cui era affetto.

Basaglia portava avanti l'idea che, poiché la malattia mentale nasce nella società, è essa stessa che deve prendersene cura, di conseguenza, gli ospedali psichiatrici dovevano essere eliminati in favore di altre strutture che dovevano sorgere nel territorio affinché potessero promuovere la ricerca di una nuova identità della persona che andasse oltre la malattia.

Lo psichiatra, dunque, introduce in questo ambito il concetto della riabilitazione; le persone affette da disagio psichico potevano essere “recuperate” e re-inserite nella società poiché detentrici, come tutti noi, di bisogni, risorse e capacità che possono essere coltivate e sfruttate con successo, permettendo di vivere una vita dignitosa e soddisfacente nonostante la malattia.

Ciò che diede un grande contributo per divulgare questo concetto nella popolazione italiana, fu il servizio del giornalista Sergio Zavoli che, nel 1968, varcò la soglia del manicomio di Gorizia permettendo alle telecamere RAI di documentare il grande cambiamento che stava avendo luogo in quel manicomio, intervistando non solo Basaglia che ne era il direttore, ma anche il personale medico-infermieristico e i pazienti stessi che racconteranno al giornalista il loro vissuto e la loro personale esperienza<sup>14</sup>.

Basaglia, nel 1978, racchiuse tutto all'interno della legge n. 180 che, nell'ordinario comune, diventò nota come “legge Basaglia”; questa diede il primato all'Italia come primo Paese al mondo ad avere una legislazione che regolamentasse la chiusura degli ospedali psichiatrici in favore di una rete di servizi dislocati sul territorio.

Inoltre, con questa legge, si andava a regolamentare e strutturare il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO); generalmente, sia gli accertamenti che i trattamenti sanitari, sono volontari ma, in ambito psichiatrico, bisogna tener conto di un aspetto estremamente importante della malattia psichica quale l'*insight* che possiamo definire come la capacità di

---

<sup>14</sup> Zavoli S. (1968) *I giardini di Abele*, servizio giornalistico per Tv7. In: RaiPlay

riconoscere e di accettare la propria malattia<sup>15</sup>, quindi, come può un individuo accedere alle cure in maniera volontaria se non è consapevole di essere affetto da una malattia?

Basaglia, di conseguenza, propone una strategia d'intervento che preservi i diritti fondamentali e garantisca la tutela della salute dell'individuo nonostante l'assenza di consapevolezza di malattia. Per poter attuare un TSO devono sussistere tre requisiti che sono fondamentali, in assenza di anche soltanto uno di questi il TSO non può realizzarsi<sup>16</sup>;

- Esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici
- Questi interventi terapeutici non sono accettati dal paziente
- Non ci sono condizioni e circostanze che consentono di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere

L'ultimo criterio, quindi, rimarca come le linee d'intervento territoriali debbano prevalere su quelle ospedaliere; il ricovero in reparto è previsto soltanto in presenza di acuzie e in assenza d'*insight*, quindi, quando si verifica quella condizione d'urgenza che richiede interventi rapidi e immediati, non differibili ad altro momento.

Di fatto il TSO è un intervento di tutela poiché garantisce, a tutte le persone che non possiedono consapevolezza di malattia a causa della malattia stessa, uno dei diritti imprescindibili sanciti dalla costituzione italiana; il diritto alla salute<sup>17</sup>.

Pertanto, risulta evidente come il TSO, per poter essere messo in pratica, deve possedere delle motivazioni adeguate poiché è, di fatto, è un'azione violenta e coercitiva; in regime di TSO, anche se viene garantita la tutela della salute dell'individuo, viene temporaneamente sospeso uno dei quattro principi fondamentali degli esseri umani individuati dalla bioetica, ovvero, il Principio di Autonomia.

Ciò accade poiché, anche se il paziente in quel momento non è in grado di dare il suo consenso alle cure, di fatto si attua un'azione di obbligo in favore di un altro principio bioetico imprescindibile degli esseri umani; il Principio di Beneficità<sup>18</sup>.

Di conseguenza, lo stato di necessità che permette la messa in atto del TSO, deve essere adeguatamente accertato e documentato in quanto rappresenta l'*extrema ratio*. Dapprima deve avvenire la proposta di TSO che si articola in tre fasi e, ognuna delle quali, distingue

---

<sup>15</sup> Thirioux et al. (2020) The Relation between Empathy and Insight in Psychiatric Disorders: Phenomenological, Etiological and Neuro-functional Mechanisms. In: *Frontiers in Psychiatry*

<sup>16</sup> Legge 23 dicembre 1978 n. 833, art. 34 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale"

<sup>17</sup> Art. 32 della Costituzione italiana

<sup>18</sup> Gillon R. (1994) Medical ethics: four principles plus attention to scope. In: *BMJ*

tre sfere professionali diverse;

- Fase medica: è la prima fase d'intervento che si articola su due livelli.  
Il medico che si reca per primo sul luogo in cui è avvenuta la crisi, è colui che dispone la proposta di TSO, quindi, questa deve essere motivata dalla descrizione dettagliata ed esaustiva della situazione  
Successivamente, questa proposta deve essere convalidata da un secondo medico che deve essere tassativamente un dipendente pubblico ma non necessariamente specializzato in psichiatria; questo secondo medico deve accertarsi che tutti e tre i criteri affinché il TSO si verifichi siano presenti, e che la motivazione presentata dal primo medico sia adeguata
- Fase comunale: la proposta e la convalida di TSO vengono notificate al sindaco poiché massima autorità sanitaria del comune di riferimento.  
Successivamente, il primo cittadino, dispone l'ordinanza in cui vengono esposti in modo dettagliato gli estremi d'intervento e questa deve essere trasmessa entro 48h dal ricovero al reparto di SPDC e al giudice tutelare
- Fase giudiziale: il giudice tutelare deve accertarsi che tutti i diritti del paziente siano stati rispettati in relazione alla proposta, alla convalida e all'ordinanza di TSO.  
Nel caso in cui il magistrato individui delle incongruenze in merito alla tutela dei diritti della persona, può disporre l'annullamento del TSO

Inoltre, per evitare che nei reparti di SPDC si verificassero le stesse condizioni dei manicomi, la legge 180 dispone che questi non dovevano possedere una quantità di posti letto superiore a 15 e che il ricovero dovesse durare 7 giorni con possibilità di proroga adeguatamente motivata e notificata sia al giudice tutelare che al sindaco.

Questo per sottolineare come i pazienti non dovevano più subire ricoveri per tempi indefiniti e per qualsiasi tipologia di motivazione; le persone affette da disagio psichico dovevano avere la possibilità di poter accedere ad una rete d'assistenza presente nel territorio di appartenenza.

Oltre al TSO, la legge 180 dispone anche la regolamentazione dell'Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO)<sup>19</sup> che differisce dal TSO poiché si tratta di sottoporre un paziente a visita medica in regime d'obbligo, quindi non di trattamento. Viene disposto l'ASO nel momento

---

<sup>19</sup> Legge 23 dicembre 1978 n. 833, art. 34 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale"

in cui si è in presenza del sospetto che un paziente, che non vuole sottoporsi a visita medica, viva una situazione di grave compromissione a causa della malattia.

Proprio perché si parla di accertamento, e non di trattamento, la procedura che viene messa in atto differisce per alcuni passaggi; nella fase di competenza medica è prevista soltanto l'emissione di un certificato medico da parte di un solo professionista che deve essere notificata al sindaco. Successivamente, la fase di competenza comunale, prevede che il sindaco emani un'ordinanza in conseguenza alla ricezione del certificato medico.

Non è previsto alcun coinvolgimento del giudice tutelare poiché l'ASO può avere diversi esiti, in quanto, possono verificarsi molteplici casistiche<sup>20</sup>;

- Se il paziente non possiede alcuna necessità di sottoporsi a trattamento, allora l'ASO avrà esito negativo
- Se il paziente ha bisogno di essere trattato ed accetta in maniera volontaria, allora l'ASO avrà esito positivo
- Se il medico ha necessità di dover effettuare una seconda visita, potrà farlo entro 72h e, in questo caso, l'ASO avrà esito interlocutorio
- Nel caso in cui il medico, dopo aver effettuato la visita, emana una proposta di TSO allora l'ASO avrà un esito di media criticità
- Infine, se il paziente ha bisogno di un intervento immediato poiché è in una condizione di urgenza, allora l'ASO avrà un esito altamente critico poiché l'utente dovrà essere trasferito nel reparto più vicino affinché venga eseguito un TSO.

Possiamo concludere che Basaglia, con questa legge, ha decretato, da un punto di vista legislativo, la fine dell'esistenza dei manicomi poiché, avendo istituito e regolamentato nuovi presidi e procedure che tutelavano il diritto alla cura e i diritti civili di queste persone, gli OP non avevano più ragione di esistere; di conseguenza, l'articolo 7 della legge 180, vieta la costruzione di nuovi istituti manicomiali.

Successivamente, a dicembre dello stesso anno, sarà promulgata la legge istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) in cui sarà assorbita la legge 180 e tramutata negli articoli 33, 34, 35 e 64.

---

<sup>20</sup> Vita A., Dell'Osso L. & Mucci A. (2018) Manuale di Clinica e Riabilitazione Psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale. Volume 1: Psichiatria Clinica. Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l., pp 468-469



Con la legge n. 833 alle patologie psichiatriche, da un punto di vista giuridico, viene riconosciuta la stessa valenza di una malattia fisica e, in quanto tale, non ha più né un suo ospedale specifico né una legge a parte; tutte le malattie che possono colpire l'individuo sono regolamentate da un'unica legge e trattate in un unico presidio ospedaliero che presenta uno specifico reparto per ogni tipo di patologia.

Nonostante questa grande conquista dal punto di vista legislativo, una vera e propria attuazione delle disposizioni presentate dalla legge 180 tarderanno ad arrivare poiché, anche se si era definito in modo dettagliato la costituzione dei reparti ospedalieri e si erano presentate delle nuove linee generali d'intervento, mancava una descrizione esaustiva dell'organizzazione e dell'architettura che la rete d'assistenza territoriale doveva possedere per garantire l'accoglienza di questi pazienti.

Di conseguenza, durante gli anni successivi alla promulgazione delle leggi 180 e 833, si verificò l'esodo di questi pazienti che, dal manicomio, si riversarono sul territorio; in assenza di un luogo alternativo agli OP, i pazienti che avevano una famiglia alle spalle tornarono a casa, mentre quei pazienti che erano ormai rimasti soli si riversarono nelle strade.

Purtroppo, anche l'organizzazione dei nuovi reparti di psichiatria all'interno degli ospedali tardò ad arrivare sia a causa della resistenza della comunità ad accettare le malattie psichiche all'interno degli ospedali pubblici, sia a causa del fatto che, l'organizzazione delle strutture d'assistenza sanitaria a livello territoriale, era stata data in mano alle regioni con l'istituzione delle Unità Sanitarie Locali (USL) che, di conseguenza, adottarono misure estremamente diverse andando a decretare un profondo divario tra una regione e l'altra.

## 1.4 COSA ACCADDE DOPO LA LEGGE BASAGLIA

La legge 180 ha posto delle solide e importanti fondamenta affinché si verificasse il passaggio da una psichiatria fondata sull'esclusione ad una psichiatria di comunità, in cui non si parla più di malattia ma di salute mentale, ovvero, una dimensione di benessere psichico che riguarda non soltanto le persone affette da questo tipo di disagio, ma anche tutta la società.

Una presa di posizione importante su due diversi fronti; da un lato l'idea che il disagio psichico nasce nel territorio e, di conseguenza, è questo che deve prendersene cura favorendo il re-inserimento sociale, dall'altro viene attuata la concezione di salute globale dell'individuo che, già nel 1948, la *World Health Organization (WHO)* aveva inserito nella sua Costituzione come il primo dei dieci principi su cui questa si fonda:

*“La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità”<sup>21</sup>*

Nonostante ciò, una vera e propria organizzazione a livello nazionale dei servizi territoriali per la salute mentale si ebbe con la promulgazione dei due “Progetto Obiettivo” che avevano il compito sia di costituire una rete di servizi territoriali per la salute mentale, che quello di uniformare, il più possibile, l'organizzazione delle varie regioni appianando il divario creatosi.

Il primo Progetto Obiettivo (P.O.) “Tutela della Salute Mentale 1994-1996” mette in luce una prima serie di necessità affinché la situazione tanto disomogenea delle regioni potesse essere omologata sia dal punto di vista organizzativo che qualitativo;

- L'edificazione di una rete di strutture che dovevano fare capo all'USL e differenziate in tre ordini:
  - territoriali psichiatriche
  - residenziali e semi-residenziali specializzate nella riabilitazione e nella gestione delle situazioni di crisi
  - ospedaliere
- La promozione di competenze professionali differenti affinché gli operatori della

---

<sup>21</sup> Costituzione dell'organizzazione mondiale della sanità (1948), p. 1

salute mentale potessero gestire al meglio la complessità delle circostanze che erano chiamati a gestire e che riguardavano:

- la gestione del paziente e della sua patologia in modo adeguato
  - il fronteggiamento di un fabbisogno di richieste di assistenza in costante aumento a causa dell'istituzione di un servizio di assistenza pubblico
  - il superamento di ogni forma repressiva e restrittiva
  - la promozione della prevenzione, della cura e della riabilitazione
- Lo sviluppo di un'organizzazione dipartimentale di tipo integrato tra le sue varie componenti

Questo significava adottare un modello d'intervento in cui doveva esserci una coordinazione e una collaborazione non solo tra i vari servizi per la salute mentale che sorgevano sullo stesso territorio, ma anche tra le strutture medico-sanitarie e socio-sanitarie confinanti.

L'organo che il P.O. 1994-1996 individua come sede delle funzioni organizzative e coordinative tra le diverse strutture psichiatriche territoriali è il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di cui ogni USL doveva dotarsi e che viene definito come l'assetto delle strutture proprie dell'assistenza psichiatrica<sup>22</sup>.

Il DSM ha la funzione di coordinare tutte le unità operative di cui si compone, in modo tale da indirizzarle verso lo stesso obiettivo di salute globale anche se con metodi e procedure caratterizzanti e specifiche per ogni struttura.

Per poter garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione, il DSM viene dotato di diverse componenti ognuna con la sua specifica funzione;

- Il Centro di Salute Mentale (CSM): questo è il punto focale della strutturazione di attività che devono attuarsi nel territorio svolgendo funzioni ambulatoriali e domiciliari, nonché d'informazione e sensibilizzazione sui temi della salute mentale. Il CSM è il servizio di primo contatto per tutte quelle persone che necessitano di qualsiasi tipo di informazione riguardante la salute mentale
- Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC): è il reparto ospedaliero che ha il compito di gestire i trattamenti sanitari volontari e obbligatori poiché provvede a gestire le situazioni in regime d'urgenza
- Le strutture semi-residenziali: queste erogano interventi terapeutici e di

---

<sup>22</sup> Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1994-1996", p. 4

risocializzazione durante il giorno e possono essere di due tipologie;

- il Day Hospital (DH): qui vengono attuati programmi terapeutico-riabilitativi a medio e breve termine. La sua funzione è quella di “struttura intermedia” poiché viene utilizzata quando si ha la necessità di tenere sotto osservazione un paziente
- il Centro Diurno (CD): possiede una funzione terapeutico-riabilitativa volta, come obiettivo primario, a contenere e prevenire il ricovero

A questa struttura fanno capo tutti quegli utenti che necessitano un supporto nello stabilire rapporti interpersonali validi e duraturi.

- Le strutture residenziali: queste vengono pensate per gestire quei pazienti che possiedono una malattia psichica allo stadio cronico, garantendo interventi terapeutico-riabilitativi volti soprattutto alle abilità di vita quotidiana

Possiamo quindi osservare come la prerogativa di questo primo P.O. sia, oltre ad organizzare in modo dettagliato l'architettura dei servizi territoriali seguendo una strutturazione di tipo dipartimentale, anche quello di sopprimere gli ultimi residui manicomiali.

In questo P.O. viene data una descrizione esaustiva delle funzionalità e dell'organizzazione delle strutture territoriali ad eccezione di quelle residenziali, in quanto, viene soltanto sottolineata la raccomandazione di non trasformare queste strutture in “piccoli manicomi” garantendo venti posti letto come quantità massima, dando quindi ampio spazio di manovra alle singole regioni.

Con il successivo ed ultimo Progetto Obiettivo “Tutela della Salute Mentale 1999-2000”, ci si è voluti accertare che i residui manicomiali e il grande divario tra le regioni fosse stato superato.

Infatti, anche se con differenti gradi di efficienza, modalità e tempistiche, al momento della promulgazione di quest'ultimo P.O., in tutte le regioni d'Italia aveva preso piede la nuova organizzazione dipartimentale dei servizi territoriali.

Inoltre, la promulgazione di questo ulteriore P.O. fu mossa dal fatto che furono promulgate delle nuove leggi di riforma della sanità pubblica: la n. 502 del 1992 e la n. 517 del 1993 affinché fossero realizzati ulteriori cambiamenti nella gestione della sanità pubblica, primo fra tutti il processo di aziendalizzazione che comportò, tra le altre cose, il cambiamento della

denominazione da Unità Sanitaria Locale ad Azienda Sanitaria Locale (ASL).

Quindi, in questo P.O., vennero ribadite e dettagliate le funzioni e l'organizzazione del DSM e delle sue componenti, andando a soffermarsi in modo specifico sulle strutture residenziali che, adesso, possedevano una regolamentazione ulteriore poiché erano differenziate da tre gradi d'intensità di assistenza<sup>23</sup>:

- Strutture residenziali terapeutico-riabilitative per acuti e sub-acuti: presenza di personale nelle 24 ore giornaliere
- Strutture residenziali socio-riabilitative a più elevata intensità assistenziale: presenza di personale nelle 12 ore giornaliere
- Strutture residenziali socio-riabilitative a minore intensità assistenziale: presenza di personale per fasce orarie

Nonostante ciò vengono presentate nuove problematiche e criticità come: l'assenza di una rete d'assistenza per i minori con un'organizzazione dettagliata dell'unità Operativa di Neuropsichiatria, situazioni di importante criticità all'interno dell'equipe professionali a causa dell'assenza di coordinazione e regolamentazione degli interventi, la mancanza di competenze specifiche con la necessità di promuovere l'introduzione di interventi *Evidence Based Medicine (EBM)*, la carenza di personale, il mancato coinvolgimento delle famiglie nella formulazione dei piani terapeutici e la necessità della costituzione di progetti terapeutico-preventivi e terapeutico-riabilitativi personalizzati e individualizzati.

Oltre a focalizzare l'attenzione sulla tutela della salute mentale all'interno dell'intero ciclo di vita, questo P.O. introduce il concetto innovativo di "patto per la salute mentale"<sup>24</sup> che doveva essere stipulato tra il DSM e gli enti locali in modo tale da mettere in luce le risorse del territorio e favorire la partecipazione attiva degli utenti nella comunità di appartenenza. Quindi, si vanno a delineare tutti quegli aspetti che dovevano fare da cornice agli interventi riabilitativi e che dovevano essere, a loro volta, necessariamente svolti nel territorio di appartenenza allo scopo di favorire i percorsi di cura all'interno di questo, promuovendo la psichiatria di comunità.

Questa viene definita come "un sistema di assistenza sanitaria che prevede un approccio globale ed integrato, con servizi ambulatoriali e residenziali, con un'équipe multidisciplinare

---

<sup>23</sup> Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1998-2000", p. 28

<sup>24</sup> Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1998-2000", p. 6

che permette di garantire la diagnosi precoce, il trattamento rapido, la continuità delle cure e il collegamento con gli altri servizi sanitari e sociali per i pazienti con disturbi mentali”<sup>25</sup>. In Inghilterra, un primo approccio di psichiatria di comunità fu dato da Maxwell Jones che ispirò Basaglia nella costituzione orizzontale, e non più verticale e gerarchica, dell’*équipe* che doveva occuparsi della gestione dei pazienti psichiatrici.

Ad oggi, invece, l’obiettivo principale della psichiatria di comunità è legare la psichiatria ai contesti di vita dei pazienti favorendo la continuità delle cure; questo è importante poiché la malattia psichica comporta l’interruzione del decorso naturale della vita di queste persone, andandolo a modificare in modo permanente.

La continuità delle cure viene garantita mediante l’integrazione di diversi interventi erogati da differenti figure professionali e con la coordinazione tra le varie strutture operative.

Affinché la psichiatria di comunità si consolidasse come metodo d’intervento per la gestione delle malattie mentali, nel 2013 venne promulgato il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale (PANSM 2013). Questo metteva in evidenza la necessità di definire al meglio le strategie d’intervento che dovevano fondarsi sulla redazione di un progetto specifico e differenziato per ogni paziente poiché doveva basarsi, principalmente, sui bisogni di questi. Vengono definite, quindi, tutte le azioni specifiche che bisognava mettere in pratica per favorire una buona gestione di ogni malattia psichica, ma viene anche stabilito un quadro più ampio di modalità di organizzazione che doveva basarsi sulla definizione di:

- Obiettivi di salute
- Azioni e attori
- Criteri e indicatori di verifica e valutazione

Per poter definire al meglio questi tre criteri e declinarli per ogni tipologia di disagio psichico, bisognava però appianare la difficoltà primaria che i servizi avevano riscontrato, ovvero, definire dei criteri di ingresso che potessero, in qualche modo, prevedere quale dovesse essere il percorso che il paziente doveva seguire all’interno del servizio territoriale. Vengono proposti tre principi clinico-organizzativi atti a differenziare i processi di cura<sup>26</sup>;

---

<sup>25</sup> Tansella M. (1986) Community psychiatry without mental hospitals – the Italian experience: a review. In: *Journal of the Royal Society of Medicine*

<sup>26</sup> Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (2013), p. 6; Vita A., Dell’Osso L., & Mucci A., (2018) *Manuale di Clinica e Riabilitazione Psichiatrica Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale Volume 1: Psichiatria Clinica*. Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l., pp 394-399

- Collaborazione o consulenza: una modalità di lavoro organizzata tra DSM e altri servizi come quelli di medicina generale (MMG), di neuropsichiatria infantile (NPIA), pediatri di libera scelta (PLS), servizi psicologici, servizi sociali e servizi scolastici per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative
- Assunzione in cura: percorso per gli utenti che necessitano di un trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali
- Presa in carico: percorso di trattamento integrato per gli utenti che presentano bisogni complessi e necessitano di una valutazione multidimensionale e l'intervento di diversi profili professionali

Questo percorso prevede la definizione di un Piano di Trattamento Individuale per il singolo utente e, a seconda dei bisogni individuati, richiede l'identificazione del *case manager*, la ricerca e il recupero del rapporto con i *drop out*, oltre che una maggiore attenzione alle famiglie nell'ambito dei programmi di cura e lo sviluppo di programmi di prevenzione in collaborazione con gli enti locali e la scuola

Quindi, si pone ulteriormente l'attenzione sull'assetto dell'organizzazione territoriale in quanto fulcro dei processi di prevenzione, cura e riabilitazione a carattere multidisciplinare e multiprofessionale poiché, ogni singola professione, deve occuparsi di un singolo aspetto della malattia psichica attuando un'azione di cooperazione in modo tale da prendere in considerazione il disagio mentale nella sua totalità, senza tralasciare alcun aspetto.

Si segue, quindi, il modello bio-psico-sociale poiché è quello che permette di realizzare il re-inserimento sociale nel contesto di vita di questi pazienti "riabilitandoli".

Si continua a focalizzare l'attenzione su quello che è (o meglio, dovrebbe essere) uno degli aspetti fondamentali della psichiatria di comunità: la riabilitazione psichiatrica.

## 1.5 LA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

*“La felicità può essere trovata anche nei tempi più bui,  
se solo ci si ricorda di accendere la luce”*

*- J.K. Rowling -*

In Italia, sia dal punto di vista culturale che legislativo, il primo a parlare di riabilitazione in psichiatria fu Basaglia, introducendo lo sviluppo della psichiatria di comunità che tutt’oggi governa l’organizzazione dei servizi di salute mentale garantendo la continuità delle cure per le tre fasi principali di gestione della malattia: prevenzione, cura e riabilitazione.

Il concetto di riabilitazione nasce proprio dalla rivoluzione culturale di cui Basaglia si fece promotore; con la nuova concezione di malattia mentale da lui introdotta si modificava la prognosi di queste patologie e il futuro, a lungo termine, di queste persone.

Se prima la malattia mentale veniva considerata una patologia con un progressivo e inevitabile peggioramento in cui chi ne soffriva era “senza speranze”, adesso si apre la possibilità di “recuperare” queste persone poiché esiste l’eventualità concreta di un margine di evoluzione.

Le basi fondanti della riabilitazione psichiatrica sono proprio quelle portate avanti da Basaglia; anche i pazienti psichiatrici sono persone detentrici di risorse e potenzialità che gli permettono di “funzionare” in un determinato modo a prescindere dalla gravità clinica o dal tipo di disturbo.

L’obiettivo fondante della riabilitazione psichiatrica, quindi, è quello di guidare e accompagnare queste persone verso il recupero e lo sviluppo di abilità necessarie per vivere una vita soddisfacente anche in presenza della malattia.

Portare a compimento quest’obiettivo è, però, estremamente difficile poiché gli utenti della salute mentale vivono l’insorgere della malattia psichica come un evento catastrofico, in quanto, percepiscono che la loro vita non sarà più come prima; questo genera un senso di smarrimento tale che l’identità di queste persone va via via sfumando, lasciando il posto all’etichetta di “paziente psichiatrico”.

Questo smarrimento del proprio Io genera una serie di importanti conseguenze determinate dal “prima e dopo la malattia”; tutto ciò che prima veniva svolto con semplicità adesso sembra un ostacolo insormontabile generando alti livelli di frustrazione ed autocritica che



avranno, come conseguenza ultima, l'insorgere di un senso di stasi e congelamento rispetto agli altri e allo scorrere del tempo.

Per poter raggiungere l'obiettivo ultimo prefissato, la riabilitazione utilizza una strategia fondamentale per vincere lo stato di cristallizzazione che comporta la malattia psichica, ovvero, la pianificazione e il raggiungimento di obiettivi personali per gli utenti della salute mentale. Nonostante la *mission* importante che questa si prefigge spesso, ancora oggi, la funzione della riabilitazione psichiatrica è percepita, sia dalle persone esterne che da altri operatori della salute mentale, come poco rilevante e di cui è possibile fare a meno, svalutando non solo il ruolo della riabilitazione in sé ma anche quello degli operatori che se ne occupano.

Di conseguenza, i luoghi della riabilitazione vengono classificati come strutture di raccolta dove i pazienti psichiatrici sono "parcheeggiati" e in cui ci sono degli operatori che svolgono delle attività per far "trascorrere il tempo" e così in modo ciclico per i giorni avvenire.

La strada da percorrere affinché quest'idea scompaia dall'immaginario comune è ancora lunga poiché dettata dallo stigma e dalla disinformazione delle "persone esterne".

Alla luce di tutte queste considerazioni, risulta difficile dare una definizione univoca di riabilitazione psichiatrica, quindi, ne verranno riportate di seguito alcune degne di nota:

*“La riabilitazione psichiatrica ha come oggetto di trattamento la persona e il suo funzionamento cognitivo, emotivo-affettivo e psicosociale, la famiglia con le proprie criticità e risorse ed il contesto socio-ambientale all'interno del quale agire nella lotta allo stigma e all'emarginazione. L'approccio riabilitativo è caratterizzato dall'essere personalizzato, relazionale, negoziale, olistico, multimodale e orientato alle evidenze scientifiche”<sup>27</sup>*

*“La riabilitazione psichiatrica promuove il recovery, la piena integrazione sociale e migliora la qualità di vita delle persone portatrici di una diagnosi, che danneggia seriamente la loro capacità di condurre una vita significativa. I servizi riabilitativi, basati sulla collaborazione tra utente e operatore, diretti dalla persona e individualizzati, sono elementi essenziali dell'assistenza sanitaria e dello spettro dei servizi umani e dovrebbero essere sempre Evidence-Based. Essi sono finalizzati ad aiutare gli individui a sviluppare*

---

<sup>27</sup> Famulari F. & Ruggeri A. (2013) Il ruolo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nel Sistema Sanitario Nazionale. In: Dalla Follia alla cittadinanza – esperienze riabilitative in Sicilia (a cura di) Seminara & Testa, Roma: Edizioni Bonanno Acireale

*abilità e ad accedere alle risorse necessarie per aumentare la loro capacità di avere successo e di essere soddisfatti negli ambienti abitativi, lavorativi, scolastici e sociali di loro scelta*''<sup>28</sup>

La riabilitazione articola il suo operato in modo tale da stimolare l'attivazione dei processi di cambiamento negli utenti della salute mentale promuovendo uno sviluppo nella qualità di vita, nel reinserimento sociale, nelle risorse, nelle relazioni interpersonali e nell'autonomia; agire in modo riabilitativo significa considerare l'utente parte attiva del proprio processo di cura, e non agente passivo a cui sostituirsi nello svolgimento di alcune mansioni.

Questo aspetto è estremamente importante poiché, gli utenti che sono inseriti nei contesti riabilitativi hanno sperimentato ripetuti fallimenti nel fronteggiare le richieste e le attese del contesto decretando una perdita di fiducia nelle proprie capacità e nelle possibilità di cambiamento.

La riabilitazione, quindi, deve mettere in pratica una serie di interventi che devono avere precise caratteristiche e modalità di attuazione affinché possano svilupparsi al meglio i processi di cambiamento sopracitati e contrastare le sensazioni di frustrazione, pessimismo e stigma interiorizzato; di conseguenza, l'operato riabilitativo si fonda su due modelli base quali l'approccio bio-psico-sociale e il modello vulnerabilità-stress, a cui seguono quattro modelli teorico-operativi;

- Il modello di *Social Skills Training*: secondo questo modello gli interventi riabilitativi devono focalizzarsi sull'apprendimento e/o la riacquisizione delle abilità sociali che la condizione psicopatologica ha compromesso in modo tale che, la persona con disagio psichico, possa adottare degli atteggiamenti efficaci e adeguati al contesto sociale così da comunicare e costruire relazioni nel modo più soddisfacente possibile
- Il modello di potenziamento dei comportamenti socialmente competenti: questo modello è stato introdotto da Spivak per contrastare il circolo vizioso della "spirale di desocializzazione" che porta alla cronicizzazione del disturbo.

Con l'esordio psicopatologico il contesto di vita sollecita sempre meno la persona che, di conseguenza, cade nella frustrazione a causa dei numerosi tentativi falliti portando come esito l'isolamento sociale; l'obiettivo della riabilitazione è spezzare

---

<sup>28</sup> United States Psychiatric Rehabilitation Association, (2007) Position Paper on Involuntary Outpatient Commitment

questo processo attraverso lo sviluppo delle abilità sociali che permetteranno all'individuo di riuscire a soddisfare nuovamente le richieste dell'ambiente

- Il modello di Ciompi: secondo questo modello, la riabilitazione deve concentrare i suoi interventi sull'asse lavoro-casa favorendo il reinserimento sociale e lavorativo coinvolgendo i familiari e/o il contesto di vita dell'utente in modo tale da sollecitare lo sviluppo delle capacità di adattamento e autonomia
- Il modello psicoeducativo: di questo modello è promotore e ideatore Falloon in cui pone l'attenzione sul contesto familiare dell'utente.

Secondo Falloon la famiglia è da considerare sempre una risorsa per il paziente, andando a distinguerne due tipologie; alta emotività espressa e bassa emotività espressa. L'intervento psicoeducativo sarà rivolto alle famiglie ad alta emotività espressa poiché l'ipercriticità nei confronti del paziente risulta determinante per l'aumento di ricadute e ricoveri

Affinché l'intervento riabilitativo risulti efficace, è di fondamentale importanza la valutazione iniziale; un intervento riabilitativo è tanto più efficace quanto più mirato alle esigenze, ai bisogni, alle risorse e ai punti critici dell'individuo.

Inoltre, altre caratteristiche basilari per un intervento riabilitativo adeguato, è il coinvolgimento del contesto in modo tale che diventi fonte di risorse e supporto per il paziente e l'integrazione degli interventi.

La riabilitazione si avvale di tanti strumenti importanti per raggiungere i suoi obiettivi, strumenti che sono legati sia alla messa in atto di pratiche standardizzate ma anche alle caratteristiche intrinseche del professionista. Uno degli strumenti di cui si avvalgono gli operatori della salute mentale è la relazione terapeutica con il soggetto; gli interventi riabilitativi hanno più probabilità di successo se si instaura una buona relazione tra operatore ed utente poiché si sarà consolidato un legame di fiducia ambo-direzionale che permetterà un'azione di cooperazione funzionale volta al raggiungimento di obiettivi condivisi.

Affinché si crei una relazione terapeutica adeguata, l'operatore deve possedere delle attitudini intrinseche quali;

- L'empatia: la capacità di osservare le cose dal punto di vista dell'utente evitando l'immedesimazione
- La base sicura: creare un legame di fiducia tale che per l'utente sia l'operatore che

l'équipe multidisciplinare diventi un punto di riferimento solido a cui rivolgersi per chiedere aiuto

- L'aderenza dei luoghi riabilitativi con i contesti in cui questi sono inseriti: la struttura riabilitativa deve diventare parte integrante del territorio in cui sorge

Possiamo, inoltre, fare una macro-distinzione delle attività riabilitative che si articolano su due livelli;

- Attività di primo livello: riguardano tutte le dimensioni che rientrano nella vita quotidiana dell'utente, quindi, lo sviluppo di tutte quelle competenze che possono essere utili "nel mondo esterno"
- Attività di secondo livello: riguardano tutte quelle tecniche il cui obiettivo principale è quello di esplorare "il mondo interno" del paziente affinché possa sviluppare un grado di consapevolezza e adattamento maggiori

Possiamo anche individuare una prima distinzione dei *setting* della riabilitazione poiché, questa, può essere impostata, principalmente, in due tipologie di contesti: strutturati, come Centri Diurni, Centri di Salute Mentale ed SPDC, ed ecologici, ovvero, i luoghi di vita quotidiana dell'utente.

Lieberman dà una descrizione dettagliata di quello che dovrebbe essere l'obiettivo principale della riabilitazione psichiatrica, ovvero, ridurre la disabilità derivante dalla malattia mentale e l'*handicap* derivante dal contesto sociale in cui vive la persona affetta da disturbo psichico, ristrutturando e/o sviluppando competenze perse o mai apprese, dando alla persona la possibilità di recuperare un ruolo e reintegrarsi in maniera effettiva ed efficace nella sua famiglia e nel suo ambiente sociale<sup>29</sup>.

Quindi, il ruolo cruciale della riabilitazione, è quello di spostare l'attenzione dai sintomi della malattia e dai servizi alla persona affetta da malattia, mettendola "al centro" del suo intero percorso di cura, in modo tale da essere un processo che accompagni e promuova l'evolversi della persona decretando dei cambiamenti interni e nella qualità di vita; il concetto fondante del modello della *recovery*.

Possiamo concludere dicendo che, dalla riforma psichiatrica introdotta da Basaglia, i servizi

---

<sup>29</sup> Lieberman R. P., (2012) Il recovery dalla disabilità – manuale di riabilitazione psichiatrica (a cura di) Svetтини A., Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l., pp. 30-35

territoriali per la salute mentale rappresentano un tangibile caposaldo nella maggior parte delle regioni italiane. Tuttavia, risulta evidente la necessità di innovare i programmi d'intervento e conformarli alla nuova realtà dei bisogni di salute mentale del territorio, in quanto, sappiamo che questo tipo di patologie hanno la caratteristica di mutare alcuni loro aspetti nel tempo, conformandosi agli stili di vita più moderni della società odierna. Nonostante ciò, bisogna sempre tenere a mente un altro aspetto distintivo della riabilitazione, ovvero, che il processo d'innovazione non deve riguardare esclusivamente gli interventi, ma anche la formazione, l'aggiornamento e la tutela degli operatori che se ne occupano.

## 1.6 IL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

*“Possa io insegnare almeno la centesima parte  
di ciò che io imparo da te”  
- William Wordsworth -*

Successivamente alla riforma psichiatrica e alla legge 180, viene introdotta la sfera della riabilitazione anche nella disciplina psichiatrica ma, nonostante la promulgazione del Progetto Obiettivo che hanno cercato di delineare l'architettura dei servizi per la salute mentale, restava un grande interrogativo sull'organizzazione dell'agire della riabilitazione psichiatrica e le figure che se ne dovevano occupare.

Poiché si trattava di una disciplina introdotta da poco, gli studi e le evidenze scientifiche che potevano dare una linea d'indirizzo sul “come”, “quando” e “chi” dovesse occuparsi di riabilitazione arrivarono intorno agli anni Ottanta e Novanta.

Si rese necessaria una considerazione importante soprattutto sulla base dei modelli fondanti della psichiatria, ovvero, il modello bio-psico-sociale e quello vulnerabilità-stress: la presa in carico del paziente psichiatrico doveva essere di tipo multidisciplinare poiché le esigenze e i bisogni di cui queste persone necessitano sono così vasti che non possono essere soddisfatti dal sapere di un'unica figura professionale.

Questa considerazione ha messo in luce come, i professionisti che fino a quel momento si erano occupati del processo di cura di queste persone, avevano poca contezza di cosa fosse la riabilitazione psichiatrica e con quali modalità ed interventi si potesse attuare.

Si rese quindi necessaria l'individuazione di una figura professionale che, in possesso di conoscenze e competenze specifiche, potesse applicare degli interventi mirati volti a far acquisire, all'utente, le abilità necessarie per poter vivere una vita il più soddisfacente possibile all'interno della società e senza l'aiuto costante dei servizi di salute mentale poiché, con la promulgazione della legge Basaglia, le strutture psichiatriche avevano cambiato il proprio ruolo: se prima erano luoghi di raccolta in cui far passare il tempo ai pazienti e per tenerli il più possibile lontano dalla comunità, adesso sono dei luoghi di cura a tutti gli effetti, ed essendo dei luoghi di cura, l'obiettivo ultimo è quello di dimettere i pazienti.

Di conseguenza, viene delineata la figura professionale del Tecnico della Riabilitazione psichiatrica e Psicosociale con l'istituzione delle Scuole Dirette a Fini Speciali che prevedeva

di formare professionisti con capacità d'integrazione tra gli esiti scientifici della letteratura e la praticità del "lavoro sul campo".<sup>30</sup>

Successivamente alla promulgazione dei decreti legislativi 502/1992 e 517/1993, il piano d'insegnamento di tutte le professioni sanitarie è stato rivisto poiché si è resa necessaria la configurazione, anche per queste professioni, di un corso di studi universitario che rilasciasse il relativo Diploma.

Di conseguenza, dopo una serie di riforme intermedie, nel 2001 viene istituita la figura professionale odierna del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP) con il seguente profilo:

*Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, svolge, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disabilità psichica.*

*Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica:*

*a) collabora alla valutazione della disabilità psichica e delle potenzialità del soggetto, analizza bisogni e istanze evolutive e rileva le risorse del contesto familiare e socio-ambientale;*

*b) collabora all'identificazione degli obiettivi formativo-terapeutici e di riabilitazione psichiatrica nonché' alla formulazione dello specifico programma di intervento mirato al recupero e allo sviluppo del soggetto in trattamento;*

*c) attua interventi volti all'abilitazione/riabilitazione dei soggetti alla cura di sé e alle relazioni interpersonali di varia complessità nonché, ove possibile, ad un'attività lavorativa;*

*d) opera nel contesto della prevenzione primaria sul territorio, al fine di promuovere lo sviluppo delle relazioni di rete, per favorire l'accoglienza e la gestione delle situazioni a rischio e delle patologie manifestate;*

*e) opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei soggetti, allo scopo di favorirne il reinserimento nella comunità;*

*f) collabora alla valutazione degli esiti del programma di abilitazione e riabilitazione nei singoli soggetti, in relazione agli obiettivi prefissati.*

*3. Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale.*

*4. Il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica svolge la sua attività professionale in strutture e servizi sanitari pubblici o privati in regime di dipendenza o libero professionale.<sup>31</sup>*

---

<sup>30</sup> Decreto del Presidente della Repubblica del 10 marzo 1982 n. 162 "Riordinamento delle Scuole Dirette a Fini Speciali, delle Scuole di Specializzazione e dei Corsi di Perfezionamento"

<sup>31</sup> Decreto Ministeriale del 29 marzo 2001 n. 182, art. 2 "Regolamento concernente l'individuazione della Figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica"

La professione del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica è stata incorniciata da questo Decreto Ministeriale che, però, non descrive in modo esaustivo le competenze e le caratteristiche che un TeRP deve possedere.

Innanzitutto, dobbiamo prendere atto del fatto che la riabilitazione è un ambito essenziale nella presa in carico di un paziente poiché lo accompagna quotidianamente e per tutto il suo percorso di cura; questo prevede che anche i professionisti che si occupano di riabilitazione affianchino questi pazienti in modo costante, per un lungo periodo di tempo e nei diversi contesti di vita.

Risulta quindi evidente come l'agire riabilitativo di queste figure non può limitarsi solo allo svolgimento prettamente tecnico degli interventi ma, bisogna mescolare e calibrare due aspetti; sia quello tecnico basato sulle evidenze scientifiche, che quello umano e intrinseco alle caratteristiche proprie della persona che svolge il ruolo del riabilitatore.

A causa di questo aspetto cruciale, l'agire del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica risulta particolarmente complesso poiché ha regolarmente a che fare con persone che vivono una condizione di vulnerabilità e sofferenza tali da aver generato il meccanismo del *learned helplessness* (impotenza appresa) che condiziona fortemente la sfera emotiva, relazionale e cognitiva dell'utente.

Per poter comprendere al meglio cos'è l'impotenza appresa, viene di seguito riportato un estratto di "Lascia che ti racconti. Storie per imparare a vivere" di Jorge Bucay:

*“Quando ero piccolo adoravo il circo, mi piacevano soprattutto gli animali. Ero attirato in particolar modo dall'elefante che, come scoprii più tardi, era l'animale preferito di tanti altri bambini. Durante lo spettacolo quel bestione faceva sfoggio di un peso, una dimensione e una forza davvero fuori dal comune... ma dopo il suo numero, e fino ad un momento prima di entrare in scena, l'elefante era sempre legato ad un paletto conficcato nel suolo, con una catena che gli imprigionava una delle zampe. Eppure, il paletto era un minuscolo pezzo di legno piantato nel terreno soltanto per pochi centimetri. E anche se la catena era grossa e forte, mi pareva ovvio che un animale in grado di sradicare un albero potesse liberarsi facilmente di quel paletto e fuggire. Era davvero un bel mistero. Che cosa lo teneva legato, allora? Perché non scappava? Quando avevo cinque o sei anni nutrivo ancora fiducia nella saggezza dei grandi. Allora chiesi a un maestro, a un padre o a uno zio di risolvere il mistero dell'elefante. Qualcuno di loro mi spiegò che l'elefante non scappava perché era*



*ammaestrato. Allora posi la domanda ovvia: “Se è ammaestrato, perché lo incatenano?”. Non ricordo di aver ricevuto nessuna risposta coerente. Con il passare del tempo dimenticai il mistero dell’elefante e del paletto e ci pensavo soltanto quando mi imbattevo in altre persone che si erano poste la stessa domanda. Per mia fortuna, qualche anno fa ho scoperto che qualcuno era stato abbastanza saggio da trovare la risposta giusta: l’elefante del circo non scappa perché è stato legato a un paletto simile fin da quando era molto, molto piccolo. Chiusi gli occhi e immaginai l’elefantino indifeso appena nato, legato al paletto. Sono sicuro che, in quel momento, l’elefantino provò a spingere, a tirare e sudava nel tentativo di liberarsi. Ma nonostante gli sforzi non ci riusciva perché quel paletto era troppo saldo per lui. Lo vedevo addormentarsi sfinito e il giorno dopo provarci di nuovo e così il giorno dopo e quello dopo ancora... Finché un giorno, un giorno terribile per la sua storia, l’animale accettò l’impotenza rassegnandosi al proprio destino. L’elefante enorme e possente che vediamo al circo non scappa perché, poveretto, crede di non poterlo fare. Reca impresso il ricordo dell’impotenza sperimentata subito dopo la nascita. E il brutto è che non è mai più ritornato seriamente su quel ricordo. E non ha mai più messo alla prova la sua forza, mai più”<sup>32</sup>*

L’impotenza appresa è, quindi, lo stato in cui si pone una persona che crede di non poter avere più il controllo sulle dinamiche che accadono nella propria vita e, di conseguenza, di non avere la possibilità di cambiarle; ciò genererà un senso di impotenza tale che queste persone non metteranno in pratica nessun’azione volta a modificare la situazione in cui si trovano anche quando delle opportunità di cambiamento si presentano<sup>33</sup>.

Si genera una concatenazione di eventi estremamente difficili da spezzare, un po’ come la catena che tiene legato al paletto l’elefante di Jorge Bucay; le persone affette da disagio psichico sperimentano una quantità di insuccessi così elevati che non provano più quel senso di motivazione legato all’autostima e all’autoefficacia, e ciò che li ancora al “paletto” è lo stigma interiorizzato.

Ecco, il ruolo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica è proprio quello di spezzare questa catena di eventi dimostrando alla persona affetta da malattia psichica che anche per lui è possibile vivere una vita dignitosa e soddisfacente nonostante la malattia.

---

<sup>32</sup> Bucay J. (2014) Lascia che ti racconti – storie per imparare a vivere. Roma: BUR Rizzoli

<sup>33</sup> Maier S.F. & Seligman M.E. (2016) Learned helplessness at fifty: Insights from neuroscience. In: Psychological Review

Risulta evidente come il ruolo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica sia complesso, poiché non solo deve eseguire una funzione che, già di per sé, risulta essere al contempo delicata e ostica, ma è anche chiamato a compiere un costante e rigoroso esercizio all'autoriflessione e all'auto-osservazione.

La presenza del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica all'interno di un'équipe multidisciplinare risulta essere, di conseguenza, una risorsa indispensabile in tutte le fasi del processo di cura e non solo nella fase prettamente riabilitativa:

- Nell'ambito della prevenzione il TeRP svolge un ruolo importante nel concorrere all'individuazione sia dei fattori di rischio che predispongono all'insorgenza della malattia psichica, che dei fattori protettivi
- Nell'ambito terapeutico-riabilitativo il TeRP attua tutta una serie d'interventi rivolti ad ogni fase della vita (evolutiva, adulta e geriatrica) e, in relazione a questi, differenziati in modo tale da raggiungere il miglior funzionamento possibile

Ciò che caratterizza questa professione è, soprattutto, il ricorso ad abilità utilizzate nel quotidiano di ogni persona che, spesso, il paziente psichiatrico non ha a causa della sintomatologia e di tutti i deficit che questa comporta nelle capacità cognitive, nella cura del sé e del proprio ambiente di vita, nelle abilità comunicative, nella gestione del proprio tempo libero e delle proprie capacità emotivo-affettive; tutte abilità che concorrono ad un buon livello di funzionamento. L'intervento riabilitativo deve offrire ai pazienti la possibilità di sperimentare le proprie capacità inerenti anche alle conseguenze negative che malattia psichica comporta, in modo tale che possano attuare delle strategie di *coping* efficaci dal punto di vista personale che gli permettano di accrescere e migliorare la propria autostima, l'autoefficacia e il senso di soddisfazione. Proprio a causa della grande differenziazione dei luoghi e dei momenti in cui affianca il paziente psichiatrico, possiamo dire che il TeRP può effettuare un'osservazione clinico-funzionale in un'ottica ecologico-riabilitativa<sup>34</sup>.

Abbiamo, quindi, definito “chi è” e “cosa fa” il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, di conseguenza, possiamo illustrare “come agisce”, ovvero, delineare quelle che sono le competenze specifiche che un TeRP deve possedere.

---

<sup>34</sup> Famulari F. & Ruggeri A. (2013) Il ruolo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nel Sistema Sanitario Nazionale. In: Dalla Follia alla cittadinanza – esperienze riabilitative in Sicilia (a cura di) Seminara & Testa, Roma: Edizioni Bonanno Acireale

È competente quell'individuo che dimostra, per un periodo di tempo sufficientemente lungo e in un contesto lavorativo, di saper attuare una serie di comportamenti osservabili e che determinano la realizzazione di una *performance* superiore<sup>35</sup>; ciò significa che è possibile definire competenza ciò che una persona dimostra di saper fare e che risulta essere più efficace. Questa definizione permette di fare una distinzione tra “essere capace” ed “essere competente”; il professionista “capace” è colui che è in grado di eseguire un compito che deve essere svolto in maniera automatica, che quindi non necessita alcuna attitudine specifica e si limita alla semplice esecuzione tecnica della mansione assegnata. Il professionista “competente”, invece, è colui che riesce a intersecare abilità tecniche e attitudini personali con il fine ultimo di erogare una prestazione che risulta più efficace ed efficiente e con il potenziale tangibile di apportare un cambiamento.

Bisogna, inoltre, fare una distinzione ulteriore per quanto riguarda le competenze poiché ne possiamo individuare di tre tipologie;

- Competenza intellettuale: questa riguarda le sfera del “sapere” e fa riferimento alla capacità di memorizzare le informazioni da trasformare in conoscenze e da poter attuare nella pratica professionale
- Competenza comunicativa: questa fa riferimento alla dimensione del “saper essere” e tocca la sfera delle attitudini intrinseche di ognuno di noi e, di conseguenza, la nostra capacità di relazionarci e connetterci agli altri
- Competenza gestuale: questa interessa la componente del “saper fare” riferito esclusivamente ai gesti che vengono compiuti in relazione al contesto

La cornice epistemologica in cui l'operare del Tecnico della Riabilitazione si muove, è quella del *Patient Family Centred Care* (PFCC), ovvero, un modello che considera di basilare importanza l'integrazione tra l'aspetto dell'*Evidence Based Medicine* (EBM) e la sfera individuale e familiare. Ciò garantisce una gestione della patologia che focalizzi l'attenzione sulla persona e non sulla patologia di cui questa soffre; soltanto ascoltando i bisogni del paziente e della sua famiglia rendendoli partecipi delle decisioni nella strutturazione del percorso di cura, è possibile instaurare una buona alleanza terapeutica.<sup>36</sup>

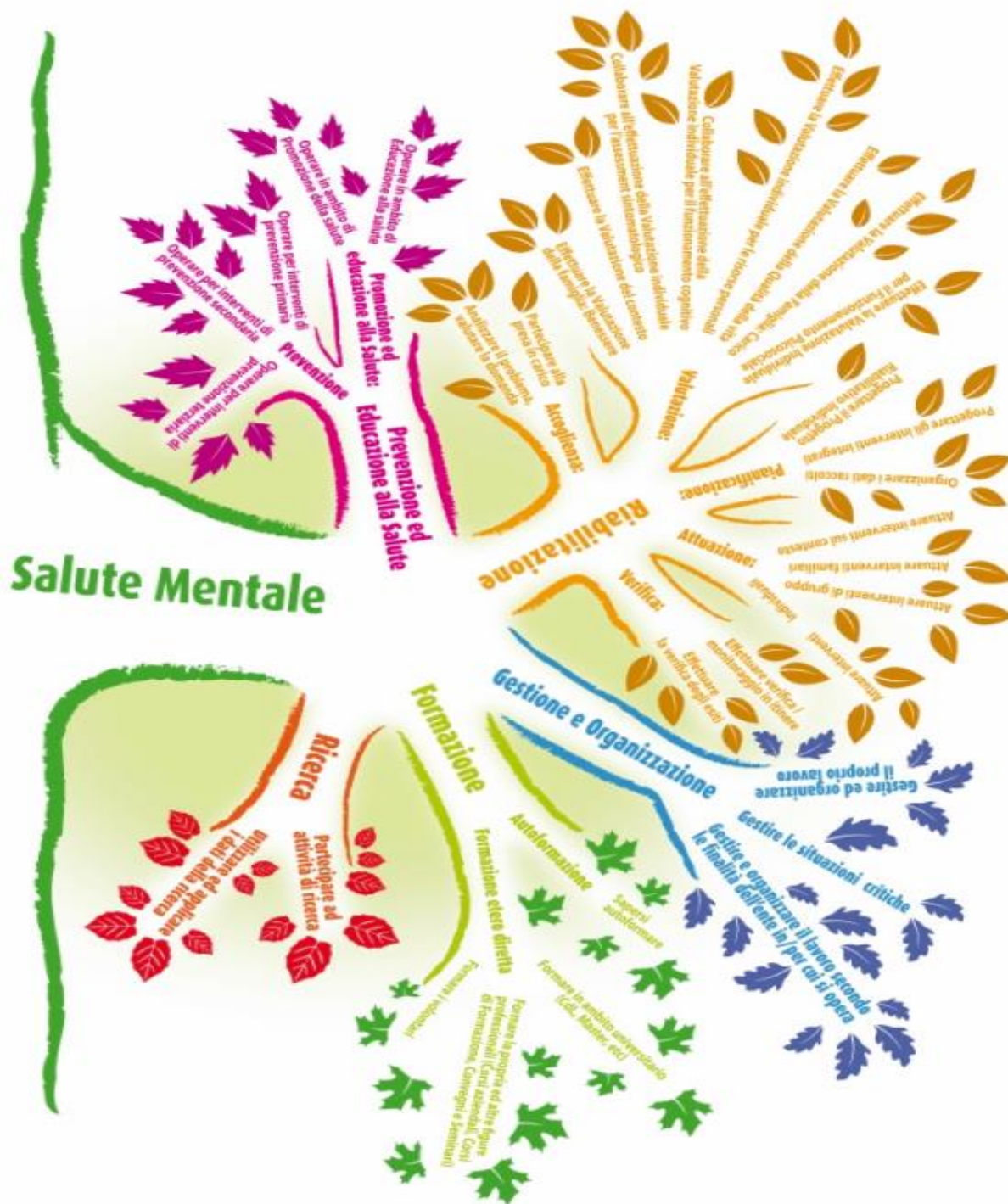
---

<sup>35</sup> Sasso L. et al. (2014) *Profilo delle competenze delle professioni sanitarie*. Milano: McGraw-Hill

<sup>36</sup> Millenson M.L. et al. (2016) *Patient-and Family-Centered Care: A Systematic Approach to Better Ethics and Care*. In: *American Medical Association Journal of Ethics*

Per poter dare una un quadro d'insieme esaustivo e immediato di quelle che sono le funzioni e le attività specifiche svolte dal Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, di seguito viene introdotto l'insero dell'albero figurato (Figura 1) presente nel testo "Il Core Competence del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica".

Figura 1 – L' Albero della salute mentale



Nonostante il ruolo fondamentale, sia dal punto di vista professionale che dal punto di vista culturale, che il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica possiede, ad oggi risulta essere una “professione sconosciuta” nell’ambito collettivo.

Questo, probabilmente, è dovuto al fatto che esiste ancora poca divulgazione d’informazione, generalmente, sul tema della salute mentale, quindi, non solo sulla sintomatologia in sé ma anche sull’organizzazione dei servizi e sulla differenziazione delle figure professionali che se ne occupano.

Infatti, troppo spesso, ci si trova davanti l’eventualità che gli stessi studenti del Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica stiano frequentando il corso di studi a causa di circostanze fortuite e non perchè mossi dal desiderio di diventare professionisti della riabilitazione, ciò comporta che gli studenti si iscrivono portando con sé un bagaglio di dubbi e insicurezze. La pubblicazione, nel 2019, del testo “Il Core Competence del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica”, ha contribuito a dissipare quel velo d’incertezza che avvolgeva questa professione, dandole una collocazione ben precisa sia all’interno del lavoro d’équipe che in termini di competenze da dover possedere.

## **1.7 PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO INDIVIDUALE**

Al concetto di centralità della persona che contraddistingue la disciplina della riabilitazione psichiatrica, si affianca quello che possiamo considerare lo strumento di lavoro principe dell'equipe riabilitativa; il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI).

Poiché gli interventi riabilitativi possono essere erogati in luoghi differenti, si è presentata la necessità di avere un denominatore comune per quanto riguarda lo strumento nodale da utilizzare per la pianificazione e l'organizzazione delle fasi che compongono il percorso terapeutico riabilitativo.

Poiché l'intervento riabilitativo è, per sua stessa natura, multidisciplinare, nell'ottica bio-psico-sociale, l'elaborazione del PTRI viene effettuata dall'equipe, di conseguenza, il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica ne concorre alla stesura.

Il PTRI si realizza nel momento in cui il Centro di Salute Mentale effettua la presa in carico del paziente e ne dispone l'invio ad una struttura riabilitativa residenziale o semi-residenziale; poiché c'è il coinvolgimento di due équipe terapeutico-riabilitative, il PTRI sarà redatto inizialmente dal CSM (la struttura inviante) e, successivamente, sarà ultimato dalla struttura residenziale o semi-residenziale (la struttura ospitante) che disporrà di circa 30 giorni per effettuare una dettagliata osservazione del paziente.

Nel PTRI, quindi, saranno presentati gli interventi terapeutico-riabilitativi (in accordo con le risorse delle due strutture), gli operatori che se ne occuperanno, i *setting* in cui questi interventi saranno effettuati, le tempistiche e la descrizione sintetica ma esaustiva delle procedure da attuare.

Nel documento redatto dalla struttura inviante, sono presenti una serie di informazioni di base quali:

- Dati anagrafici, l'esito della diagnosi clinica e funzionale e le informazioni principali riguardanti il contesto familiare e sociale
- La motivazione che spinge il CSM ad effettuare l'invio del paziente
- Gli obiettivi globali, generali e specifici da raggiungere
- Le aree d'intervento
- L'identificazione degli operatori coinvolti
- Le indicazioni riguardanti la durata del progetto e la frequenza con cui devono presentarsi le verifiche periodiche

L'obiettivo principale del PTRI è, quindi, quello di pianificare un percorso di cura che sia condiviso non solo dalle équipes delle strutture, ma anche dal paziente stesso e dalla sua famiglia, infatti, è presente una sezione apposita la cui funzione è quella di riportare le aspettative e i bisogni della famiglia ma, soprattutto, del paziente stesso.

Successivamente, l'équipe della struttura ospitante recepisce il PTRI redatto dal CSM e attua una fase di accoglienza e osservazione quotidiana del paziente che sarà determinante per poter perfezionare il documento in quanto:

- Vengono descritti in modo esaustivo gli interventi riabilitativi che seguirà il paziente
- Le linee d'intervento vengono concordate con il paziente
- Vengono identificate e differenziate le risorse necessarie affinché gli obiettivi concordati vengano raggiunti. Queste risorse possono essere strumentali, personali, economiche, relazionali, familiari e sociali
- L'utilizzo di strumenti di valutazione volti al monitoraggio dell'andamento del paziente relativo al raggiungimento degli obiettivi prefissati e che vengono somministrati all'inizio, in itinere e al termine dell'intervento riabilitativo

Osserviamo come il PTRI sia uno strumento estremamente complesso nelle fasi di redazione che lo compongono, ma di cruciale importanza per poter creare un progetto riabilitativo che sia condiviso da tutte le parti coinvolte: l'équipe inviata, il paziente con il suo nucleo familiare e l'équipe ospitante. Possiamo quindi individuare le caratteristiche principali di cui si compone un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale;

- Multilivellare: prende in considerazione tutti i contesti in cui può manifestarsi la sofferenza del paziente
- Integrato: vi sono diversi luoghi, interventi, tempistiche e figure professionali che vengono coordinate in funzione dell'organizzazione di un percorso individuale
- Conseguenziale: gli interventi riabilitativi devono possedere degli elementi in comune fra loro in modo tale che si potenzino a vicenda
- Temporaneo: il progetto ha una durata specifica nel tempo con la possibilità di poter concordare una proroga
- Flessibile: è previsto un costante monitoraggio in modo tale da modificare il progetto sulla base dei cambiamenti che possono avvenire
- Individualizzato: il PTRI deve essere costruito in relazione alle risorse e ai bisogni

che ogni paziente possiede

- Misurabile e riproducibile: i risultati ottenuti grazie all'uso degli strumenti di valutazione standardizzati sono riproducibili dal punto di vista oggettivo.

Esaminando attentamente le caratteristiche prioritarie che un PTRI deve possedere, possiamo osservare come alcune di queste siano le stesse a cui gli interventi riabilitativi devono sottostare affinché possano essere considerati efficaci. Nonostante ciò, spesso si va incontro a delle problematiche che si scontrano con quelle che dovrebbero essere delle caratteristiche basilari;

- La generalizzazione: questa va contro ogni principio di personalizzazione e individualizzazione che dovrebbero essere, al contrario, garantiti sia dal PTRI che dagli interventi stessi.

La generalizzazione si verifica nel momento in cui al paziente viene insegnata un'abilità in un contesto protetto (quale quello della struttura ospitante) senza alcuna possibilità di sperimentarla in un ambiente "esterno" e di vita quotidiana, andando successivamente a decretarne la perdita. Inoltre, la generalizzazione, si verifica anche nel momento in cui gli interventi riabilitativi sono gli stessi per tutti i pazienti che afferiscono a quella struttura

- La stabilizzazione: quando gli interventi riabilitativi vengono erogati e i pazienti apprendono una determinata abilità, questa deve poi consolidarsi nelle abitudini di vita del paziente e questo è possibile soltanto attraverso la ripetizione ciclica dell'intervento e la partecipazione ad altri interventi riabilitativi-integrativi.

Questo, purtroppo, in alcuni contesti riabilitativi non accade, andando a decretare nuovamente la perdita di quella competenza appresa

Risulta evidente come tutti gli interventi riabilitativi proposti e descritti nei PTRI devono essere *recovery-oriented*, ovvero, devono porre la persona al centro del proprio percorso terapeutico-riabilitativo in modo tale da sollecitarla e motivarla nel prendersi sempre più responsabilità volte al fine di renderla autonoma e, infine, di essere dimessa dalla struttura. Questo può accadere soltanto se il PTRI è orientato alla piena integrazione sociale e al miglioramento della qualità di vita sia oggettivo che percepito.



## 1.8 IL CENTRO DIURNO

*“Qualunque paziente  
per quanto intrattabile possa apparire la sua condizione  
mantiene la capacità di sorprendere un terapeuta  
che non si perde d’animo”  
- Wing Brown -*

Alla luce del fatto che lo studio sperimentale trattato in questa tesi si svolge in un Centro Diurno, è doveroso fare un approfondimento su questo tipo di struttura riabilitativa.

Il Centro Diurno (CD) è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel territorio. È aperto almeno otto ore al giorno per sei giorni a settimana. È dotato di una propria équipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato. Dispone di locali idonei adeguatamente attrezzati. Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di attuare percorsi terapeutici, di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo. Il CD può essere gestito dal DSM o dal privato sociale e imprenditoriale. Nel rispetto degli standard nazionali per l'accreditamento, i rapporti con il DSM sono regolati da apposite convenzioni, che garantiscano la continuità della presa in carico.<sup>37</sup>

Gli utenti che afferiscono al CD necessitano di interventi focalizzati su:

- Socializzazione, poiché possiedono una buona stabilità sintomatologica ma una scarsa rete sociale a causa delle difficoltà legate alla sfera delle abilità sociali e delle relazioni interpersonali
- Mirati all'acquisizione e riacquisizione di abilità di base (quali al cura del sé e del proprio contesto abitativo, l'utilizzo dei mezzi di comunicazione e dei mezzi di trasporto), di abilità interpersonali e di abilità sociali volte all'inserimento lavorativo, all'inserimento scolastico e ad avere un ruolo all'interno della comunità partecipando ad attività di volontariato

---

<sup>37</sup> [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

- Lavoro di rete, in cui il CD diventa parte integrante del contesto territoriale in cui è inserito sollecitando gli utenti nel prendere parte agli eventi culturali e di socializzazione. Il lavoro di rete svolto in sinergia con gli enti ma anche con le altre strutture riabilitative presenti sul territorio, permette di ridurre lo stigma e i pregiudizi nei confronti dei pazienti affetti da disagio psichico ma anche di avere un confronto tra pari che genera uno scambio bidirezionale di pareri, suggerimenti e punti di vista
- Contenimento dei ricoveri e prevenzione delle ricadute

Questa modalità d'intervento si contraddistingue poiché gli utenti vengono incoraggiati nel frequentare gli ambienti comunitari di socializzazione e nell'individuazione delle proprie competenze fruibili in ambito lavorativo, permettendo la messa in pratica costante di abilità di base e complesse nell'ottica della pratica *recovery-oriented* che prevede l'uscita definitiva dalle strutture del circuito psichiatrico.

Vengono, quindi, attuati i principi del modello di psichiatria di comunità che prevedono una riconnessione sociale con il territorio di appartenenza e che i percorsi d'intervento siano strutturati in modo tale da toccare ogni ambito della vita dell'utente e personalizzati sulla base dei bisogni individuali. In questo modo, per ciascun utente, vengono a crearsi delle opportunità di cambiamento del proprio stato sociale e delle proprie competenze.

Inoltre, possono essere individuate delle fasi organizzative specifiche che orientano le componenti dell'équipe multiprofessionale;

- Accoglienza ed orientamento: il paziente che arriva nel CD viene presentato sia agli operatori che al gruppo di utenti. In questa fase gli operatori svolgono un'azione prettamente osservazionale delle dinamiche del rispetto delle regole, relazionali e comunicative che il paziente attua e in che misura. Questa fase è fondamentale poiché permetterà di fare una prima valutazione di quelli che potranno essere gli interventi riabilitativi a cui potrà partecipare, inoltre, è la fase in cui viene aperta la cartella individuale
- Osservazione e valutazione: in questa fase vengono stabiliti quelli che sono gli obiettivi da pianificare e come, il percorso riabilitativo volto al raggiungimento di questi, sarà strutturato e monitorato. Di conseguenza, viene fatta la valutazione funzionale da parte dell'équipe del CD e viene individuato quello che sarà l'operatore

di riferimento (*case manager*)

- Restituzione della valutazione: in questa fase viene concordato e condiviso con il paziente quello che sarà l'iter riabilitativo che risponda in modo più efficace possibile a quelli che sono i suoi bisogni, al fine di instaurare un rapporto di fiducia con il *case manager* e di ottenere una partecipazione attiva al proprio percorso terapeutico-riabilitativo
- Identificazione degli obiettivi: vengono condivisi con il paziente quelli che saranno gli obiettivi riabilitativi da raggiungere relativi a quel preciso momento del suo percorso riabilitativo. In questa fase viene prevista anche la negoziazione con l'utente in relazione all'identificazione degli obiettivi e bisogni prioritari
- Pianificazione delle modalità di lavoro: questa è la fase più complessa poiché bisogna organizzare tutti gli interventi riabilitativi volti al raggiungimento degli obiettivi prioritari che si sono stabiliti in sede di colloquio con il *case manager*

Il fine ultimo del Centro Diurno è, come accennato in precedenza, quella di creare, attraverso un *setting* organizzativo preciso, delle opportunità lavorative e sociali tali da rendere gli utenti il più autonomi possibile in modo tale che possano uscire, in maniera definitiva, dal circuito delle strutture riabilitative.

## **CAPITOLO 2**

### **LA RIABILITAZIONE COME STRADA VERSO LA *RECOVERY***

*“Mi diresti, per favore, da che parte dovrei andare da qui?”*

*Dipende molto da dove vuoi arrivare*

*Non mi interessa molto dove*

*Allora non importa in che direzione vai”*

*- Lewis Carroll -*

#### **2.1 IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE**

Abbiamo visto come la psichiatria di comunità ponga l'attenzione su un processo di cura che sia attivato e attuato all'interno del contesto abitativo del paziente psichiatrico e realizzato da un'équipe multidisciplinare.

Questo metodo di approccio è spiegato dall'assunto di base che, la patologia psichica, nasce nel territorio con una genesi multifattoriale di carattere bio-psico-sociale, ciò denota che il decorso della malattia avviene, principalmente, su tre piani differenti: biologico, psicologico e sociale.

Questo modello di approccio alla persona è stato approfondito e divulgato su scala globale da Engel, il quale si accorse di come, durante gli anni Settanta e Ottanta, la medicina stesse affrontando una vera e propria crisi a causa delle limitazioni dell'assunto epistemologico fondante; il modello biomedico. Tale costrutto si fonda su un assunto semplicistico e riduzionistico della malattia poiché considerata come uno stato della persona causato da variabili biologiche misurabili e che si discostano dalla norma, di conseguenza, la malattia è definita come un fenomeno che comporta un effetto indesiderato che arreca disagio e, in quanto tale, deve essere eliminato attraverso azioni correttive.

In questo modo, il modello biomedico, abbraccia anche la visione dualistica mente-corpo che presuppone le due entità completamente separate poiché la funzione della medicina è quella di occuparsi, esclusivamente, della dimensione biologica in quanto questa, da sola, è sufficiente nello spiegare i fenomeni del corpo, ivi compreso lo stato di malattia.

La grande diffusione nel mondo Occidentale di questo paradigma affonda le sue origini nel periodo durante il quale avvenne l'ascesa del cristianesimo; poiché il corpo è visto come un involucro con l'unico scopo di contenere l'anima affinché ne possa garantire il trapasso da un mondo ad un altro, concettualmente si è paragonata la funzione del corpo a quella di una macchina. Il corpo umano, in quanto macchina, può essere soggetta a malfunzionamenti nel momento in cui la malattia insorge, e la figura che deve occuparsi della riparazione è il medico<sup>38</sup>. Di conseguenza, il modello biomedico della malattia, è un processo che si compone di tre fasi rigide e specifiche:

- Riconoscimento di un *cluster* di sintomi
- Classificazione di questi in una malattia definita poiché se ne conoscono con certezza l'eziologia e la patogenesi
- Attuazione di uno specifico trattamento individuale

In questo modo si andava ad eliminare un aspetto cardine, caratterizzante e antico delle discipline mediche, ovvero, che l'identificazione della malattia è sempre stata fatta attraverso l'osservazione di comportamenti che, essendo mediati da aspetti sociali e psicologici, possono essere classificati sia come conformi che come atipici.

Di conseguenza, si è cercato di dare una spiegazione su base biologica in cui, queste manifestazioni comportamentali anomale e disfunzionali, venivano accostate ad una disregolazione biochimica, ma ciò non ha dato gli esiti sperati poiché non era comunque possibile attribuirne una causa specifica.

Il comportamento, di per sé, è il modo in cui un soggetto si relaziona con l'ambiente e con gli altri ed è dettato da precise norme sociali e convenzionali; tutto ciò che si discosta rispetto a quel preciso contesto viene considerato comportamento atipico e disfunzionale.

A questo punto sorgevano due interrogativi con cui il modello biomedico entrava in contrasto:

- La nuova definizione di malattia data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità
- La disciplina psichiatrica

Per quanto concerne la psichiatria, si deduce come le malattie che afferiscono a questa branca

---

<sup>38</sup> Engel G. L. (1977) The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In: Science New Series

della medicina non potevano essere spiegate, in modo esaustivo, facendo riferimento esclusivamente al modello biomedico. Ciò decretò una vera e propria crisi sia nell'ambito medico ma anche, e soprattutto, in quello psichiatrico poiché, per risolvere il paradosso che si era creato, cominciava ad essere messa in dubbio la posizione di tale disciplina nell'ambito medico. Per alcuni, poiché le malattie psichiatriche avevano caratteristiche che strabordavano dall'inquadramento biomedico, queste non potevano essere considerate delle vere e proprie malattie; di conseguenza, anche gli psichiatri non dovevano più essere considerati medici.

Questa visione esclusionista della psichiatria, però, non rispondeva comunque i criteri del dogma biomedico poiché le malattie psichiche possedevano una causa biologica comprovata. A causa di questo impiccio, Engel propose una soluzione alternativa; invece di escludere in modo arbitrario dall'ambito medico la disciplina psichiatrica, bisognava cambiare il modello di riferimento della medicina e, di conseguenza, passare da quello biomedico a quello bio-psico-sociale.

In questo modo non solo la psichiatria rientrava nelle discipline mediche, ma si annetteva a tutte le altre branche della sanità il concetto dell'osservazione comportamentale che, durante il corso del tempo, era stato perduto. La funzione principale del modello bio-psico-sociale è quella di considerare il binomio mente-corpo non come entità separata, bensì come unica poiché si accetta l'assunto di base che una dimensione influenzi l'altra e viceversa.

Engel individua tre "sistemi"<sup>39</sup> con i relativi elementi che sono in costante e complessa iterazione nel decretare l'insorgenza della malattia oppure nel mantenere lo stato di salute:

- Dimensione biologica che comprende fattori genetici e biochimici
- Dimensione psicologica che comprende fattori comportamentali e introspettivi
- Dimensione sociale che comprende i contesti e gli ambienti di vita

Solo prendendo in considerazione tutti e tre questi sistemi, era possibile dare una visione completa dello stato di salute dell'individuo poiché si considerava non solo lo stato oggettivabile di malattia, ma anche quello soggettivo poiché, secondo Engel, sono entrambi ugualmente importanti.

Lo sviluppo di una malattia, qualsiasi essa sia, è influenzata sia dai processi biochimici che

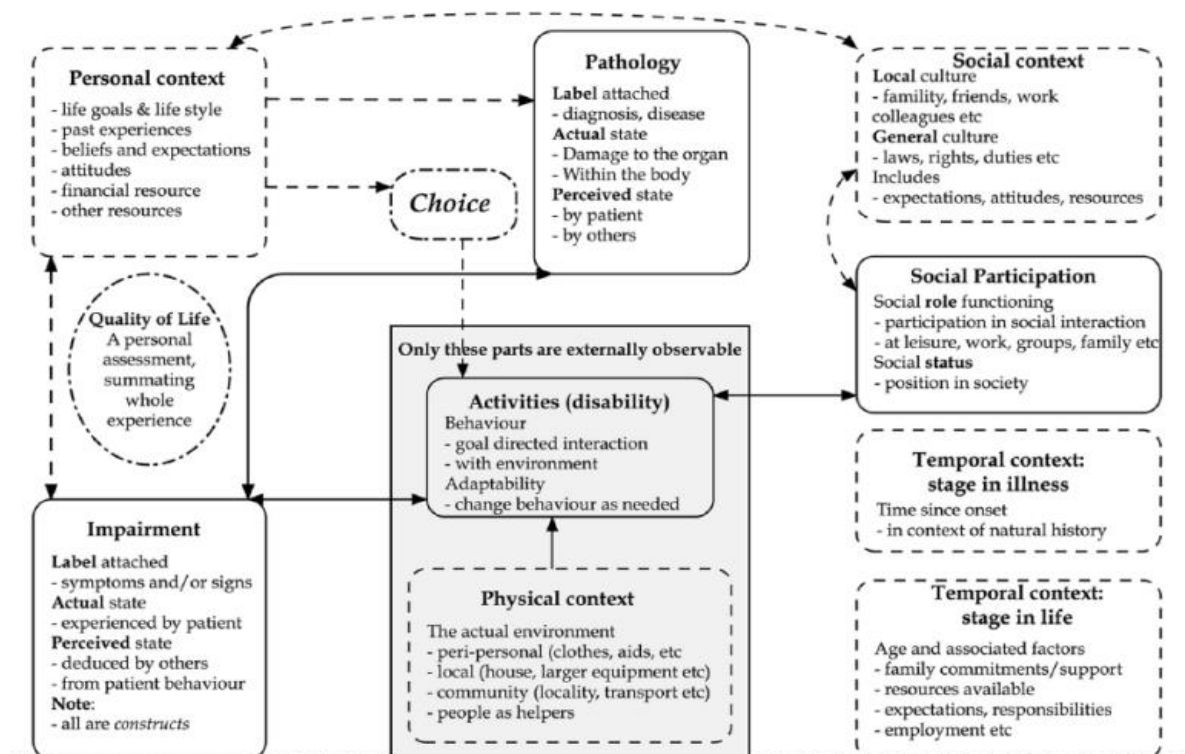
---

<sup>39</sup> Lugg W. (2022) The biopsychosocial model – history, controversy and Engel. In: Australasian Psychiatry

questa comporta a livello fisico, ma anche dai processi psicologici e dai fattori sociali che permettono all'individuo di vedere sé stesso come malato, di accettare o rifiutare questa condizione, e di come questo *status* cambi il modo in cui sono visti dalla società.

Questi, che per la psichiatria erano concetti che si stavano consolidando sempre di più, non trovarono lo stesso grado di approvazione nelle altre discipline mediche in quanto non è stato compreso il fatto che Engel non volesse eliminare del tutto il modello biomedico, ma solo incorporarlo in una visione olistica che non considerava più soltanto la malattia in senso stretto, ma lo stato di salute generale dell'individuo che poteva essere soggetto a perturbazioni. Nel modello biomedico ciò che veniva messo al centro delle considerazioni era la malattia mentre, nel modello bio-psico-sociale, ciò che possiede una posizione centrale era l'individuo nella sua globalità (Figura 2).

**Figura 2** – *Holistic, biopsychosocial model of illness: components of importance, Wade D. T., & Halligan P. W., (2017)*

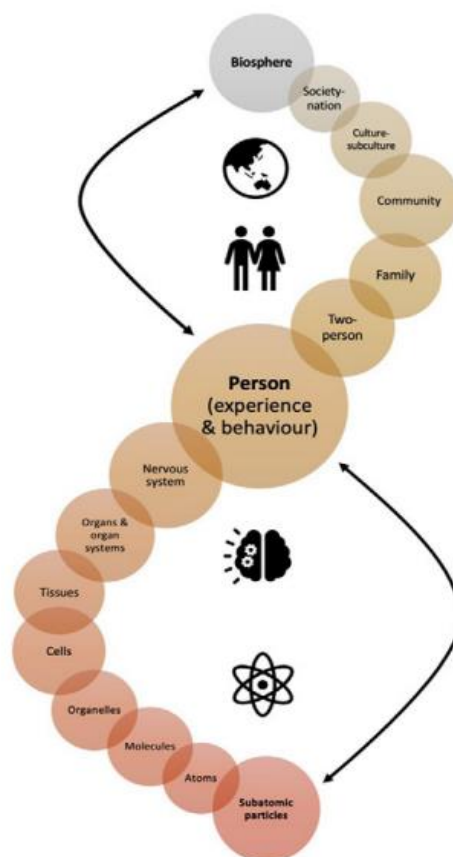


Ad oggi questo modello è ampiamente utilizzato nella pratica riabilitativa in cui il concetto di centralità della persona è direttamente proporzionale al miglioramento dell'esito dello stato di salute, nonché nella gestione di patologie cronicizzate ed è la base fondante di nuove

linee guida sanitarie come l'ICF sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e approvata a livello internazionale nel 2001<sup>40</sup>.

Nonostante ciò, come aveva previsto Engel, il modello bio-psico-sociale (Figura 3) non viene riconosciuto un paradigma valido da coloro che si occupano di finanziamento e politica della sanità, ovvero, coloro che sono i diretti responsabili dell'organizzazione dei servizi e dei bilanci.<sup>41</sup> Engel, infatti, conclude il suo articolo dicendo che il modello bio-psico-sociale fornisce un modello per la ricerca, un quadro per l'insegnamento e un progetto per l'azione nel mondo reale dell'assistenza sanitaria, lasciando ai posteri la valutazione della sua utilità. La risposta, però, non arriverà se non ci saranno le condizioni per farlo. In una società libera, il risultato dipenderà da coloro che avranno il coraggio di provare nuove strade e la saggezza per fornire il supporto necessario.<sup>42</sup>

**Figura 3** – The “continuum of natural systems” as proposed by Engel (1980), Lugg W., (2022)



<sup>40</sup> [www.who.int](http://www.who.int)

<sup>41</sup> Wade D. T. & Halligan P. W. (2017) The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. In: Clinical Rehabilitation

<sup>42</sup> Engel G. L. (1977) The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In: Science New Series



Nonostante ciò, il modello bio-psico-sociale sarà la base fondante della Classificazione Internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF).

Questa propone, di conseguenza, una nuova visione degli individui che presentano problematiche di salute individuando come questi possano “funzionare” in presenza di qualsiasi tipo di disabilità. Innanzi tutto, questo nuovo modello di classificazione ha come peculiarità quella di possedere un’applicazione universale in quanto vengono spiegate tutte le condizioni di salute attraverso due domini:

- Funzioni e strutture corporee
- Attività e partecipazione

Questi sono, inoltre, descritti dal punto di vista corporeo, individuale e sociale, in altri termini; biologico, psicologico e sociale.

L’ICF si presta, quindi, nel raggruppamento metodico dei diversi domini che costituiscono un individuo quando si trova in una precisa condizione di salute prendendo, come principi e termini cardine<sup>43</sup>:

- Il funzionamento inteso come “termine ombrello” poiché comprende tutte le funzioni corporee, le attività e la partecipazione
- La disabilità anch’esso inteso come termine ombrello poiché comprende le menomazioni, le limitazioni delle attività e alla partecipazione

Possiamo, quindi, concludere che l’ICF è un sistema di classificazione che abbraccia in modo completo il modello bio-psico-sociale poiché, nel considerare il funzionamento dell’individuo, cattura sia gli aspetti deficitari che i suoi punti di forza.

Inoltre, si tiene conto dell’influenza bidirezionale tra ambiente ed individuo; il contesto può agire sia in maniera facilitante che ostacolante sulla condizione di funzionamento e, nel caso in cui si verifichi una condizione di avversione, questa può concretizzare delle situazioni di aggravamento (se non addirittura causali) della condizione di disabilità dell’individuo.

La disabilità, quindi, diventa l’esito di iterazioni e influenze reciproche tra la condizione di salute dell’individuo e i fattori contestuali.

---

<sup>43</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità (2002) ICF – Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute. Trento: Erikson

## 2.2 IL MODELLO VULNERABILITÀ – STRESS – DIATESI

“La scienza non deve arrivare alla verità assoluta  
ma rimuovere i pregiudizi  
e le nostre convinzioni errate”  
- Niels Bohr -

Adottando come quadro epistemologico di riferimento il modello bio-psico-sociale, è possibile dare una spiegazione piuttosto esaustiva della patogenesi dei disturbi psichici poiché permette di mettere in relazione due elementi che appartengono a due dimensioni differenti; lo *stress* afferente alla sfera dell'universalità e la vulnerabilità, afferente alla sfera individuale.

In ambito medico-scientifico, il concetto di stress<sup>44</sup> è stato introdotto per la prima volta da Selye che lo definì come *General Adaptation Syndrome* (Sindrome Generale di Adattamento) poiché è una reazione adattiva e aspecifica dell'organismo in risposta a stimoli che possono comprometterne l'equilibrio omeostatico<sup>45</sup>.

L'agente che induce la risposta di stress viene chiamato *stressor* e può essere di diversa natura, sia fisica (esterna) che psicologica (interna); lo stress, quindi, è una risposta aspecifica poiché è indipendente dalla tipologia di stimolo che la provoca, ma anche universale poiché caratterizzata da un'attivazione dell'asse ipofisi-cortico-surrene (HPA) comune a tutti gli individui.

La risposta di *stress* si compone di tre fasi consecutive:

- Fase di allarme, è la prima risposta in relazione ad uno *stressor* e viene innescata, dall'organismo, con funzione difensiva.  
È contraddistinta da una massiccia attivazione dell'asse HPA e dalla messa in pratica di comportamenti volti a fronteggiare lo stimolo
- Fase di resistenza, si verifica nel momento in cui la condizione di stress persiste nel tempo.  
Questa si contraddistingue per l'attivazione imponente di misure di adattamento alla nuova situazione creatasi

---

<sup>44</sup> Selye H. (1936) A syndrome produced by diverse nocuous agents. In: Nature

<sup>45</sup> Selye H. (1955) La sindrome di adattamento. Milano: Istituto sieroterapico milanese S. Belfanti

- Fase di esaurimento, si manifesta se lo *stressor* persiste oppure se sovrasta le capacità di adattamento dell'organismo: si mantiene un costante stato di iperattivazione che comporterà un progressivo esaurimento delle risorse personali tale da rappresentare un fattore predisponente all'insorgenza di patologie psicofisiche

Inoltre, Selye distingue lo stress “buono” da quello “cattivo” introducendo i concetti di *eustress* e *distress*; il primo viene considerata una reazione fisiologica di stress acuto poiché sia la sua attivazione che la sua disattivazione sono di breve durata. La funzione dell'*eustress* è quella di promuovere l'adattamento dell'organismo al nuovo equilibrio omeostatico.

Il *distress* è, invece, una reazione cronica e patologica che si verifica nel momento in cui l'organismo non riesce a mettere in atto delle azioni di adattamento efficaci determinando una prolungata esposizione all'evento stressante; ciò comporterà un rischio aumentato dell'insorgere delle malattie psichiatriche. Possiamo quindi dire che, più il soggetto non sarà in grado di adattarsi alla nuova situazione, e più sarà aumentato il rischio d'insorgenza della malattia psichica, ovvero, sarà più vulnerabile.

Per definizione, la vulnerabilità è quella condizione che si verifica nel momento in cui si è vulnerabili, ovvero, “scoperti” e soggetti a danneggiamento<sup>46</sup>; se declinata all'interno del modello vulnerabilità-stress, questa può essere considerata come la soglia individuale di tolleranza allo stress.

Poiché intrinseca ad ogni individuo, la vulnerabilità è strettamente dipendente dalle caratteristiche del soggetto, quindi, vi rientrano: la predisposizione genetica, la struttura di personalità, il supporto sociale percepito, le modalità di funzionamento, la condizione socio-economica, la resilienza, il tipo di interpretazione che il soggetto fa dell'evento avverso, l'utilizzo di sostanze psico-attive e l'attuazione di strategie di fronteggiamento efficaci (abilità di *coping*).

Per quanto concerne le strategie di *coping*, queste vengono definite come l'insieme di schemi cognitivi e i relativi comportamenti che l'individuo mette in atto per fronteggiare specifici eventi stressanti vissuti come superiori rispetto alle risorse possedute dal soggetto<sup>47</sup>.

Gli stili di *coping* vengono raggruppati in tre tipologie;

- Operativo/orientato al compito (*task oriented*): finalizzato a gestire o risolvere la

---

<sup>46</sup> <https://www.treccani.it/vocabolario/vulnerabilita/>

<sup>47</sup> Lazarus R. & Folkman S. (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer

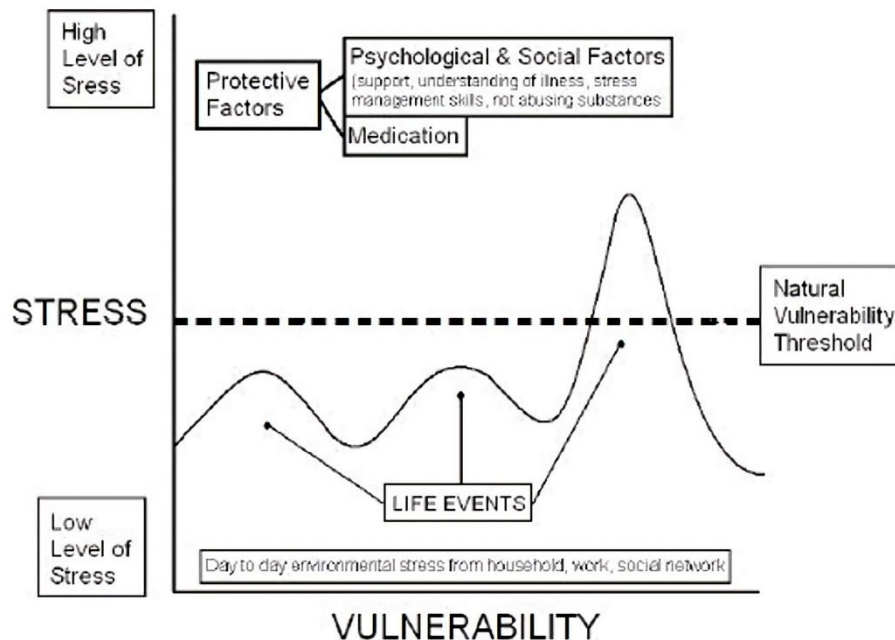
situazione problematica in maniera concreta e pratica

- Emotivo/orientato alle emozioni (*emotion oriented*): consente di effettuare un'operazione di regolazione emotiva che può essere volta ad una prospettiva di controllo oppure di abbandono alle emozioni
- Evitante (*avoidance oriented*): consiste nel mettere in atto comportamenti sostitutivi o attività distraenti rispetto alla situazione stressante<sup>48</sup>

Importante, inoltre, è il concetto di resilienza, definita come la capacità dell'individuo di resistere ad un urto e ristabilire la condizione precedente di funzionamento.<sup>49</sup>

I primi ad elaborare la teoria del modello vulnerabilità-stress furono Zubin e Spring (Figura 4) che lo definirono come uno schema illustrativo della patogenesi dei disturbi mentali secondo il quale l'effetto combinato della vulnerabilità genetica e dei fattori stressanti comportano, in alcuni individui, il superamento della soglia individuale di adattamento bio-psico-sociale favorendo la comparsa dei sintomi del disturbo mentale<sup>50</sup>.

**Figura 4** – *Vulnerability-stress model: stressful life events and protective factors*, Zubin J., Spring B. (1977)



<sup>48</sup> Endler N. S. & Parker J. D. (1990) Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. In: Journal of Personality and Social Psychology

<sup>49</sup> Malaguti E. & Cyrulnik B. (2005) Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi, Trento: Erikson

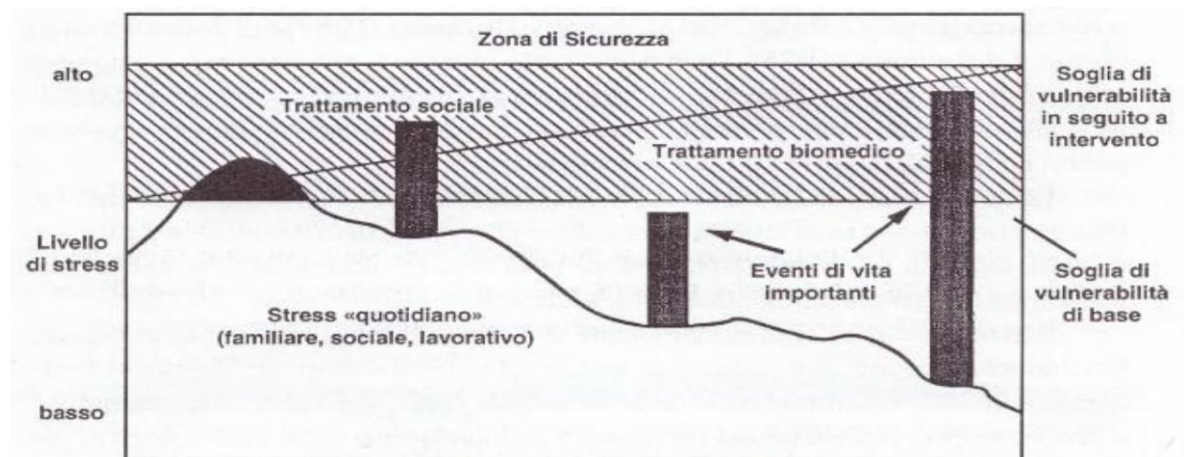
<sup>50</sup> Zubin J. & Spring B. (1977) Vulnerability - A New View of Schizophrenia. In: Journal of Abnormal Psychology

Ogni persona possiede una soglia individuale di tolleranza agli *stressor*, ciò significa che per i soggetti con una bassa soglia di tolleranza, sono sufficienti eventi stressogeni di bassa entità per sviluppare sintomatologia psichiatrica mentre, le persone con un'alta soglia di tolleranza, risulteranno essere più resilienti.

Nonostante si siano susseguite una sequela di revisioni nel tempo, questo risulta essere il modello fondante ed esplicativo primario a cui verranno addizionati una serie di concetti di contorno.

Nell'intervento psicoeducativo familiare, Falloon propone un modello vulnerabilità-stress (Figura 5) che possiamo considerare sovrapponibile a quello teorizzato da Zubin e Spring, ma ne propone uno schema che risulta essere di più semplice e di immediata trasmissione.

**Figura 5** – Il modello di iterazione stress e vulnerabilità nella genesi degli episodi di disturbo mentale, Falloon I. (1993)



Falloon mette in evidenza lo squilibrio che si crea nel momento in cui le richieste dell'ambiente superano le capacità che l'individuo possiede per fronteggiarle evidenziando, in maniera schematica, le varie componenti<sup>51</sup>:

- Lo stress viene distinto in due tipologie, ovvero, quello quotidiano (a cui afferisce in particolar modo quello familiare) e quello legato agli eventi improvvisi
- La soglia individuale della vulnerabilità è posta in maniera tale da rimarcare la sua funzione di tolleranza allo stress poiché, al di sotto, si posizionano gli elementi con

<sup>51</sup> Veltro F., Venditelli N., Pontarelli I., Pica A., & Nicchiniello I. (2017) Manuale per l'intervento psicoeducativo di Gruppo per il Raggiungimento di Obiettivi (INTE.G.R.O.), Roma: Alpes Italia srl., pp. 20-21

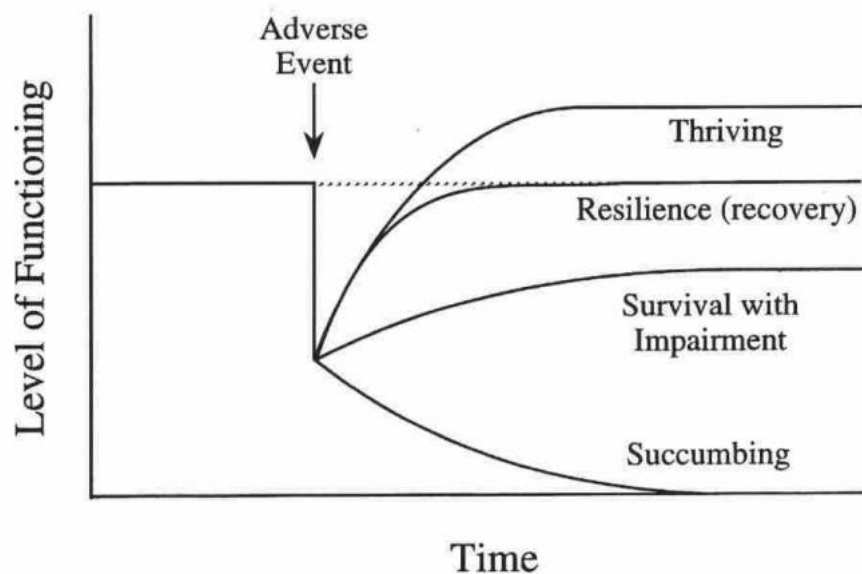
un basso grado stressogeno mente, al di sopra, si posizionano gli elementi con un altro grado stressogeno

- La linea curva rappresenta il grado di pressione esercitato dagli *stressor* quotidiani
- Le colonne rappresentano lo stress esercitato dagli eventi di vita improvvisi

L'autore, infine, sottolinea come la soglia della vulnerabilità possa essere innalzata mediante appositi interventi di tipo psicosociale e biomedico.

Un altro modello da prendere in considerazione è quello presentato da Carver (Figura 6) poiché introduce il concetto di *Thriving*; questo termine deriva dal verbo inglese "to thrive" e può essere tradotto come "prosperare"<sup>52</sup>.

**Figura 6** – *Potential response to trauma, Carver C. S. (1998)*



Secondo questo modello, in risposta ad un evento avverso, possono essere prodotti quattro esiti differenti<sup>53</sup>;

- Soccombere: si verifica nell'occasione in cui l'individuo non è in grado di fronteggiare l'evento stressante con le risorse che possiede
- Sopravvivenza con perdita: accade quando si riesce a far fronte all'evento avverso ma senza adattarsi in modo completo alla nuova situazione, di conseguenza, ci saranno delle compromissioni tali da ridurre la qualità di vita

<sup>52</sup> [www.wordreference.com/enit/thriving](http://www.wordreference.com/enit/thriving)

<sup>53</sup> Carver C. S. (1998) Resilience and Thriving: Issues, Models, and Linkages. In: Journal of Social Issues

- Resilienza: si concretizza laddove il soggetto riesce a fronteggiare l'evento avverso ritornando ad un livello di funzionamento pari a quello iniziale
- *Thriving*: si realizza nel momento in cui la persona, dopo l'evento avverso, sviluppa un livello di funzionamento superiore rispetto al precedente

Di conseguenza, si pone l'attenzione su quello che possiamo considerare un esito positivo all'evento stressante poiché, se la persona funziona in modo migliore, significa che attraverso l'esperienza sono emerse una serie di qualità che hanno prodotto un beneficio e, successivamente, una qualità di vita migliore.

Infine, Carver individua una serie di caratteristiche alla base del *Thriving*;

- Competenze e conoscenze: le persone che hanno superato un evento avverso con successo hanno acquisito qualcosa che prima non possedevano. Questo determina un effetto a lungo termine, ovvero, la flessibilità di sviluppare nuovi percorsi con l'utilizzo di nuove abilità
- Fiducia: le persone sono più fiduciose sia verso sé stesse, poiché si è in grado di fare qualcosa che prima non si sapeva, ma anche verso il futuro, in quanto si sperimenta la consapevolezza di poter affrontare anche altri eventi avversi quando si presenteranno (“se ho superato questo, significa che posso affrontare anche altri eventi ostici”)
- Rafforzamento delle relazioni personali: accade nel momento in cui, la persona che sta affrontando un evento avverso, percepisce che può fare affidamento sulle persone che sono significative per sé. Ciò comporta un aumento del senso di fiducia e sicurezza verso gli altri e, di conseguenza, un rafforzamento dei legami interpersonali

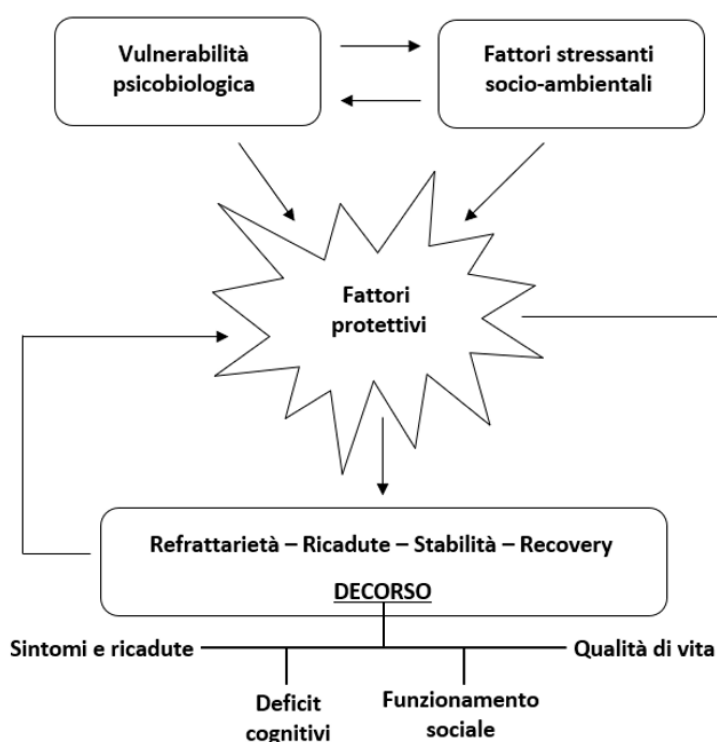
In conclusione, gli individui che sperimentano l'evento del *Thriving*, sono coloro che riescono a produrre qualcosa di utile e positivo dagli episodi avversi; quelli che “ne escono più forti di prima”. Ciò avrà come conseguenza un miglioramento nella qualità di vita poiché, queste persone, saranno meno inclini alle ricadute, o anche, meno vulnerabili.

Un altro autore che propone una revisione di questo modello è Liberman, il quale denominerà questo quadro concettuale “modello stress-vulnerabilità-fattori protettivi” (*vulnerability-*

*stress-coping-competence*)<sup>54</sup>.

Secondo questo modello, i fattori stressanti socio-ambientali a cui un individuo è sottoposto e il suo grado di vulnerabilità genetica, possono interagire in modo tale da decretare un effetto negativo sul decorso e sull'esito delle malattie psichiatriche<sup>55</sup>. Inoltre, l'andamento del disturbo può essere descritto lungo una successione di eventi posti in una relazione di continuità e determinati da fattori quali: sintomi, deficit cognitivi, funzionamento sociale e qualità di vita (Figura 7).

**Figura 7** – *Modello vulnerabilità-stress-fattori protettivi della malattia mentale, Liberman R. P. (2012)*



Si considerano fattori ambientali stressogeni:

- Utilizzo di sostanze d'abuso
- Clima familiare ad alta emotività espressa
- Dissonanza tra gli interventi erogati dal professionista e i bisogni dell'utente
- Isolamento sociale

<sup>54</sup> Anthony W. A. & Liberman R. P. (1986) The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base. In: Schizophrenia Bulletin

<sup>55</sup> Liberman R. P. (2012) Il recovery dalla disabilità – manuale di riabilitazione psichiatrica (a cura di) Svetтини A., Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l.



- Esposizione ad eventi sociali sovra-stimolanti
- Esperienze di rifiuto
- Perdite personali

Potranno, quindi, verificarsi due casistiche: se l'iterazione tra i fattori stressanti e la vulnerabilità ha esito negativo, allora si avrà uno spostamento verso l'estremità sinistra dei quattro domini decretando esacerbazione sintomatologica con maggior rischio di ricaduta e un decremento delle prestazioni cognitive, del funzionamento e della qualità di vita.

Se, invece, l'iterazione tra gli *stressor* e la vulnerabilità ha esito positivo, si otterrà uno spostamento verso l'estremità destra delle quattro dimensioni avendo un'attenuazione della sintomatologia con minor rischio di ricaduta e un incremento delle prestazioni cognitive, del funzionamento e della qualità di vita.

Questa seconda eventualità è possibile ottenerla attraverso un'azione sinergica e complementare di *stressor* e fattori protettivi; se i primi vengono ridotti e i secondi rafforzati, è possibile spostare l'andamento del *continuum* verso l'esito della *recovery*.

Purtroppo, non è possibile influenzare in modo diretto la vulnerabilità genetica né tantomeno l'esposizione a fattori stressanti facenti parte della quotidianità; è possibile, però, intervenire sulla sfera dei fattori protettivi.

Questi rappresentano una concreta opportunità di favorire il fronteggiamento adeguato delle situazioni stressanti in modo tale da far calare il grado di vulnerabilità individuale, tra questi vi sono:

- Caratteristiche strettamente personali
- Supporto sociale-familiare sia percepito che oggettivo
- Alleanza terapeutica basata sulla fiducia e sulla collaborazione
- *Compliance* e aderenza agli interventi terapeutici (farmacologici, psicologici, sociali e riabilitativi)

In particolar modo, devono essere integrati degli interventi riabilitativi sia di tipo espressivo che di tipo sociale, ma anche interventi basati sulle evidenze. Inoltre, è necessario che questi siano funzionalmente organizzati ed erogati in maniera completa, continuativa, coordinata e orientata all'utente. Infine, è importante individuare quelli che sono i fattori protettivi della persona che richiede assistenza psichiatrica nell'ottica della definizione di un piano

terapeutico personalizzato; in questo modo è possibile bilanciare l'andamento verso la *recovery*.

In conclusione, nonostante ci siano altre revisioni e versioni del modello vulnerabilità-stress<sup>56</sup>, risulta evidente come il concetto portante resta sempre il medesimo; la multifattorialità. Questa non determina una causa inequivocabile della comparsa dei sintomi, piuttosto è il cuore esplicativo del meccanismo di manifestazione e di sviluppo; affinché si verifichi l'insorgenza di una patologia psichica, devono essere presenti iterazioni reciproche fra tre dimensioni differenti quali quella biologica, psicologica e ambientale.

In questo paradigma, possiamo definire la vulnerabilità come l'esito dell'interazione reciproca tra l'individuo e l'ambiente<sup>57</sup>.

La caratteristica della multifattorialità nella genesi dei disturbi mentali è conseguenza diretta della strutturazione di un piano d'intervento multidisciplinare anche a causa del fatto che, gli approcci terapeutici, rientrano tra i fattori protettivi che possono orientare l'utente verso il suo percorso di *recovery*.

---

<sup>56</sup> Strauss J. S. & Carpenter W. T. (1981) Schizophrenia, New York: Plenum; Nuechterlein K. H., & Dawson M. E. (1984) A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. In: Schizophrenia Bulletin; Ciompi L. (1988) The psyche and schizophrenia. The bond between affect and logic, Cambridge: Harvard University Press; Perris C. (1996) Terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici, Torino: Bollati Boringhieri.

<sup>57</sup> Bandura A. (1978) The Self System in Reciprocal Determinism. In: American Psychologist

## 2.3 LE FUNZIONI ESECUTIVE

*“La cosa più difficile da capire non è forse capire come capiamo?*

*La cosa più sconcertante non è forse rendersi conto  
che è la coscienza a rendere possibili e perfino inevitabili  
le nostre domande sulla coscienza?”*

*- Antonio Damasio -*

Le funzioni cognitive vengono definite come l'insieme dei processi cognitivi di ordine superiore che interagiscono tra loro, al fine di rendere l'individuo capace di organizzare e mettere in atto dei comportamenti adattivi e finalizzati al raggiungimento degli obiettivi<sup>58</sup>.

Di conseguenza, deficit a carico delle funzioni esecutive impattano negativamente la qualità di vita dell'individuo poiché si correlano ad uno scarso orientamento al raggiungimento di obiettivi, ad un funzionamento sociale compromesso e ad una mancata aderenza ai trattamenti decretando, a lungo termine, un esito negativo del funzionamento psicosociale<sup>59</sup>.

Le funzioni esecutive si compongono principalmente di sei dimensioni ma, tra queste, ve ne sono tre che sono alla base della strutturazione e del funzionamento delle restanti<sup>60</sup>:

- Inibizione della risposta (*inhibitory control*)
- Memoria di lavoro (*working memory*)
- Flessibilità cognitiva (*shifting*)

### Inibizione della risposta

Viene definita come la capacità di controllare gli stimoli dettati dall'impulsività per la risoluzione di un compito. Questa permette di inibire l'esecuzione di tutta quella serie di comportamenti che risulterebbero inappropriati in un dato contesto; permette di modificare le azioni mentre le si sta compiendo in modo tale da permettere l'adattamento dell'individuo

---

<sup>58</sup> Stuss D. & Benson F. (1986) *The frontal lobes*, New York: Raven Press; Shallice T. (1994) Multiple levels of control processes. In: *Attention and performance 15: Conscious and nonconscious information processing*, Umiltà C., & Moscovitch M., Cambridge: MIT Press, pp. 395-420

<sup>59</sup> Vita A. (2013) *La riabilitazione cognitiva della schizofrenia. Principi, metodi e prove di efficacia*, Milano: Springer-Verlag Italia S.r.l.; Cristofori I., Cohen-Zimmerman S., & Grafman J. H. (2019) Executive functions. In: *Handbook of Clinical Neurology*, D'Esposito M. & Grafman J. H., Amsterdam: Elsevier

<sup>60</sup> Diamond A. (2013) Executive functions. In: *Annual Review of Psychology*

ad una situazione inattesa.

Ciò implica essere in grado di controllare anche l'attenzione, i pensieri e le emozioni affinché non si traducano in comportamenti inopportuni contrastando la pressione esercitata dall'impulsività e consentendo una possibilità di scelta sulle modalità di risposta. L'elemento afferente a questa dimensione esecutiva che ci permette di effettuare questa scelta è l'autocontrollo poiché è in grado di attuare una forza resistente volta al controllo dell'impulsività. Un altro aspetto importante dell'autocontrollo è determinato dal fatto che ci permette di mantenere un livello di concentrazione sostenuto nel tempo, in quanto, contrasta le distrazioni affinché il compito che si sta svolgendo possa essere portato a termine.

### Memoria di lavoro

È descritta come la capacità di trattenere, per un breve periodo di tempo, delle informazioni rilevanti affinché possano essere manipolate con il fine ultimo della risoluzione di un compito; in altre parole, è l'attitudine che permette di ricordare le informazioni legate allo svolgimento di una attività per il tempo necessario all'esecuzione di quest'ultima.

Si possono individuare due tipologie di memoria di lavoro che vengono distinte per la tipologia di informazioni che immagazzinano; verbale e visuo-spaziale.

La *working memory* è, inoltre, utile per mettere in atto l'abilità di ragionamento poiché permette sia di osservare connessioni tra cose apparentemente non correlate, che per differenziare quegli elementi che possono sembrare costituire un'entità unica, quindi, lo "smontaggio" e la "ricombinazione" di elementi in nuovi modi; principio di base per la formazione dei concetti<sup>61</sup>.

### Flessibilità cognitiva

È un segno distintivo del pensiero umano poiché determina la capacità di adattarsi di fronte ai cambiamenti ambientali e di generare nuove idee che guidano l'innovazione e promuovono la crescita e la scoperta<sup>62</sup>. Quindi, è la capacità di modificare le strategie di risposta nel momento in cui cambia una qualsiasi parte del compito che si deve svolgere; permette di

---

<sup>61</sup> Diamond A. (2013) Executive functions. In: Annual Review of Psychology; Cristofori I., Cohen-Zimmerman S., & Grafman J. H. (2019) Executive functions. In: Handbook of Clinical Neurology, D'Esposito M., & Grafman J. H., Amsterdam: Elsevier

<sup>62</sup> Badre D., & Wagner A. D., (2006) Computational and neurobiological mechanisms underlying cognitive flexibility. In: Proc Natl Acad Sci U S A

adattarsi a situazioni nuove e inaspettate.

Inoltre, è il fulcro della produzione endemica di idee poiché permette un cambio di prospettiva che può essere sia spaziale (“Come si presenterebbe nel caso in cui la vedessi da una posizione diversa?”) che interpersonale (“Come sarebbe se la osservassi dal punto di vista di qualcun altro?”) permettendo, quindi, di escludere la visione precedente<sup>63</sup>.

Questo aspetto della flessibilità cognitiva permette di modificare le modalità ideative in relazione alle situazioni e cercare nuovi metodi di risoluzione “pensando fuori dagli schemi”, ovvero, generando uno stile di pensiero creativo.

Le altre funzioni esecutive vengono, quindi, generate dalla interazione reciproca delle tre fondamentali:

- Attenzione selettiva (*selective attention*)
- Autoregolazione emotiva (*emotional self-regulation*)
- Pianificazione (*planning*)

Attenzione selettiva

È la capacità di concentrarsi ed elaborare le informazioni che risultano più rilevanti per il raggiungimento di un obiettivo specifico; ciò è possibile poiché l’attenzione selettiva funge da “filtro” in quanto capta alcuni stimoli trascurandone altri tra i molteplici a cui l’individuo è sottoposto<sup>64</sup>. In questo modo, il fulcro dell’attenzione, è rivolto solamente alle informazioni rilevanti che, infatti, raggiungeranno il livello della coscienza dell’individuo per poter essere successivamente processate ed elaborate.

L’esempio più rilevante del meccanismo di filtraggio che caratterizza l’attenzione selettiva è il fenomeno del *cocktail party*; questo si verifica nel momento in cui, in un ambiente ricco di stimoli come quello di una festa, vengono esclusi gli stimoli disturbanti in modo tale da selezionare e analizzare solo lo stimolo rilevante.

---

<sup>63</sup> Diamond A. (2013) Executive functions. In: Annual Review of Psychology

<sup>64</sup> Broadbent D. (1958) Perception and communication, London: Pergamon Press; Cherry E. C. (1953) Some experiments on the recognition of speech, with one and with two ears. In: Journal of Acoustical Society of America

### Autoregolazione emotiva

Viene definita come la capacità di mettere in atto una varietà di strategie e comportamenti volti a controllare le emozioni in un dato momento<sup>65</sup>.

Questa svolge un ruolo importante anche nei processi empatici in quanto svolge un'azione di monitoraggio nel proiettare su un altro individuo ciò che si è già provato in situazioni simili e passate; uno dei processi fondamentali alla base dell'empatia<sup>66</sup>.

L'autoregolazione emotiva è, quindi, determinata dalla comprensione degli stati emotivi e dall'utilizzo di procedure volte a calibrare l'intensità della risposta emotiva poiché, se si è capaci di riconoscere, differenziare e dotare di significato le emozioni, si sarà anche in grado di fronteggiare in modo efficace le problematiche di vita quotidiana.

### Pianificazione

Viene descritta come la capacità di anticipare una serie di azioni e di monitorarle con il fine ultimo di raggiungere un obiettivo prefissato<sup>67</sup>.

La pianificazione permette di progettare, dettagliatamente, le modalità con cui un qualsiasi obiettivo deve essere portato a termine; organizzare in modo funzionale e consequenziale l'insieme di questi comportamenti necessari e monitorarli. Questa è strettamente legata alla funzione cognitiva del *problem solving* che viene definita come qualsiasi sequenza di azioni orientate all'obiettivo (*goal oriented*)<sup>68</sup>.

Il processo di pianificazione viene, inoltre, descritto come la capacità di organizzare il comportamento al fine di raggiungere un obiettivo specifico, il quale, può essere suddiviso in una serie di sotto-obiettivi o passaggi intermedi<sup>69</sup>.

Affinché la pianificazione degli obiettivi risulti efficace, è necessaria sia la preparazione dell'azione che la consapevolezza, da parte del soggetto, del contesto ambientale in cui l'obiettivo sarà raggiunto<sup>70</sup>.

---

<sup>65</sup> Gross J. J. (2002) Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. In: Psychophysiology

<sup>66</sup> Thirioux B. et al. (2020) The Relation between Empathy and Insight in Psychiatric Disorders: Phenomenological, Etiological and Neuro-functional Mechanisms. In: Frontiers in Psychiatry

<sup>67</sup> Kirkorian R. et al. (1994) Tower of London procedure: A standard method and developmental data. In: Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology

<sup>68</sup> Anderson J. R. (1980) Cognitive psychology and its implications, New York: Freeman

<sup>69</sup> Luria A. R. (1978). Les fonctions corticales superieures de l'homme. In: Sorel O., & Pennequin V. (2007) Aging of the Planning process: The role of executive functioning

<sup>70</sup> Aarts H. et al. (1999) To plan or not to plan? Goal achievement or interrupting the performance of mundane behaviours. In: European Journal of Social Psychology

Di conseguenza, è fondamentale l'azione complementare di entrambe le strategie di elaborazione e gestione delle informazioni<sup>71</sup>;

- Accomodativa (*bottom-up*): per la formulazione dei piani
- Assimilativa (*top-down*): per la realizzazione dei piani

Possiamo quindi concludere che la capacità di pianificare è una componente cognitiva che risulta avere un ruolo centrale nelle attività di risoluzione delle problematiche, in quanto, permette un'anticipazione degli eventi, un conseguente monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi prefissati e richiede la ricerca di soluzioni originali e alternative.

Le strutture anatomo-fisiologiche coinvolte maggiormente nel controllo e nell'attuazione delle funzioni esecutive sono: la corteccia prefrontale dorso-laterale, la parte anteriore del cingolo, l'area supplementare motoria e i gangli della base<sup>72</sup>.

Tutte le funzioni esecutive, quindi, svolgono un ruolo centrale nella regolazione dei comportamenti in relazione ai diversi contesti, ma anche nello sviluppo dei comportamenti finalizzati; risulta evidente come un deficit a livello di queste funzioni corticali superiori generi importanti problematiche sia nella sfera sociale che in quella della qualità di vita.

Diversi studi<sup>73</sup>, inoltre, hanno suggerito una correlazione tra i deficit cognitivi e lo scarso *insight* di malattia; questo è strettamente legato alla capacità dell'autoriflessività, ovvero, ciò che permette di essere consapevoli dei propri processi di pensiero e dei propri stati interni connettendo le idee e i sentimenti tra loro. Questo implica anche la capacità di mettere in

---

<sup>71</sup> Grafman J. (1989) Plans, actions and mental sets: Managerial knowledge units in the frontal lobes. In: Integrating theory and practice in clinical neuropsychology, Percecman E., Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 93–138; Shallice T. (1982) Specific impairments of planning. In: Biological Sciences

<sup>72</sup> Famulari R. & Quattropiani M. C. (2015) Metacognizione, neuropsicologia e riabilitazione psichiatrica. Un metodo per il trattamento di gruppo della schizofrenia, Torino: Accademia University press, p. 45

<sup>73</sup> Lysaker P. et al. (1994) Metacognition and schizophrenia: the capacity for self-reflectivity as a predictor for prospective assessments of work performance over six months; Mohamed S. et al. (1999) Insight in schizophrenia: its relationship to measures of executive functions; Cooke J.D. et al. (2005) Modelli patogenetici dell'insight nelle psicosi. In: Famulari R., & Quattropiani M. C. (2015) Metacognizione, neuropsicologia e riabilitazione psichiatrica. Un metodo per il trattamento di gruppo della schizofrenia, Torino: Accademia University press, pp. 17-38

discussione queste dimensioni effettuando un'azione meta-riflessiva; di “pensare sul proprio pensiero”, ovvero, la metacognizione. Conoscere i propri pensieri e gli stati emotivi è una caratteristica fondamentale per poter, poi, comprendere queste dimensioni negli altri affinché l'iterazione con l'ambiente circostante risulti adeguata; questa è una prerogativa del vivere in relazione con altri esseri umani, infatti, il malfunzionamento di queste abilità, impatta negativamente sulla qualità di vita e sul benessere individuale<sup>74</sup>. Infatti, una scarsa conoscenza di sé ha delle ripercussioni negative sul funzionamento psicosociale poiché non permette, alla persona, di attuare strategie adeguate a fronteggiare la sofferenza e il grado di disabilità che la malattia comporta<sup>75</sup>.

L'*insight*, quindi, può essere definito come l'essere consapevoli della propria malattia mentale e può essere differenziata in due componenti principali<sup>76</sup>:

- *Psychical insight* (*insight* psichico) definito come la capacità di riconoscere la propria malattia mentale e ripartito in tre sotto componenti
- *Emotional insight* (*insight* emotivo) definito come la capacità di accettare la propria malattia mentale

La condizione in cui l'*insight* viene a mancare determina uno stato di inconsapevolezza di malattia; una condizione che gioca un ruolo centrale nelle patologie psichiatriche in quanto necessita della capacità di autoriflessione.

Secondo Thirioux e colleghi, la capacità autoriflessiva è necessaria ma non sufficiente affinché venga raggiunto un buon livello di consapevolezza di malattia poiché, questa, agisce soltanto su una delle due dimensioni dell'*insight*, ovvero, quello del riconoscimento. In questo paradigma viene proposto un elemento che è in grado di agire sulla componente emozionale dell'*insight*, ovvero, l'empatia; soltanto attraverso un'azione combinata tra questa e l'autoriflessione è possibile decretare un cambiamento in termini positivi del livello

---

<sup>74</sup> Lysaker P. et al. (2010) Metacognition and schizophrenia: the capacity for self-reflectivity as a predictor for prospective assessments of work performance over six months. In: Schizophrenia Research; Semerari A. et al. (2003) How to Evaluate Metacognitive Functioning in Psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its Applications. In: Clinical Psychology and Psychotherapy

<sup>75</sup> Famulari R., & Quattropani M. C. (2015) Metacognizione, neuropsicologia e riabilitazione psichiatrica. Un metodo per il trattamento di gruppo della schizofrenia, Torino: Accademia University press, p. 39

<sup>76</sup> Thirioux B. et al. (2020) The Relation between Empathy and Insight in Psychiatric Disorders: Phenomenological, Etiological and Neuro-functional Mechanisms. In: Frontiers in Psychiatry



di consapevolezza di malattia. L'empatia viene definita come quella capacità che permette di sentire e comprendere le esperienze vissute da qualcun altro adottando la sua prospettiva nonostante venga mantenuta la distinzione tra sé e l'altro<sup>77</sup>. In una descrizione più dettagliata della ripartizione delle tipologie di *insight*, Thirioux ne aggiunge una terza, ovvero, quella somaestetica che si riferisce alla capacità di comprendere che alcune manifestazioni fisiche sono conseguenza della malattia.

Inoltre, l'*insight* psichico viene differenziato in tre sotto componenti;

- Clinico: si riferisce al grado di consapevolezza legato ai sintomi e alle loro conseguenze
- Cognitivo: si riferisce alla capacità di riconoscere che i deficit cognitivi sperimentati nella quotidianità sono indotti dalla malattia mentale
- Metacognitivo: si riferisce alla consapevolezza di vedere sé stessi come un soggetto affetto da malattia mentale

È importante sottolineare come, per *insight* metacognitivo, si intende considerare ed accettare sé stessi come “soggetti affetti da malattia mentale” e non come “soggetti malati” in quanto si potrebbe incorrere nel rischio di identificazione con la malattia che, di conseguenza, andrebbe a decretare l'effetto diametralmente opposto; il totale appiattimento della dimensione del sé in funzione della patologia. Secondo questo modello, quindi, è possibile decretare un incremento dei livelli di consapevolezza di malattia agendo in modo simultaneo e coordinato sulle due dimensioni che la compongono; quello psichico e quello emotivo. Agire sulla dimensione della consapevolezza di malattia risulta essere un punto fondamentale poiché correlato, in maniera significativa, alla *recovery*; uno scarso livello di *insight* comporta un esito negativo nella *compliance* agli interventi terapeutici e riabilitativi, al contrario, un alto grado di consapevolezza è associata ad un aumento della *compliance* e del livello di aderenza agli interventi terapeutico-riabilitativi comportando esiti favorevoli, tra cui, anche ad un miglioramento della prognosi e della qualità di vita<sup>78</sup>.

---

<sup>77</sup> Morelli E. & Poli E. (2020) Empatia nelle professioni sanitarie: Punto di forza rischioso? In: State of Mind. Il Giornale Delle Scienze Psicologiche

<sup>78</sup> David A. et al. (1995) Insight and psychosis; Orfei M. D. et al. (2008) Unawareness of illness in neuropsychiatric disorders: phenomenological certainty versus etiopathogenic vagueness; Mateer C. et al. (2006) Cognition and emotional consequences of TBI: intervention strategies for vocational rehabilitation. In: Thirioux B. et al. (2020) The Relation Between Empathy and Insight in Psychiatric Disorders: Phenomenological, Etiological, and Neuro-Functional Mechanisms Bérangère

## 2.4 LA FILOSOFIA DELLA *RECOVERY*

*“Stava a me: potevo e dovevo essere l’artefice  
del mio nuovo destino”  
- Luigi Pirandello -*

Cercare di definire la *recovery* è difficoltoso poiché sfugge ai criteri di standardizzazione e misurabilità; questa può essere considerata una filosofia di pensiero piuttosto che un esito o un risultato, infatti, si parla di “essere in *recovery*” e non di “raggiungere la *recovery*”.

Questa si delinea come un processo di evoluzione intrinseco all’individuo; è la persona stessa che deve trovare dentro di sé il motore che la spinge verso il cambiamento rendendosi artefice e parte attiva del proprio percorso.

La *recovery*, quindi, implica lo sviluppo di nuovi significati e nuove progettualità nella vita delle persone nel momento in cui costruiscono una prospettiva oltre gli effetti catastrofici della malattia mentale<sup>79</sup>.

In questo paradigma anche il ruolo dell’operatore della salute mentale cambia; sarà una figura di supporto al cambiamento piuttosto che di imposizione del proprio punto di vista.

L’operatore della salute mentale deve assumere una posizione del tipo “Tu lo sai, dimmelo” invece che un atteggiamento di “Io lo so, io te lo dico” poiché il lavoro del terapeuta è quello di fornire gli strumenti necessari e costituire le condizioni ottimali affinché possa avvenire l’autoguarigione<sup>80</sup>.

Una definizione sintetica che racchiude al meglio possibile tutti i principi e le idee che afferiscono al modello della *recovery* è, comunque, stata trovata: *recovery* significa vivere una vita al meglio delle proprie possibilità<sup>81</sup>.

Il termine *recovery* è di origine anglosassone e può accostarsi alla traduzione nel termine di “guarigione”<sup>82</sup>. Nell’accezione italiana, però, questo termine presuppone il ritorno delle condizioni iniziali alla malattia.

---

<sup>79</sup> Anthony W.A. (1993) Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. In: Psychosocial Rehabilitation Journal

<sup>80</sup> Bowlby J. (1988) A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development, New York: Basic Books, cap. 8

<sup>81</sup> South London and Maudsley NHS Foundation Trust (2010). Social Inclusion and Recovery (SIR) Strategy 2010-2015. London: SLAM

<sup>82</sup> [www.wordreference.com/enit/recovery](http://www.wordreference.com/enit/recovery)

Nella lingua inglese questo termine comprende un significato semantico più ampio, in quanto, viene fatto riferimento al processo di guarigione piuttosto che all'esito; il verbo *to recover*, in medicina, può anche significare “riprendersi”, “ristabilirsi” oppure “recuperare”<sup>83</sup>.

L'incertezza che accompagna la dimensione semantica del termine ha posto le basi per una differenziazione; attualmente si fa riferimento a due diverse accezioni del concetto di *recovery*. Il primo fa riferimento alla guarigione intesa in termini prettamente clinici quindi, ad esempio, andando a valutare la remissione dei sintomi; si parla, quindi di *recovery* clinica. Il secondo concetto, invece, fa riferimento all'esperienza vissuta dall'utente; questa viene definita come *recovery* personale<sup>84</sup>.

Per *recovery* clinica si intende “*recovery* da un disturbo mentale”; questa fa riferimento alla possibilità di miglioramento dei sintomi che alcune persone sperimentano durante il decorso della malattia. Di conseguenza, si verifica un ritorno alla condizione di salute precedente la patologia, ciò significa che questa è in remissione ed è possibile constatarlo attraverso metodiche cliniche.

Quindi possiede una serie di vantaggi nel campo della ricerca poiché è di facile definizione e misurazione; questa è possibile accostarla alla stessa modalità di guarigione che si verifica quando un'infezione si risolve oppure quando una frattura di un arto viene risanata.

Per *recovery* personale si intende, invece, “essere in *recovery* con un disturbo mentale”; per la maggior parte degli individui affetti da malattia psichica, la totale remissione sintomatologica può anche non avvenire mai, per la persona questo implica accettare una prospettiva futura priva di speranze di ripresa.

La *recovery* personale permette, invece, di mantenere viva la speranza di una vita soddisfacente poiché prevede che l'individuo impari a convivere con la malattia gestendone la sintomatologia; quindi, vivere la propria vita nonostante la patologia.

Essere “in *recovery*” dalla malattia mentale si riferisce al processo che permette di dare un significato alla propria vita perseguendo le aspirazioni personali, con dignità e autonomia, anche di fronte alla presenza continua della dimensione di vulnerabilità che la malattia comporta. Il nucleo fondante di questa forma di *recovery* è l'identificazione e l'utilizzo, da

---

<sup>83</sup> Maone A. & D'Avanzo B. (2015) *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*. Milano: Raffaello Cortina Editore, p. 3

<sup>84</sup> Davidson L. & Roe D. (2007) *Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery*. In: *Journal of Mental Health*

parte della persona, dei propri punti di forza quali: le competenze individuali e le aree che non sono state compromesse.

Questo permette di accrescere la speranza soprattutto delle persone affette da gravi malattie mentali poiché viene permesso loro di ampliare la propria prospettiva su una varietà di opzioni disponibili, contrastando l'effetto catastrofico che la malattia mentale porta con sé.

Per comprendere al meglio le motivazioni che spingono a considerare l'insorgenza della malattia mentale come evento catastrofico, è necessario presentare le premesse teoriche che hanno permesso la nascita e la diffusione della *recovery*.

Questa comincia a delinearsi, in maniera più concreta, tra gli anni Settanta e Ottanta negli Stati Uniti poiché, alcuni utenti, iniziano a raccontare in prima persona i propri percorsi di malattia e di guarigione decretando la nascita di movimenti guidati da ex-pazienti<sup>85</sup>.

Questo attivismo scaturisce dalla necessità, degli utenti della salute mentale, di confrontarsi sulla componente esperienziale diretta di malattia; quindi, di cosa significa “vivere la malattia mentale sulla propria pelle”. Ciò implicava una visione delle patologie psichiatriche che differiva da quella degli operatori, di conseguenza, si delineava la necessità di “escludere” da questi movimenti gli stessi professionisti della salute mentale.

I movimenti di ex-pazienti cominciano a diventare un potente mezzo per reclamare i propri diritti e per promuovere la sensibilizzazione; questo è un processo che permette, ad un gruppo di persone con caratteristiche comuni, di analizzare e condividere le proprie esperienze declinate ai contesti di vita. Il processo di sensibilizzazione è stato di supporto nel comprendere che le difficoltà di queste persone non erano soltanto dovute a questioni interne e personali, ma erano legate anche alla discriminazione e allo stigma derivante dalla società che, troppo spesso, insidia (ancora oggi) il senso di vergogna che porta a nascondere quanto più possibile il fatto di essere affetti da malattia mentale.

Da questi presupposti cominciano a diffondersi, in maniera sempre più cospicua e “potente”, le testimonianze e le narrazioni dirette di malattia e di percorsi di *recovery*<sup>86</sup> da cui emerge un comune denominatore, ovvero, le esperienze di malattia vengono principalmente descritte

---

<sup>85</sup> Chamberlin J. (1990) The Ex-Patients' Movement: Where We've Been and Where We're Going. In: The Journal of Mind and Behavior

<sup>86</sup> Lovejoy M. (1982) Expectations and the recovery process. In: Schizophrenia Bulletin; Deegan P.E. (1988) Recovery: The lived experience of rehabilitation. In: Psychosocial Rehabilitation Journal; Leete E. (1989) How I perceive and manage my illness. In: Schizophrenia Bulletin; Coleman R. (2005) Guarire dal male mentale. Roma: Manifestolibri

in termini di perdita d'identità, di scelta, di potere, di ruolo sociale, di valori e principi personali<sup>87</sup>; è a causa delle conseguenze che si ripercuotono sull'esistenza della persona se la malattia mentale viene definita e vissuta come evento catastrofico.

Gli eventi vissuti come traumatici fanno parte della vita di ognuno di noi e il fatto che riusciamo a superarli non significa che tali eventi non siano mai accaduti. Nel momento in cui questi eventi catastrofici accadono generano un'onda d'urto che impatta la dimensione più interna ed intima di ognuno di noi provocando, di conseguenza, un profondo cambiamento; non ci sentiremo né saremo più quelli di prima.

I medesimi avvenimenti accadono nelle persone con malattia mentale poiché, successivamente alla diagnosi, vivono la propria esistenza esclusivamente in termini di perdita; come è possibile, allora, riprendersi da un evento di tale portata? Attraverso l'accettazione del fatto che la propria vita è cambiata per sempre ed attribuendo significati differenti a sé stessi e alla propria esistenza; l'attribuzione di nuovi significati permette la (ri)scoperta della propria identità attivando un processo di evoluzione che risulta, quindi, essere strettamente e inevitabilmente personale.

Inoltre, si evince come abbia avuto un ruolo di centrale importanza la narrazione delle esperienze di malattia da parte degli utenti in *recovery*; nel momento in cui la narrazione autobiografica si manifesta, si dà inizio ai primi tentativi di comprensione e di attribuzione di senso agli eventi che hanno caratterizzato la vita della persona e che l'hanno resa quello che è, contrastando la “prognosi di disperazione” che la malattia porta con sé.

Questo sembra confermare la validità di uno tra i concetti più importanti introdotti da Paul Ricœur; l'identità narrativa. Secondo il filosofo, ripercorrere i propri eventi di vita attribuendo a questi nuovi significati, implica costruire una forma diversa di narrazione autobiografica; questo processo, che genera nuovi saperi, possiede solo un punto di partenza e non un punto di arrivo poiché una vita compresa è una vita (ri)raccontata<sup>88</sup>.

Risulta evidente come, nel processo di *recovery*, la consapevolezza abbia un ruolo centrale; la possibilità di narrare il proprio percorso di vita e i relativi eventi che ne fanno parte presuppone che la persona abbia raggiunto un buon livello d'*insight*.

---

<sup>87</sup> Maone A. & D'Avanzo B. (2015) *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*. Milano: Raffaello Cortina Editore, p. 18

<sup>88</sup> Tribaldi G. (2015) Il ruolo elaborativo e trasformativo della soggettività e delle testimonianze scritte. In: *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*, Maone A. & D'Avanzo B., Milano: Raffaello Cortina Editore, p. 47, 2015

In questo caso, attraverso la consapevolezza, si genera un resoconto della propria storia personale ricca di significati e a cui la persona può attingere in modo tale che possa raccontare gli eventi di vita accaduti e formulare aspettative ed obiettivi futuri per poter andare avanti.

Affinché l'*insight* produca delle narrazioni significative, è necessario che questo possieda due caratteristiche principali<sup>89</sup>:

- La storia deve essere costruita in maniera personale poiché l'individuo deve arricchirsi di significati prodotti esclusivamente da lui dando la propria visione degli eventi e non identificarsi con la malattia
- La storia deve poter essere raccontata in presenza di altri in modo tale da sollecitare quella sensibilità che permette di empatizzare e comprendere le vicende altrui; raccontare una storia permette di condividerne i significati con qualcuno poiché soltanto in questo modo è possibile arricchire le storie personali di nuove e continue esperienze creandone versioni sempre inedite

Alla luce di questa prospettiva, è di facile identificazione l'elemento che contrasta questo processo; lo stigma. Secondo la *WHO* questo rappresenta un marchio di vergogna, di disgrazia, di disapprovazione che fa rifiutare, discriminare ed escludere un individuo da contesti e situazioni proprie della vita sociale<sup>90</sup>.

Lo stigma, di conseguenza, è fonte di sofferenza ulteriore per chi ne è destinatario poiché si aggiunge all'esperienza catastrofica e dolorosa della malattia. Questo avrà delle importanti ripercussioni sulla vita di tutti i giorni di queste persone in quanto, essendo costantemente soggette a discriminazione, cominciano ad attivare il meccanismo interno dell'auto-stigmatizzazione per cui vengono giustificati e ritenuti veri gli stereotipi e i pregiudizi a cui queste persone sono soggette da parte della società<sup>91</sup>.

Risulta quindi evidente come lo stigma comporti la messa in atto di atteggiamenti passivi su due fronti; sia da parte degli operatori della salute mentale che da parte dei pazienti stessi.

---

<sup>89</sup> Lysaker P.H. & Vergo J.M. (2015) Il ruolo dell'*insight* nel processo di recovery dalla schizofrenia. In: Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale, Maone A. & D'Avanzo B., Milano: Raffaello Cortina Editore, p. 77, 2015

<sup>90</sup> World Health Organization. (2001) The World health report 2001 - Mental health: new understanding, new hope

<sup>91</sup> Lasalvia A. (2022) Lo stigma dei disturbi mentali. Guida agli interventi basati sulle evidenze. Roma: Giovanni Fioriti Editore, pp. 7-17

Questi ultimi, di conseguenza, tenderanno a non assumersi quei rischi necessari all'orientamento nel percorso di *recovery*<sup>92</sup>.

Nonostante, quindi, la *recovery* sia un percorso intrinseco, unico e personale, esistono determinate circostanze che ne possono ostacolare ma anche favorire lo sviluppo.

Alcuni studi scientifici<sup>93</sup>, attraverso una revisione sistematica della letteratura, hanno raccolto una serie di resoconti di utenti della salute mentale sul loro percorso di malattia e *recovery* con il fine di individuare, attraverso un lavoro di sintesi, caratteristiche comuni.

Mark Slade identifica, oltre ad una serie di definizioni della *recovery*, altri due aspetti cardine: le fasi e i processi.

Per quanto riguarda le fasi in cui si articola il processo di *recovery*, è stato possibile individuare delle caratteristiche che possono essere accostate agli stadi del cambiamento individuati dal modello introdotto da Prochaska e DiClemente mentre, per quanto riguarda i processi, è stato possibile individuare cinque categorie racchiuse nell'acronimo *CHIME*<sup>94</sup>;

- *Connectedness* (connessione): sentire di far parte di una comunità, ricevere il supporto tra pari e costruire relazioni positive
- *Hope and optimism about the future* (speranza e ottimismo per il futuro): credere nella possibilità di guarigione, motivazione al cambiamento, capacità di apprezzare i propri successi e avere sogni e aspettative
- *Identity* (identità): ritrovare un senso positivo di sé e superare lo stigma internalizzato
- *Meaning of life* (significato e scopo): dare un significato personale all'esperienza di malattia, accrescere la qualità della vita, ristabilire il proprio ruolo all'interno della società e porsi degli obiettivi da raggiungere
- *Empowerment*: legato al senso di *agency* ed autoefficacia, permette di avere il

---

<sup>92</sup> Slade M. (2009) Personal recovery and mental illness. Cambridge: Cambridge University Press. In: Lo stigma dei disturbi mentali. Guida agli interventi basati sulle evidenze, Lasalvia A., Roma: Giovanni Fioriti Editore, p. 39, 2022

<sup>93</sup> Andersen R. et al. (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; Leamy L. et al. (2011) Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. In: The British Journal of Psychiatry; Liberman R.P. (2012) Il recovery dalla disabilità. Roma. Giovanni Fioriti Editore

<sup>94</sup> Slade M. (2015) La ricerca sulla recovery. Nuove risposte, nuove domande In: Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale, Maone A. & D'Avanzo B., Milano: Raffaello Cortina Editore, pp. 85-96, 2015

controllo sulla propria vita e la capacità di assumersi delle responsabilità

Queste cinque categorie si inseriscono in un modello teorico di riferimento più ampio proposto sempre da Slade; il *Personal Recovery Framework*. Affinché i servizi della salute mentale possano favorire e supportare il processo di *recovery* personale, è necessario che il focus del trattamento diventi il benessere della persona e non la sua malattia, investendo di un ruolo centrale ciò che prima veniva considerato secondario; il modo in cui il paziente vede la propria vita e percepisce i suoi bisogni<sup>95</sup>.

Il *Personal Recovery Framework* si regge su quattro impegni che, generalmente, il soggetto segue durante il proprio percorso di *recovery*; la costruzione di ruoli sociali validi, lo sviluppo di un'identità positiva, la rielaborazione personale della malattia e la capacità di gestire sia gli effetti di questa che la sintomatologia che comporta. In questo paradigma tendere verso un percorso di guarigione personale significa:

- Minimizzare l'impatto della malattia mentale attraverso la rielaborazione e la gestione della malattia
- Massimizzare il benessere soggettivo attraverso lo sviluppo di un'identità positiva, di un ruolo sociale valido e di relazioni interpersonali apprezzabili

L'inquadramento teorico di questo modello proposto da Slade, quindi, pone delle basi solide per la costruzione di approcci e pratiche della salute mentale orientate alla promozione e allo sviluppo del processo di *recovery*; un servizio *recovery-oriented* possiede un'organizzazione interna che è in grado di dare il supporto necessario affinché queste persone possano assumersi queste quattro responsabilità.

Ciò permette di tener presente l'elemento cardine della *recovery*, ovvero, che è un processo unico per ogni persona e con un andamento non lineare.

Prendere un paradigma di riferimento per la *recovery* è un'azione necessaria ma non sufficiente poiché, per poter considerare un servizio *recovery-oriented*, c'è bisogno che anche gli operatori della salute mentale conoscano e facciano proprio il concetto della *recovery*, in modo tale da supportare gli utenti nel loro percorso di guarigione e ripresa personale rendendoli parte attiva e centrale.

---

<sup>95</sup> Slade M. (2011) *Personal recovery. Teoria e pratica della guarigione personale*. Roma: il Pensiero Scientifico Editore, pp. 6-12



Per poter fare questo è necessario che gli operatori si pongano in una posizione di flessibilità e di costante autoriflessione, in quanto, risulta necessario affiancare caratteristiche e modi di fare personali alla formazione tecnica per poter attuare le pratiche *evidence-based*.

Affinché anche i professionisti della salute mentale possano avere un ruolo di supporto per il percorso di *recovery* degli utenti, è necessario che abbiano e/o sviluppino delle competenze di base; la collaborazione, l'approccio socratico, l'*advocacy* e il *coaching* <sup>96</sup>.

Per capacità di collaborazione si intende non solo nel gruppo d'équipe ma anche con l'utente stesso stabilendo una relazione paritaria sempre mantenendo i limiti dei propri ruoli.

Collaborare significa lavorare insieme per raggiungere lo stesso obiettivo e questo è possibile soltanto se l'operatore è in grado di ascoltare in maniera attiva, dimostrare empatia e autenticità, avere capacità di negoziazione e di risoluzione dei conflitti, esprimere disaccordo in maniera costruttiva.

Poiché l'obiettivo comune da raggiungere nella *recovery* è supportare la persona nei suoi tentativi di riprendere il controllo della propria vita, il compito dell'operatore sarà quello di incoraggiare e spronare l'utente sia nel continuare a portare avanti qualcosa se questa ha funzionato, ma anche nel trovare strategie nuove nel caso in cui le azioni messe in atto hanno portato ad un fallimento, in modo tale da non far perdere la fiducia in sé stesso e nelle proprie capacità; è qui che s'inserisce l'abilità del *coaching*.

Affinché il ruolo di supporto sia efficace, il professionista deve sollecitare il pensiero critico della persona attraverso la maieutica poiché, solo con l'utilizzo dell'approccio socratico, si stimola l'utente a ricercare significati rimasti latenti per lungo tempo in modo tale da spronarlo nel mettere in luce i propri punti di vista e le proprie idee.

Inoltre, gli operatori sono chiamati a svolgere, insieme agli utenti, qualsiasi azione con il fine di promuovere e sostenere i diritti delle persone con malattie mentali; in questo ambito l'*advocacy* risulta essere di importanza primaria nella lotta allo stigma e alla discriminazione promuovendo l'*empowerment* personale degli utenti stessi.

Risulta, quindi, evidente come essere *recovery-oriented* presupponesse una serie di caratteristiche intrinseche, sia agli utenti che agli operatori, che devono essere declinate all'interno del contesto multidimensionale del servizio in quanto quest'ultimo deve garantire

---

<sup>96</sup> Farkas M. & Borg M (2015) Competenze recovery-oriented. Quali implicazioni? In: Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale, Maone A. & D'Avanzo B., Milano: Raffaello Cortina Editore, pp. 97-104, 2015; Liberman R.P. (2012) Il recovery dalla disabilità. Roma: Giovanni Fioriti Editore, pp. XLV-LI

il bilanciamento tra l'erogazione degli interventi *evidence-based* e la promozione di pratiche volte alla coltivazione degli interessi personali.

Per supportare i servizi nel possedere un approccio *recovery-oriented*, sono stati concepiti degli interventi che sono in grado di favorire e promuovere i processi di guarigione degli utenti tra cui<sup>97</sup>: le attività dei *peer support workers*, l'intervento manualizzato *REFOCUS* (di cui esiste anche la versione italiana)<sup>98</sup>, lo *Strengths Model*, l'inserimento e il supporto lavorativo.

Infine, cominciano a prendere piede degli interventi innovativi volti a migliorare la cultura organizzativa in funzione della promozione del percorso di *recovery* come il progetto inglese *ImROC*<sup>99</sup> da cui è scaturita l'esperienza dei *Recovery Colleges*<sup>100</sup> che hanno avuto un risvolto anche in Italia con progetti quali For e CoLab<sup>101</sup>.

Secondo Liberman cercare di definire la *recovery* equivale ad un uomo cieco che prova a descrivere un elefante sentendone solo le parti del corpo<sup>102</sup>; così come l'elefante non è caratterizzato esclusivamente da orecchie, zampe, occhi, coda e proboscide allo stesso modo la *recovery* non è soltanto "vivere una vita al meglio delle proprie possibilità".

Questa comprende numerose definizioni e significati che, pur se esposti da diversi punti di vista, riescono a connettersi nell'ambito di uno stesso concetto sotteso; focalizzare l'attenzione sul funzionamento della persona e non sulla sua malattia. Si parla, quindi, di una vera e propria filosofia di pensiero che deve essere internalizzata da tutte quelle persone che si occupano di salute mentale, utenti compresi.

Prima della malattia è presente un sé integro e stabile, le persone possiedono sogni, speranze e obiettivi poiché, come tutti noi, sono orientate verso la loro idea di percorso di vita futura. Poi la malattia insorge e, insieme ad essa, arriva una prognosi di disperazione in quanto viene

---

<sup>97</sup> Slade M. (2015) La ricerca sulla recovery. Nuove risposte, nuove domande In: *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*, Maone A. & D'Avanzo B., Milano: Raffaello Cortina Editore, pp. 85-96, 2015; Shepherd G. (2015) La ricerca sulla recovery. Nuove risposte, nuove domande In: *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*, Maone A. & D'Avanzo B., Milano: Raffaello Cortina Editore, pp. 121-140, 2015;

<sup>98</sup> Bird V. et al (2011) *Promuovere la recovery nei servizi di salute mentale di comunità*. Edizione italiana a cura di: Starace F. & Mazzi F. Modena: AUSL Modena

<sup>99</sup> <https://imroc.org/>

<sup>100</sup> Lucchi F. (2017) *Coproduzione e recovery. Un progetto presso i Servizi della salute mentale della provincia di Brescia*. Trento: Erikson

<sup>101</sup> <https://www.colab-brescia.it/>

<sup>102</sup> Liberman R.P. (2012) *Il recovery dalla disabilità*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, p. 15

meno la prospettiva di una guarigione; la persona sente di “non avere via d’uscita” dalla malattia mentale e che sarà un paziente per tutta la vita, di conseguenza, tutti i progetti di vita precedentemente pianificati scompaiono poiché vengono vissuti come irraggiungibili. Ciò accade perché, quando si parla di guarigione, si tende a pensare che ci sarà un ritorno alle condizioni precedenti la malattia, ovvero, di assenza di sintomi, ed è proprio questo concetto che la *recovery* contrasta; se la nostra idea di guarigione cambia, di conseguenza, cambierà anche la possibilità di guarire per queste persone.

Bisogna cambiare la cornice epistemologica di riferimento passando da una visione prettamente clinica della guarigione ad una olistica; per considerarsi persone guarite la remissione totale dei sintomi non è né necessaria né sufficiente, ma solo una eventualità.

Questo significa accettare che gli eventi di vita vissuti come catastrofici, come l’insorgenza della malattia mentale, generano dei cambiamenti nelle persone che prescindono dalla sintomatologia; non si può scegliere quando, come e cosa deve accaderci, ma si può scegliere in che modo utilizzare ciò che quell’evento ha prodotto attribuendogli un preciso significato. Affinché il percorso di *recovery* si metta in moto, è necessario che anche gli utenti interiorizzino e diventino consapevoli che una possibilità di ripresa è possibile, ma ciò potrà accadere soltanto se queste persone rivendicheranno il loro diritto ad avere una vita dignitosa e gratificante svolgendo un ruolo all’interno della comunità pur continuando ad avere una malattia mentale.

## 2.5 LA CULTURA DELL'EMPOWERMENT

*“Non puoi tornare indietro e cambiare l’inizio,  
ma puoi iniziare dove sei e cambiare il finale”*

- C.S. Lewis -

*Empowerment* è un termine di origine inglese che corrisponde alla traduzione di tutta quella serie di parole che hanno a che fare con la sensazione di potere e l’attribuzione di diritti<sup>103</sup>; emancipazione, legittimazione, responsabilizzazione e presa di coscienza.

Nonostante le corrispondenti traduzioni, non è possibile sostituire il termine anglosassone *empowerment* in quanto questo racchiude in sé, esattamente come la *recovery*, una serie di concetti che, insieme, concorrono all’identificazione dell’idea più ampia dell’*empowerment* che, proprio per questo, viene definita da Straticò una *forma mentis*<sup>104</sup>.

Il concetto di *empowerment*, in generale, nasce da movimenti portati avanti da gruppi di persone che si sentono discriminate nella società di appartenenza in quanto non vengono riconosciuti determinati diritti a causa del fatto che appartengono ad una specifica categoria. È il caso dei movimenti di emancipazione delle donne, della comunità LGBTQ+, delle persone appartenenti ad etnie differenti rispetto al luogo in cui vivono; di tutte quelle categorie che vengono classificate come “minoranze” e che si oppongono ad ogni forma di scredito e discriminazione in funzione dei principi di autodeterminazione e autonomia<sup>105</sup>.

Nell’ambito della salute mentale, quindi, il concetto di *empowerment* nasce da movimenti di ex-pazienti e delle loro famiglie, sviluppatosi negli Stati Uniti e in Inghilterra, che portarono avanti la dimensione soggettiva e personale dell’esperienza di malattia per garantire, alla persona, il riconoscimento dei diritti e la restituzione del potere di scelta e controllo sulla propria vita.

Concetto fondante dell’*empowerment* è, di conseguenza, quello del “potere” che, declinato

---

<sup>103</sup> <https://www.wordreference.com/enit/empowerment>

<sup>104</sup> Straticò E. (2009) L’empowerment e i servizi di salute mentale. Manuale per gli operatori. Roma: CIC Edizioni Internazionali, p. 70

<sup>105</sup> Chamberlin J. (1990) The Ex-Patients' Movement: Where We've Been and Where We're Going. In: The Journal of Mind and Behavior; Straticò E. (2009) L’empowerment e i servizi di salute mentale. Manuale per gli operatori. Roma: CIC Edizioni Internazionali, pp. 43-52; Agnetti G. (2015) Empowerment e recovery. In: Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale, Maone A. & D’Avanzo B., Milano: Raffaello Cortina Editore, pp. 169-170, 2015

nella dimensione individuale, può essere definito come un vero e proprio percorso il cui punto d'inizio è uno stato di assenza di potere personale, fino ad arrivare ad una condizione di accrescimento determinata dalla consapevolezza di possedere e poter utilizzare, liberamente e responsabilmente, le proprie risorse. Questo è un presupposto necessario affinché la persona maturi la capacità di partecipare in modo attivo nella società contribuendone al cambiamento pur facendo valere e rispettare i propri diritti<sup>106</sup>.

Ciò che i movimenti *empowerment-oriented* portano avanti è proprio questo; poiché le strutture che si occupano di salute mentale sono costruite ed organizzate in funzione degli utenti che vi afferiscono, dovrebbe essere data, agli utenti stessi, la possibilità sia di esprimere una propria opinione sul servizio di cui usufruiscono, che di partecipare all'organizzazione stessa di quest'ultimo. In questo senso, esprimere la propria opinione, conferisce agli utenti il potere di orientare al cambiamento l'architettura sia degli enti che si occupano di salute mentale che degli interventi che vengono erogati, plasmando l'assetto organizzativo e costitutivo in funzione di due aspetti del sapere a cui, in questo modo, viene data medesima importanza; quello professionale e quello esperienziale.

Questo significa cambiare l'approccio che i professionisti della salute mentale devono avere all'interno dei servizi; l'utente non è più visto sotto la dimensione di "detentore di un problema da risolvere" ma viene considerato come parte della soluzione poiché "detentore di un sapere"<sup>107</sup>. Questo dualismo tra sapere tecnico e sapere esperienziale ha permesso di sviluppare una visione più complessa e completa della malattia mentale poiché, in quest'ottica, gli utenti vengono considerati come parte integrante e necessaria per la comprensione del disagio psichico.

Se si prende atto di questa nuova concezione di malattia mentale, è conseguenza diretta il fatto che agli utenti dovrebbe essere data la possibilità di esercitare un'influenza decisionale nelle politiche organizzative dei servizi, ma dovrebbero anche diventare parte integrante dell'*establishment* della conoscenza rivestendo ruoli quali formatori, ricercatori e terapeuti, scardinando la concezione di "identità unica" del malato mentale poiché fonte principale dei meccanismi di esclusione ed emarginazione. In questo modo viene data la possibilità, agli utenti della salute mentale, di possedere delle "identità plurime" a seconda delle situazioni

---

<sup>106</sup> Straticò E. (2009) L'empowerment e i servizi di salute mentale. Manuale per gli operatori. Roma: CIC Edizioni Internazionali, pp. 76-77

<sup>107</sup> Slade M. (2011) Personal recovery. Teoria e pratica della guarigione personale. Roma: il Pensiero Scientifico Editore, p. 31

con cui hanno a che fare, contrastando la visione comune opposta, ovvero, che chi è affetto da disagio psichico, indipendentemente dalle circostanze in cui è inserito, rimane sempre un malato di mente<sup>108</sup>.

Mettere in pratica i valori fondanti dell'*empowerment* risulta, di conseguenza, estremamente complesso in una società in cui il senso di assistenzialismo e paternalismo risulta essere radicato tra gli operatori che si occupano di salute mentale; è proprio per questo che si parla di "cultura dell'*empowerment*".

La cultura può essere definita come un insieme di saperi, abilità, regole, strategie, abitudini, consumi, norme, divieti, credenze, riti, valori, miti, idee, acquisizioni che si perpetua di generazione in generazione, si riproduce in ogni individuo e mantiene, per generazione e rigenerazione, la complessità individuale e la complessità sociale<sup>109</sup>.

Di conseguenza, un qualsiasi soggetto immesso in una specifica cultura, è una persona che pensa, si rappresenta e dà significato ai fenomeni in relazione al contesto culturale in cui è inserito; se l'*empowerment* entrasse a far parte della nostra cultura, allora gli utenti della salute mentale avrebbero garantiti una serie di valori e diritti che gli permetterebbero di essere parte attiva e integrante della costituzione delle organizzazioni della salute mentale, degli interventi terapeutici, della formazione e della ricerca.

In quest'ottica Straticò identifica tre elementi che rappresentano il minimo comune denominatore dell'*empowerment*<sup>110</sup>:

- Può essere considerato sia in termini di "processo" da percorrere che di "meta" da raggiungere, sia per i professionisti che per gli utenti
- Deve essere messo in pratica nei contesti comunitari, quindi, di vita ordinaria
- Si fonda sulle capacità specifiche di un soggetto (quindi sui propri funzionamenti) che possono incontrare agevolazioni ed impedimenti all'interno dei contesti ambientali

Di conseguenza, l'*empowerment* si caratterizza come concetto multi-dimensionale che pone

---

<sup>108</sup> Agnetti G. (2015) Empowerment e recovery. In: Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale, Maone A. & D'Avanzo B., Milano: Raffaello Cortina Editore, p. 174, 2015

<sup>109</sup> Morin E. (2002) L'identità umana. Milano: Cortina. In: L'empowerment e i servizi di salute mentale. Manuale per gli operatori, Straticò E., Roma: CIC Edizioni Internazionali, p. 33, 2009

<sup>110</sup> Straticò E. (2009) L'empowerment e i servizi di salute mentale. Manuale per gli operatori. Roma: CIC Edizioni Internazionali, pp. 92-93

le sue fondamenta sul senso di protagonismo degli utenti della salute mentale con l'obiettivo di decretare un cambiamento nel modo di vedere la persona affetta da disagio psichico nell'opinione pubblica condizionando, di conseguenza, le politiche d'assistenza.

Il presupposto fondante su cui una cultura orientata all'*empowerment* deve basarsi è considerare il soggetto affetto da malattia psichica come persona detentrica di diritti, doveri, opinioni, bisogni e desideri che devono essere rispettati in funzione del riconoscimento della dignità; soltanto attraverso il riconoscimento e il rispetto reciproco della dignità sarà possibile costruire una relazione operatore-utente caratterizzato dalla parità e dalla fiducia pur non sconfinando dai limiti dei propri ruoli.

Ciò significa che la definizione dei valori e dei metodi caratterizzanti una cultura *empowerment-oriented* parte da una metodologia di approccio all'utente che abbraccia quelli che sono i valori che contraddistinguono l'*empowerment*, ovvero, quelli che favoriscono l'emancipazione.

Straticò ne individua alcuni prendendo come riferimento (ma non solo) i principi che fondano e caratterizzano la Società Aperta di Karl Popper<sup>111</sup>;

- **Fraternità:** è il principio che ammette sentimenti di affetto, solidarietà e concordanza di ideali che si instaurano tra persone che non sono fratelli ma si sentono come se lo fossero, e questo viene dimostrato attraverso la messa in atto di azioni di solidarietà ed aiuto in maniera disinteressata nei momenti di bisogno. Questo presuppone che siano presenti il riconoscimento e il rispetto della parità e della dignità reciproca
- **Pluralismo:** è il principio che si oppone ad un'unica fonte dominante di potere e in cui è presente la tolleranza reciproca alla base della coesistenza di gruppi di persone afferenti a diverse minoranze, le cui caratteristiche, vengono considerate fondamentali ed irriducibili; è proprio questo il principio alla base della costituzione dei gruppi di auto-mutuo-aiuto in cui i diversi punti di vista vengono esposti e considerati di eguale importanza escludendo qualsiasi idea che venga posta come unica fonte legittima
- **Rispetto:** è il principio che comporta il riconoscimento dei diritti e della dignità dell'altra persona astenendosi da qualsiasi forma di offesa e danneggiamento

---

<sup>111</sup> Straticò E. (2009) L'empowerment e i servizi di salute mentale. Manuale per gli operatori. Roma: CIC Edizioni Internazionali, pp. 99-113; Ronchetti P. (2017) Diritto ed economia politica, Terza edizione, pp. 66-114

- Dignità: è il primo diritto fondamentale enunciato nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea; “La dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata.”<sup>112</sup> La dignità è, quindi, il diritto di una persona ad essere rispettata sia dagli altri che da sé stessa, in quanto detentrica di valori intrinseci alla natura stessa di essere umano; il rispetto della dignità umana diventa non solo un diritto universale e inalienabile, ma anche la base fondante di tutti gli altri diritti
- Uguaglianza: è il principio che garantisce ad ogni individuo di essere considerato alla pari delle altre persone in ogni circostanza indipendentemente dalla posizione sociale e dalla provenienza, escludendo, quindi, ogni forma di discriminazione
- Libertà: è il principio che permette all'individuo di agire in maniera autonoma, senza essere vincolato da costrizioni e impedimenti
- Responsabilità: è il principio che permette di prendere atto del fatto che le proprie azioni possono avere un ruolo decisivo in determinate circostanze, per cui, presuppone la capacità di prevedere tali conseguenze in modo tale da poter modificare il proprio comportamento

Affinché l'*empowerment* si realizzi è, quindi, necessario che tutti questi valori vengano declinati all'interno della dimensione della salute mentale decretando un vero e proprio cambiamento della cultura di pensiero in questo ambito attraverso metodiche che comprendono: la collaborazione tra l'utente e il professionista, l'accettazione del punto di vista dell'utente rispetto alle sue problematiche, il coinvolgimento dell'utente nel suo processo di cambiamento, la sollecitazione all'utilizzo di punti di forza già presenti e alla costruzione di strumenti nuovi utili al raggiungimento di obiettivi, l'implementazione dei *peer support workers* e la partecipazione ai gruppi di auto-mutuo-aiuto.

Questi metodi d'intervento possono, di conseguenza, essere considerati dei fattori *empowering*, ovvero, degli elementi che favoriscono l'insorgere dell'*empowerment*. Di conseguenza, poiché una cultura basata su quest'ultima si realizzi, è necessario che questi fattori si contrappongano alla pressione esercitata dai fenomeni che contrastano il manifestarsi dell'*empowerment*, ovvero, lo stigma e l'assistenzialismo che vengono considerati fattori *disempowering*.

Ciò significa che, affinché l'*empowerment* si verifichi, è necessaria la partecipazione attiva

---

<sup>112</sup> Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (18 dicembre 2000), p. 9



degli utenti nei servizi di salute mentale, partecipazione che non può avvenire se prima questi ultimi non conquistano i diritti di base che conferiscono dignità alla persona e in cui, gli individui affetti da malattie psichiche, possiedono, ancora oggi, un notevole svantaggio dovuto alla correlazione con il livello di potere e controllo che è loro concesso.

A causa della complessità di cui si caratterizza questo costrutto, sono state date, nel corso del tempo, diverse definizioni; uno dei primi a concettualizzare l'*empowerment* fu Rappaport che lo definì come un processo che permette sia ai singoli che ai gruppi di accrescere le capacità di controllare in modo attivo la propria vita<sup>113</sup>.

In seguito, Staples descriverà l'*empowerment* come un processo per mezzo del quale il potere è sviluppato, facilitato oppure ostacolato e che permette ad individui dipendenti di costruire capacità di agire nel loro interesse, mentre McLean dirà che l'*empowerment* definisce il processo personale e politico per mezzo del quale gli utenti della salute mentale ottengono convalidazione e reintegrano il loro senso di dignità e valore<sup>114</sup>.

Successivamente Zimmerman affermerà che questo concetto, poiché complesso, si dirama su tre livelli, ovvero, quello individuale, quello organizzativo e quello sociale<sup>115</sup>; per quanto riguarda l'*empowerment* personale, questo si concretizza nel momento in cui il soggetto prende consapevolezza sia della circostanza per la quale le proprie decisioni impattano sulla sua vita, ma anche della capacità di comprendere il suo contesto sociale e di partecipare ad attività collettive per influenzarlo. Di conseguenza, questa tipologia di *empowerment*, si compone di alcune dimensioni intrinseche alla persona quali cognitive, motivazionali e della personalità. Quelle cognitive comprendono<sup>116</sup>:

- L'autoefficacia, ovvero, possedere un'opinione favorevole delle proprie capacità. Questa viene definita da Bandura come la convinzione, posseduta da ognuno di noi, delle proprie capacità di organizzare e realizzare tutte quelle azioni necessarie affinché le situazioni che si incontrano possano essere gestite, in relazione al

---

<sup>113</sup> Agnetti G. (2015) Empowerment e recovery. In: Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale, Maone A. & D'Avanzo B., Milano: Raffaello Cortina Editore, p. 177, 2015

<sup>114</sup> Straticò E. (2009) L'empowerment e i servizi di salute mentale. Manuale per gli operatori. Roma: CIC Edizioni Internazionali, p. 90

<sup>115</sup> Agnetti G. (2015) Empowerment e recovery. In: Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale, Maone A. & D'Avanzo B., Milano: Raffaello Cortina Editore, pp. 177-180, 2015

<sup>116</sup> Straticò E. (2009) L'empowerment e i servizi di salute mentale. Manuale per gli operatori. Roma: CIC Edizioni Internazionali, pp. 115-134

contesto, adeguatamente e in modo tale da raggiungere gli obiettivi prefissati<sup>117</sup>

- La competenza, ovvero, la percezione positiva sulle proprie abilità e sull'effetto costruttivo che queste possono avere sia all'interno del contesto di riferimento che per il raggiungimento degli obiettivi che risultano significativi per la persona
- L'autostima, che viene definita come il grado di positività e negatività che la propria autovalutazione può possedere<sup>118</sup>. Miceli, inoltre, la descrive come una sensazione di contare e meritare stima e considerazione (o viceversa, di non meritarne) che, successivamente, si trasforma in un giudizio complessivo del proprio valore<sup>119</sup>
- L'assertività, che rappresenta la capacità di esprimere le proprie opinioni, sentimenti e bisogni in maniera chiara, diretta e gentile, tenendo sempre a mente le esigenze e i sentimenti altrui imparando l'abilità nell'esprimere, in maniera adeguata, una negazione e/o un rifiuto senza sconfinare nell'umiliazione e nell'offesa dell'altro
- Le strategie di *coping* intese come tutte quelle abilità necessarie per fronteggiare eventi problematici; queste sono strettamente legate al concetto di *empowerment* poiché permettono di rendere fruttuose le risorse individuali in quanto forniscono gli strumenti adatti al fine di metterle in pratica. Acquisire ed incrementare le strategie di *coping*, di conseguenza, risulta particolarmente importante per aumentare l'efficacia e l'autonomia personale, favorendo la sensazione di possedere il diritto alla scelta<sup>120</sup>

Per quanto riguarda la dimensione della motivazione, questa viene definita da De Beni e Moè come la configurazione caratterizzata da esperienze soggettive che consente di spiegare l'inizio, la direzione, l'intensità e la persistenza di un comportamento diretto ad uno scopo<sup>121</sup>. La motivazione, quindi, gioca un ruolo fondamentale nel raggiungimento degli obiettivi prefissati e significativi poiché rappresenta proprio quella spinta intrinseca alla persona e necessaria per la persistenza delle azioni volte al raggiungimento di un determinato fine.

---

<sup>117</sup> Bandura A. (2000) Autoefficacia. Teoria ed applicazioni. Trento: Erikson S.p.A., pp. 17-97

<sup>118</sup> Miceli M. & Castelfranchi C. (1995) Le difese della mente. Roma: La Nuova Italia. In: Straticò E. (2009) L'empowerment e i servizi di salute mentale. Manuale per gli operatori. Roma: CIC Edizioni Internazionali, p. 115

<sup>119</sup> Miceli M. (1998) L'autostima. Bologna: Il Mulino. In: Straticò E. (2009) L'empowerment e i servizi di salute mentale. Manuale per gli operatori. Roma: CIC Edizioni Internazionali, p. 115

<sup>120</sup> Gingeric S. & Mueser K.T. (2019) Training per le abilità di coping. Una guida pratica. Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l., pp. 1-26

<sup>121</sup> De Beni R. & Moè A. (2000) Motivazione e apprendimento. Bologna: Il Mulino, p. 37

Infine, ciò che caratterizza la dimensione della personalità nell'*empowerment* personale, è la sfera del *locus of control*. Questo viene definito da Rotter come il grado di attribuzione a circostanze interne o esterne che una persona tende a conferire come causa dei propri successi o insuccessi<sup>122</sup>. Ciò significa che, per le persone che hanno fiducia nelle proprie capacità di governare gli eventi, sarà più semplice riconoscere in sé stessi le cause dei propri successi e insuccessi (e non in cause esterne); di conseguenza, queste persone saranno più inclini a confidare nel proprio potere decisionale nella propria vita e negli eventi sociali.

Queste tre dimensioni costitutive dell'*empowerment* personale pongono le loro basi sul concetto dell'*agency*, ovvero, la capacità dell'individuo di agire in maniera indipendente e autonoma effettuando delle scelte libere ed esercitando un potere causale sugli eventi<sup>123</sup>.

L'*empowerment* organizzativo si riferisce, invece, all'organizzazione delle strutture che si occupano di salute mentale; affinché questa tipologia di *empowerment* si realizzi è necessario implementare ed incrementare la partecipazione attiva degli utenti proprio nell'iter organizzativo di queste strutture. Ciò significa che questi organismi devono utilizzare tutti gli strumenti necessari affinché ci sia la messa in pratica dell'*empowerment* innanzi tutto degli operatori della salute mentale; solo così sarà possibile il verificarsi, come conseguenza diretta, l'*empowerment* degli utenti poiché i professionisti saranno coloro che riconosceranno e valorizzeranno le potenzialità di questi ultimi, spronandoli a metterle in atto.

Infine, l'*empowerment* sociale comprende la creazione di un sentimento di coesione all'interno della società attraverso la sensibilizzazione sulle problematiche relative alla salute mentale, in modo tale da acquisire competenze utili per modificare le condizioni ambientali, migliorare la qualità della vita e ridurre lo stigma.

Successivamente, vengono date altre definizioni di *empowerment* che risultano essere sempre più complete poiché si arricchiscono del punto di vista degli utenti stessi; Coleman,

---

<sup>122</sup> Rotter J.B. (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. In: Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale, Maone A. & D'Avanzo B., Milano: Raffaello Cortina Editore, p. 178, 2015

<sup>123</sup> Bandura A. (2000) Autoefficacia. Teoria ed applicazioni. Trento: Erikson S.p.A., pp. 15; Straticò E. (2009) L'*empowerment* e i servizi di salute mentale. Manuale per gli operatori. Roma: CIC Edizioni Internazionali, p 118

infatti, dice che l'*empowerment* non riguarda soltanto la capacità di esercitare le proprie decisioni, ma si riferisce soprattutto alla comprensione della propria esperienza soggettiva e al potere di affermare il proprio modello esplicativo della malattia<sup>124</sup>, mentre Deegan fa riferimento all'*empowerment* considerandolo come un processo provocato dall'insurrezione ad una diagnosi che ha avuto la pretesa di affermare una prognosi senza via d'uscita, privandola dell'esigere il proprio diritto alla guarigione e che l'ha spinta ad essere lei stessa motore del cambiamento attribuendosi l'obiettivo di diventare "la dottoressa Deegan"<sup>125</sup>.

In seguito Corrigan definisce l'*empowerment* come l'acquisizione di un senso di padronanza e di controllo sia su di sé che sul proprio ambiente, mentre Chamberlin dà una definizione sistematica del concetto individuando quindici caratteristiche fondamentali: avere il potere di prendere decisioni, avere accesso alle informazioni e alle risorse, avere a disposizione una serie di opzioni da cui fare una scelta, essere assertivi, avere la sensazione di poter fare la differenza, imparare a pensare in modo critico, esprimere la rabbia in maniera adeguata, sentirsi appartenenti ad un gruppo, comprendere che le persone possiedono dei diritti, apportare dei cambiamenti nel proprio contesto ambientale, imparare abilità ritenute importanti dal soggetto stesso, modificare le opinioni altrui sulle proprie competenze, non nascondere la propria malattia mentale, effettuare un percorso di cambiamento e crescita personale continuo nel tempo, avere un'immagine positiva di sé stessi superando lo stigma<sup>126</sup>.

Tutto ciò, quindi, presuppone una poderosa svolta culturale poiché favorire l'*empowerment* significa credere fermamente nel potenziale delle persone e fare tutto il possibile in modo tale che questo emerga. Ciò, di conseguenza, conferirà la forza necessaria affinché l'individuo consideri sé stesso come "persona agente", quindi, che ha un effetto degno di considerazione all'interno della propria vita e della società. Soltanto in questo modo sarà possibile rivendicare il proprio diritto nel vivere una vita dignitosa e di possedere un ruolo

---

<sup>124</sup> Coleman R. & Smith M. (2000) Lavorare con le voci. In: Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale, Maone A. & D'Avanzo B., Milano: Raffaello Cortina Editore, p. 180, 2015

<sup>125</sup> Deegan P.E. (1996) Recovery rehabilitation and the conspiracy of hope. In: Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale, Maone A. & D'Avanzo B., Milano: Raffaello Cortina Editore, p. 181, 2015

<sup>126</sup> Corrigan P.W., Mueser K.T. & Bond G.R. (2009) Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach; Chamberlin J (1997) A Working Definition of Empowerment. In: Il recovery dalla disabilità, Liberman R.P., Roma: Giovanni Fioriti Editore, pp. XLVII-XLVIII, 2015

all'interno della società, ovvero, rivendicare il diritto ad una guarigione che, in questi termini, diventa possibile.

In questo modo, non solo si contrasta lo stigma carico di pregiudizi che priva l'individuo affetto da disagio psichico della speranza etichettandolo come improduttivo, inguaribile e irresponsabile, ma la persona *empowered* diventa un vero e proprio punto di riferimento e di esempio per tutti quelli che stanno affrontando le stesse difficoltà.

Affinché questo cambiamento a livello culturale si realizzi, è necessario che ci sia la condivisione, da parte della società, dei valori che sottendono l'*empowerment*, permettendo agli utenti di avere potere decisionale sia sul proprio percorso terapeutico che sul funzionamento dei servizi, ovvero, mettendo in pratica la co-produzione.

Purtroppo, ad oggi, in Italia non si è ancora verificato un imponente cambio di rotta della cultura organizzativa che sottende le strutture della salute mentale poiché, per gli operatori, risulta difficoltoso cedere una parte del loro "potere" in favore dell'accrescimento del potere degli utenti; ciò genera un circolo vizioso, poiché se gli operatori sono i primi a non fare un passo indietro in questi termini, gli utenti non si sentiranno mai spronati a mettere in atto le proprie potenzialità e, di conseguenza, non si prenderanno quei rischi necessari per imparare a fronteggiare situazioni nuove e inesplorate.

Nonostante ciò, dei primi tentativi sono stati messi in atto attraverso, ad esempio, il progetto finanziato dal programma *Erasmus + "EMPOWER.Ment. Empowering people with Severe Mental Health Difficulties through inclusion in every step of the training and therapeutic path"*, che ha visto coinvolti alcuni Paesi facenti parte dell'Unione Europea, tra cui l'Italia con la cooperativa sociale "L'Ovile" e l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia<sup>127</sup>.

---

<sup>127</sup> <https://empower-ment.eu/>

## 2.6 LA MENTAL HEALTH RECOVERY STAR

*“Se tratti una persona per come è, essa rimarrà quella che è,  
ma se la tratti per ciò che dovrebbe e potrebbe essere,  
diventerà quella che dovrebbe e potrebbe essere”  
- J.W. von Goethe -*

La *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup> è uno strumento sviluppato da *Triangle Consulting* per il *Mental Health Providers Forum* nel 2011; questo è il frutto di una ricerca-azione che ha visto il coinvolgimento e la partecipazione di operatori, ricercatori ed utenti di una serie di servizi di salute mentale ubicati a Londra e nei dintorni. Per produrre questo strumento sono stati utilizzati sia metodi quantitativi che qualitativi conferendo, alla *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup>, una “doppia anima”<sup>128</sup> che rende possibile una visione dualistica del percorso di *recovery* dell’utente poiché prende in considerazione sia la dimensione soggettiva, prediligendo il punto di vista dell’utente rispetto all’orientamento al cambiamento e alla consapevolezza dell’eventuale presenza di una problematica, ma anche il punto di vista oggettivo in quanto, l’utilizzo della scala del cambiamento permette la restituzione di un valore numerico che corrisponde ad una precisa fase. L’obiettivo di questo strumento è sostenere l’utente e l’operatore nella definizione, nel monitoraggio e nella valutazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi che poggiano sui principi orientati alla guarigione, quindi, alla *recovery* e all’*empowerment*. Di conseguenza, non viene considerata una scala di valutazione convenzionale né tantomeno funge da alternativa a strumenti come HoNOS, VADO, LSP e GAF; il suo scopo è aumentare la partecipazione e la responsabilizzazione degli utenti nel pianificare e raggiungere gli obiettivi prefissati che caratterizzano i piani di trattamento individualizzati. Quindi, il *framework* teorico su cui la *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup> si erge, è costituito da concetti portanti quali: la coproduzione, l’*empowerment*, la valorizzazione dell’esperienza vissuta dagli utenti in prima persona e il considerare il ruolo degli operatori come facilitatori e motivatori che accompagnano gli utenti in un percorso di cambiamento personale. Infatti, la *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup>, fa riferimento ad un

---

<sup>128</sup> Placentino A., et al. (2017) La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana. In: Rivista di Psichiatria

modello epistemologico di cambiamento derivato da studi che hanno preso in esame le esperienze dirette di malattia e di guarigione e che ha portato, successivamente, alla costituzione della “scala del cambiamento” che funge da guida e supporto per identificare a che punto ci si trova nel proprio percorso individuale in relazione alle fasi del cambiamento, in modo tale che, partendo da queste, sia possibile individuare e sviluppare gli interventi adatti. Tutte queste caratteristiche conferiscono un ampio margine di flessibilità sia nell’utilizzo che nella presentazione poiché gli operatori possono introdurlo individualmente o ad un gruppo, ma anche gli utenti possono esporlo ad altri utenti<sup>129</sup>.

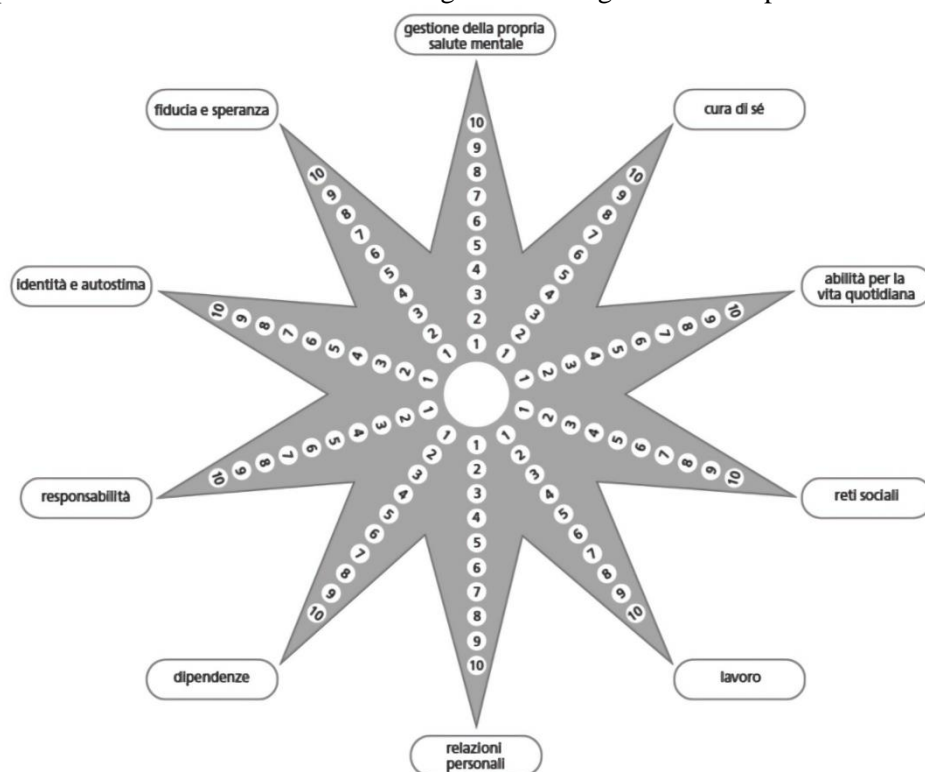
Della validazione italiana dello strumento si è occupato il gruppo di lavoro condotto da Anna Placentino e Fabio Lucchi nell’ambito dei servizi pubblici e del privato sociale afferenti alla Provincia di Brescia mentre, l’associazione Il Chiaro del Bosco è stata il riferimento organizzativo della ricerca poiché unica detentrica della licenza ufficiale all’utilizzo della *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup> in Italia e, di conseguenza, autorizzata ad erogare il corso di formazione necessario per l’uso dello strumento. La *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup> risulta, quindi, essere uno strumento innovativo ed unico nel suo genere dando degli *outcome* che risultano essere olistici e personalizzati, in quanto, prende in esame e mette in relazione sia elementi qualitativi, prendendo in considerazione il punto di vista dell’utente, che quantitativi, effettuando una stadiazione e valutazione del cambiamento. Di conseguenza, grazie all’utilizzo di questo strumento, l’utente diventa parte integrante e centrale sia del proprio percorso terapeutico-riabilitativo ma anche del proprio percorso di *recovery*. Si sono, quindi, create le basi per un cambiamento a livello culturale nella cura delle malattie mentali implementando rapporti di co-produzione tra operatori, utenti e familiari, che, successivamente, hanno portato alla fondazione del primo *Recovery College* in Italia. Caratteristica cardine della *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup> è la costruzione di un grafico che restituisce un’immagine immediata, come se fosse una “fotografia” che l’utente realizza per individuare, in quel preciso momento, a che punto si trova nel suo percorso di *recovery*. Inoltre, attraverso l’utilizzo dell’apposito piano d’intervento, consente di pianificare le azioni necessarie e volte al raggiungimento degli obiettivi prefissati (secondo il modello S.M.A.R.T.) e, successivamente, individuare e monitorare i propri progressi. Questo aspetto *sui generis* della *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup> è ciò che ne denota la peculiarità, poiché

---

<sup>129</sup> <https://ilchiarodelbosco.org/progetto-recovery-star/>

risulta essere uno strumento di riflessione (e non di valutazione) in quanto ammette il concetto secondo cui il percorso di *recovery*, essendo strettamente personale, non è lineare poiché composto da prove ed errori prima che da successi, quindi, rende possibile cambiare idea e prospettiva su determinati aspetti della propria vita; ciò concorre a rendere l'utente più consapevole sia del proprio percorso di *recovery* che di sé stesso e degli aspetti della propria vita. Gli elementi costitutivi fondamentali sono principalmente due: la stella a dieci punte e la scala del cambiamento. L'immagine della stella prevede dieci punte poiché corrispondono alle dimensioni di vita che svolgono, in generale, un ruolo cruciale nel percorso di *recovery*; per ogni punta sarà possibile segnare il punteggio individuato che corrisponde ad uno stadio preciso della scala del cambiamento (Figura 8).

**Figura 8** – Stella a 10 punte con relative aree cui assegnare un punteggio, Placentino A., et al. (2017) | Riprodotto con l'autorizzazione di Triangle Consulting Social Enterprise Ltd



Le dieci aree della *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup> sono<sup>130</sup>;

<sup>130</sup> Placentino A., et al. (2017) La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana. In: Rivista di Psichiatria; Placentino A., & Lucchi F., (2019) La Recovery Star per la salute mentale. Dalla Lombardia gli esiti della sperimentazione italiana sullo strumento nato nel Regno Unito, Lavoro Sociale. In: La rivista per le professioni sociali



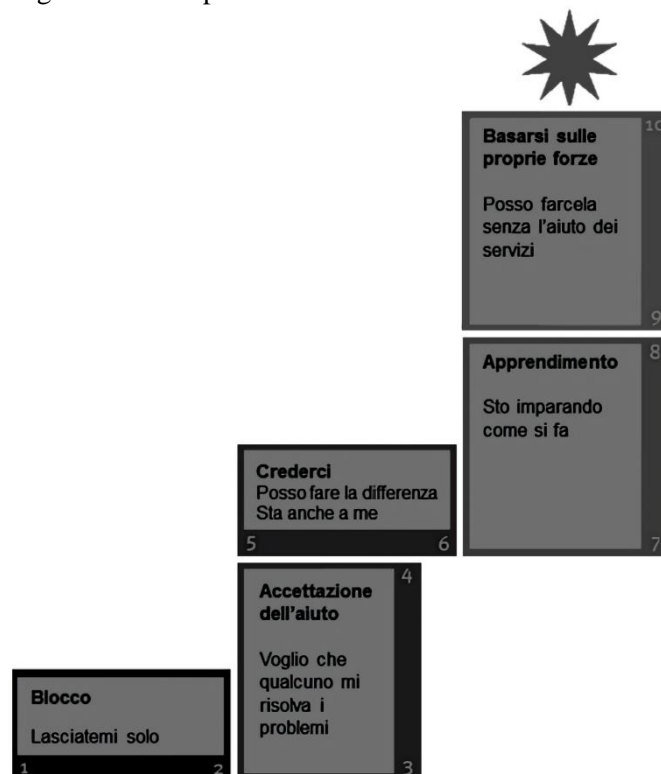
1. Gestione della propria salute mentale: l'area fa riferimento alla gestione della propria salute mentale e della capacità di sviluppare una vita soddisfacente e significativa, anche in presenza di eventuali sintomi
2. Salute fisica e cura di sé: l'area fa riferimento alla cura di sé, in particolare della propria salute fisica, l'igiene personale, la gestione dello stress e il mantenimento dello stato generale di benessere
3. Abilità per la vita quotidiana: l'area fa riferimento agli aspetti pratici della vita in autonomia come fare la spesa, cucinare, avere a che fare con i vicini, tenere in ordine il posto in cui si vive e gestire il proprio denaro
4. Reti sociali: l'area fa riferimento alla rete sociale e all'essere parte di una comunità. Include la capacità di partecipare ad attività organizzate da servizi e anche ad attività non istituzionali come il volontariato, partecipare a corsi, iscriversi ad una associazione o a un circolo, partecipare alle attività della scuola, di una chiesa oppure di attività proposte da gruppi di amici
5. Lavoro: l'area fa riferimento al rapporto personale con il lavoro. Considera il desiderio di lavorare, l'individuazione di ciò che si desidera fare, sviluppare le competenze e le qualifiche per avere un'occupazione, trovare e mantenere un lavoro. Oppure, se preferito o maggiormente indicato, dedicarsi ad attività di volontariato e/o altre attività occupazionali
6. Relazioni personali: l'area fa riferimento alle relazioni personali significative. Si individua una relazione in cui si vorrebbe che le cose fossero diverse (con un familiare, un amico stretto o un compagno/a) e si valuta il grado di vicinanza che si desidera avere
7. Comportamento legato alle dipendenze e all'uso di sostanze: l'area fa riferimento a qualsiasi comportamento legato all'uso di sostanze come alcol, droghe o altre forme di dipendenza (gioco d'azzardo, shopping, etc.). Prende in considerazione la consapevolezza di tali problemi e un eventuale impegno per ridurne i danni
8. Responsabilità: l'area fa riferimento alle responsabilità riguardanti il posto in cui si vive (casa o altro tipo di struttura). Include il pagamento dell'affitto, andare d'accordo con i vicini o gli altri ospiti della struttura e considera la presenza di eventuali problemi con la legge
9. Identità ed autostima: l'area fa riferimento al senso d'identità personale e

all'autostima. Considera la percezione di sé, la consapevolezza delle risorse personali, dei propri limiti e più in generale dell'accettazione di sé

10. Fiducia e speranza: l'area fa riferimento alla percezione di fiducia personale e alle aspettative positive per il futuro. Prende in considerazione il credere in sé stessi, la fiducia negli altri e l'aspettativa di trovare delle possibili soluzioni

La scala del cambiamento è, invece, costituita da cinque stadi ognuno dei quali ripartito in due sotto-fasi; ciò permette di individuare, complessivamente, dieci fasi che corrispondono a punteggi di ancoraggio specifici per ogni area (Figura 9).

**Figura 9** – *La scala del cambiamento, Placentino A., et al. (2017)* | Riprodotto con l'autorizzazione di Triangle Consulting Social Enterprise Ltd



Le cinque fasi della scala del cambiamento su cui la *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup> si basa sono<sup>131</sup>;

<sup>131</sup> Burns S. & MacKeith J. (2011) *Mental health recovery star: users guide*, p. 3

- Blocco: caratterizzato dalla sensazione di non sentirsi in grado di fare fronte al problema o di non essere nelle condizioni di accettare un aiuto
- Accettazione dell'aiuto: in questa fase vogliamo allontanarci dal problema e speriamo che qualcuno possa intervenire e risolverlo per noi
- Crederci: in questa fase iniziamo a pensare che noi stessi possiamo fare la differenza nella nostra vita. Guardiamo alle cose che vogliamo e ci allontaniamo da quelle che non vogliamo. Iniziamo a fare delle cose da soli per raggiungere i nostri obiettivi e accettiamo aiuto da parte degli altri
- Apprendimento: in questa fase impariamo a rendere concreto il nostro percorso di *recovery*. È un processo che si sviluppa con tentativi ed errori. Alcune delle cose che facciamo funzionano ed altre no, pertanto, abbiamo bisogno di supporto
- Basarsi sulle proprie forze: in questa fase abbiamo acquisito competenze che, gradualmente, ci rendono autonomi fino al punto in cui arriviamo a ciò che vogliamo ottenere/gestire senza l'aiuto di un servizio/progetto

Attraverso la negoziazione, poi, verranno identificati i relativi punteggi da cui verrà costruito il primo grafico, mentre dopo verranno individuati e concordati gli obiettivi volti al cambiamento attraverso il supporto del piano d'intervento. Successivamente, verrà effettuata un'ulteriore valutazione a distanza di tempo per poter osservare se e quali cambiamenti si sono verificati. Di conseguenza, possiamo individuare dei modelli teorici di riferimento su cui si basa la metodologia d'intervento proposta dalla *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup>: la co-produzione, il colloquio motivazionale, il modello degli stadi di cambiamento e la pianificazione degli obiettivi secondo il modello S.M.A.R.T.

Per quanto riguarda la co-produzione, viene definita, dalla *New Economics Foundation*, come una relazione che si instaura tra i professionisti e gli abitanti del territorio in cui entrambe le parti condividono il potere di pianificare e fornire supporto insieme, riconoscendo che entrambi possiedono un contributo di valore che possono dare al fine di migliorare la qualità di vita delle persone e delle comunità<sup>132</sup>.

---

<sup>132</sup> Slay J. & Stephens L. (2013) Co-production in mental health: A literature review. London: New Economics Foundation, p. 3

È, quindi, un concetto che nasce in risposta alle critiche mosse contro i servizi di salute mentale che non davano il giusto riconoscimento agli utenti e alle loro esperienze personali che potevano fungere come importante contributo nell'architettura organizzativa dei servizi. Di conseguenza, si è iniziato a coinvolgere gli utenti nelle decisioni e nel funzionamento dei servizi di cui loro sono i maggiori fruitori, confutando l'idea che queste persone dovessero essere destinatari passivi dei servizi diretti loro. La co-produzione permette, inoltre, di rendere gli interventi terapeutico-riabilitativi quanto più personalizzati possibile poiché vengono adattati alle esigenze di queste persone, ai loro punti di forza e obiettivi; in questo modo si rende possibile l'apertura di una finestra di dialogo e confronto tra i professionisti della salute mentale e gli utenti con le loro famiglie in cui viene a crearsi uno scambio reciproco e paritario d'informazioni al fine di migliorare i servizi<sup>133</sup>.

La *New Economics Foundation* individua, inoltre, sei principi fondanti della co-produzione che devono essere incorporati nella pratica quotidiana dei servizi<sup>134</sup>;

- *Taking an assets-based approach*: “Adottare un approccio basato sulle risorse” cambiando la percezione generica che si ha di queste persone, in modo tale che non siano viste come destinatari passivi degli interventi e/o come oneri per il sistema, ma come *partner* paritari nella progettazione e nell'erogazione dei servizi
- *Building on people's existing capabilities*: “Costruire sulle capacità esistenti delle persone” modificando il modello che sottende l'organizzazione dei servizi passando da un approccio che guarda ai *deficit* ad un approccio che riconosce i punti di forza, al fine di accrescere le capacità individuali e le opportunità di metterle in pratica a livello comunitario
- *Reciprocity and mutuality*: “Reciprocità e mutualità” il che significa offrire un'opportunità concreta di lavorare in relazioni che prevedono uno scambio d'informazioni sia tra utenti e professionisti che tra utenti stessi, in modo tale da mettere in evidenza responsabilità ed aspettative reciproche
- *Peer support networks*: “Reti di supporto tra pari” che prevedono il realizzarsi di gruppi sociali paritari con i professionisti, poiché si è visto essere il miglior modo di

---

<sup>133</sup> Clark M. (2015) Co-production in mental health care. In: *Mental Health Review Journal*; Norton M.J. (2021) Co-Production within Child and Adolescent Mental Health: A Systematic Review. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*

<sup>134</sup> Slay J. & Stephens L. (2013) *Co-production in mental health: A literature review*. London: New Economics Foundation, p. 3

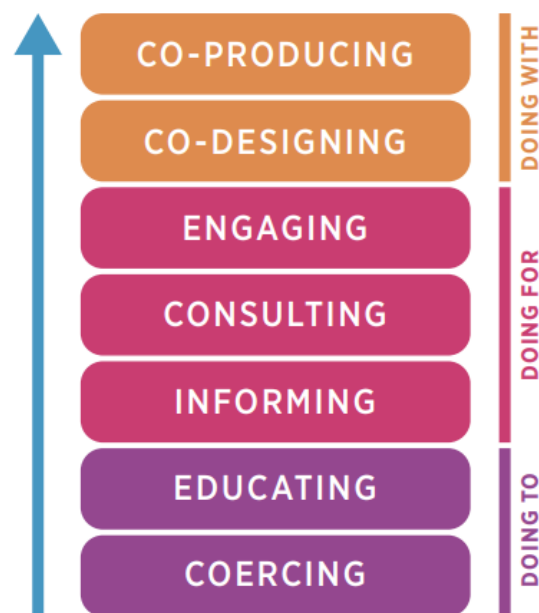
trasferire conoscenze

- *Blurring distinctions*: “Sfumare le distinzioni”, quindi, cercare di assottigliare quanto più possibile la separazione tra professionisti ed utenti, comportando una riconfigurazione nelle modalità in cui i servizi sono organizzati
- *Facilitating rather than delivering*: “Facilitare piuttosto che consegnare”, ovvero, i professionisti devono diventare catalizzatori e facilitatori piuttosto che fornire agli utenti conoscenze già formate

Inoltre, la *New Economics Foundation* ha inserito la co-produzione all’interno di una scala della partecipazione (*Ladder of Participation*) che risulta essere un adattamento di quella teorizzata da Armstein (Figura 10); questa permette di concettualizzare e differenziare i sette livelli di partecipazione individuati.

**Figura 10** – *New Economics Foundation Ladder of Participation*

<<https://www.iriss.org.uk/resources/insights/participation-its-impact-services-and-people-who-use-them>>



La base della scala corrisponde al “fare a” (*doing to*), ovvero, quella fase che vede i servizi in un’ottica coercitiva (*coercing*) ed educativa (*educating*) poiché mirano a conformare gli utenti a norme e standard idealizzati. In questo caso l’architettura organizzativa dei servizi è impostata in modo tale da non permettere agli utenti di partecipare alla progettazione e

all'erogazione degli interventi poiché viene dato per scontato che gli utenti siano d'accordo con le decisioni prese rendendoli fruitori passivi.

La parte centrale della scala coincide con “fare per” (*doing for*), ovvero, quello stadio che prevede un livello di coinvolgimento superficiale degli utenti nei servizi di salute mentale; è presente una maggiore partecipazione rispetto alla fase precedente poiché i professionisti attuano strategie volte ad informare (*informing*), consultare (*consulting*) e coinvolgere (*engaging*) gli utenti poiché s'inizia a tenere conto dei loro bisogni ed interessi. Nonostante ciò, il coinvolgimento di questi ultimi risulta essere estremamente limitato nella progettazione e nelle modalità di erogazione degli interventi poiché non verranno coinvolti in maniera attiva nella fase decisionale, ma saranno chiamati a partecipare solo per essere ascoltati.

Infine, l'estremità della scala è indenticata dal “fare con” (*doing with*) e rappresenta il livello più avanzato di coinvolgimento dell'utente nel servizio tanto da conferirgli un vero e proprio potere decisionale per quanto riguarda l'organizzazione di questo; ciò richiede un profondo cambiamento culturale nella modalità con cui i professionisti lavorano con gli utenti del servizio poiché devono riconoscere che dei risultati positivi possono essere raggiunti al meglio con le persone, attraverso relazioni paritarie e di scambio reciproco. Per attuare questo cambiamento è necessario che i professionisti mettano in pratica strategie basate sulla co-progettazione (*co-designing*) e sulla co-produzione (*co-producing*). Implementare la co-progettazione implica la condivisione del potere decisionale tra utenti e professionisti in modo tale che le idee proposte vengano non solo ascoltate, ma anche valorizzate, discusse e messe in pratica. La co-produzione, invece, consente di fare un passo che va oltre la co-progettazione, poiché consente agli utenti di svolgere un ruolo determinate all'interno dei servizi di cui si sono occupati, personalmente, della progettazione. Questo può essere messo in atto attraverso varie forme purché venga rispettato l'elemento che si pone come base fondante del concetto della co-produzione; le risorse e le capacità degli utenti devono essere valorizzate e coltivate affinché, questi ultimi, si sentano in grado di svolgere un ruolo all'interno del servizio senza alcun timore di assumersi le conseguenti responsabilità, lavorando assieme e in condizioni di uguaglianza con i professionisti, rispettando ognuno i contributi dell'altro<sup>135</sup>.

---

<sup>135</sup> Slay J. & Stephens L. (2013) Co-production in mental health: A literature review. London: New Economics Foundation, pp. 3-4

In conclusione, possiamo definire la co-produzione come il *gold standard* della partecipazione e risulta evidente una possibile correlazione tra la co-produzione e l'*empowerment*; affinché si verifichi l'incremento di *empowerment* degli utenti della salute mentale risulta necessario un cambiamento, a livello culturale, nella concezione del ruolo che l'utente può svolgere all'interno dei servizi, passando da un ruolo passivo, e talvolta coercitivo, ad uno attivo in cui, quest'ultimo, è consapevole di possedere un potere decisionale che risulta essere determinante dell'organizzazione del servizio stesso nonché nella realizzazione e produzione degli interventi. Questo passaggio risulta essere possibile soltanto attraverso l'incremento del livello di partecipazione.

Il colloquio motivazionale viene definito come un metodo che si basa su uno stile di comunicazione orientato alla collaborazione, in quanto, viene utilizzato ed attenzionato il linguaggio del cambiamento volto a rafforzare la motivazione personale e la perseveranza a raggiungere un obiettivo specifico. Questo viene messo in pratica in un clima di accettazione dell'aiuto che, di conseguenza, permette l'esplorazione delle ragioni che spingono la persona verso il cambiamento facilitandone il percorso<sup>136</sup>.

Il punto fondamentale del colloquio motivazionale è quello di far affiorare le motivazioni volte al cambiamento intrinseche all'individuo attraverso una serie di strategie e in modo tale da far emergere la consapevolezza che è la persona stessa ad avere tutte le risposte che le servono. In quest'ambito il ruolo del professionista non è altro che quello di fungere da supporto nella ricerca di queste risposte; il colloquio motivazionale, così definito, non è altro che una collaborazione tra due figure esperte le cui conoscenze sono complementari, in cui una possiede la conoscenza tecnico-professionale mentre l'altra detiene la conoscenza esperienziale.

Il colloquio motivazionale, inoltre, viene strutturato in quattro processi fondamentali<sup>137</sup>;

1. Stabilire una relazione: viene definito un rapporto, tra professionista ed utente, che si basa sulla collaborazione
2. Focalizzare un'agenda specifica: insieme all'utente si delinea il tema su cui verterà il colloquio

---

<sup>136</sup> Miller W.R. & Rollnick S. (2014) Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare. Trento: Erikson, p. 52

<sup>137</sup> Miller W.R. & Rollnick S. (2014) Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare. Trento: Erikson, pp. 48-75

3. Evocare: è la parte centrale del colloquio poiché permette di far emergere le motivazioni volte al cambiamento e distinguerle da quelle che tendono alla stasi nella condizione attuale
4. Pianificare: questa fase permette di stabilire un vero e proprio piano d'azione individuando i passi necessari al raggiungimento degli obiettivi orientati al cambiamento, in questo stadio il professionista si pone in una posizione di supporto attivo per l'utente

Nella fase dell'evocazione, quindi, il professionista deve sollecitare l'emergere di quelle che vengono definite come le affermazioni orientate al cambiamento che vengono differenziate in due categorie: affermazioni di preparazione al cambiamento e affermazioni di attivazione al cambiamento. Le prime abbracciano quattro dimensioni del cambiamento che risultano essere strettamente dipendenti dall'individualità della persona poiché comprendono le capacità, il desiderio, il bisogno e le ragioni che premono per il cambiamento. Le seconde, invece, fanno riferimento alle azioni e alle scelte che la persona mette in pratica con il fine di raggiungere l'obiettivo (o gli obiettivi) pianificati in precedenza<sup>138</sup>. Risulta, infine, evidente come nel colloquio motivazionale giochi un ruolo fondamentale il costrutto teorico alla base del cambiamento.

Il modello trans-teorico del cambiamento, su cui pone le basi la scala del cambiamento adoperata dalla *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup>, è quello teorizzato da Prochaska e DiClemente. Questo considera il cambiamento, e di conseguenza la motivazione sottesa, come un percorso non lineare, in cui le persone possono muoversi "liberamente" da una fase all'altra seguendo uno schema a spirale che ammette la possibilità della ricaduta oltre che della progressione. Prochaska e DiClemente, quindi, individuano quelli che sono i principi universali che sottendono l'architettura del modello trans-teorico di cambiamento che si sviluppa attraverso dieci processi articolati in cinque fasi. Queste sono<sup>139</sup>:

---

<sup>138</sup> Miller W. R. & Rollnick S. (2014) Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare. Trento: Erikson, pp. 75-217

<sup>139</sup> Prochaska J.O., DiClemente C.C. & Norcross J. C. (1992) In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. In: American Psychologist; Prochaska J.O., DiClemente C.C. & Norcross J.C. (2013) Applying the stages of change. In: Psychotherapy in Australia



- Precontemplazione: è la fase in cui non vi è alcuna intenzione, da parte della persona, di cambiare il proprio comportamento nel prossimo futuro poiché è inconsapevole della presenza di un problema. Ciò determina un'assenza di motivazioni volte al cambiamento poiché, se non si è consapevoli della problematica, non sarà neanche possibile individuare una soluzione; di conseguenza, spesso, queste persone avvertono delle pressioni esterne che li costringono al cambiamento, ma questo è controproducente poiché, appena la sollecitazione estrinseca si affievolisce, queste ritornano prontamente alle vecchie abitudini
- Contemplazione: è la fase in cui la persona acquisisce consapevolezza dell'esistenza di un problema e inizia a prendere in considerazione una serie di valutazioni a favore e contro le possibili strategie risolutive. In questa fase le persone hanno individuato la meta a cui aspirare, ma non si sentono pienamente pronte ad affrontare il percorso volto al superamento del problema e il dispendio di energia che questo comporta
- Preparazione: in questa fase le persone cominciano a selezionare e decidere quali azioni mettere in atto affinché possano iniziare un percorso volto al cambiamento. In termini di tempistiche, spesso queste persone hanno concretamente intenzione di agire nel prossimo mese oppure hanno agito nel corso dell'ultimo anno senza, però, alcun successo
- Azione: in questa fase la persona mette in atto tutti quei comportamenti che aveva pianificato nella fase di preparazione e questo comporta dei cambiamenti talmente rilevanti a livello comportamentale da ricevere un alto riconoscimento esterno. A livello di tempistiche, l'azione risulta avere un discreto successo poiché il comportamento risulta essere modificato per un periodo di tempo fino a sei mesi, tempo in cui, gli sforzi per mantenere il cambiamento, permangono in modo costante
- Mantenimento: è la fase in cui si verifica il consolidamento delle strategie attuate facendole diventare dei veri e propri automatismi in modo tale che possano stabilizzarsi e permanere per un periodo che va dai sei mesi fino ad un tempo indeterminato

I processi, invece, rappresentano la dimensione del modello trans-teorico di cambiamento che permette di comprendere le modalità con cui questi cambiamenti avvengono. Questi

vengono differenziati in due tipologie, ovvero, cognitivo-esperienziali e comportamentali<sup>140</sup>;

- Aumento della consapevolezza (di ordine cognitivo-esperienziale): s'intende l'incremento della conoscenza di sé stessi e del problema
- Attivazione emotiva (di ordine cognitivo-esperienziale): prevede la sperimentazione e l'espressione dei propri sentimenti riguardanti le problematiche e le relative soluzioni
- Auto-rivalutazione (di ordine cognitivo-esperienziale): si riferisce all'opinione che si ha di sé stessi e delle proprie sensazioni in relazione ad un problema
- Rivalutazione ambientale (di ordine cognitivo-esperienziale): prendere coscienza e valutare come il proprio problema influisce sull'ambiente circostante attraverso, ad esempio, allenamento all'empatia
- Liberazione sociale (di ordine cognitivo-esperienziale): aumentare le alternative disponibili nella società attraverso la rivendicazione dei propri diritti
- Auto-liberazione (di ordine comportamentale): scegliere e prendere un impegno concreto volto ad agire e credere nelle proprie capacità di cambiare
- Controllo degli stimoli (di ordine comportamentale): si evitano o si contrastano gli elementi che suscitano comportamenti problematici
- Contro-condizionamento (di ordine comportamentale): i comportamenti problematici vengono sostituiti in favore di azioni alternative che risultano essere vantaggiose nel fronteggiamento di determinate situazioni
- Gestione del rinforzo (di ordine comportamentale): s'intende premiare sé stessi o essere ricompensati da altri per aver apportato, con successo, dei cambiamenti
- Gestione delle relazioni d'aiuto (di ordine comportamentale): prevede un giudizio positivo verso l'esterno dimostrato attraverso un atteggiamento di apertura e fiducia verso gli altri e in modo tale da condividere le proprie difficoltà. Ne sono un esempio l'alleanza terapeutica, il supporto sociale percepito e la partecipazione a gruppi di auto-mutuo-aiuto

---

<sup>140</sup> Prochaska J.O., DiClemente C.C. & Norcross J. C. (1992) In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. In: American Psychologist; Esposito S. (2017) Motivazione e Cambiamento: il lavoro col Modello Trans-Teorico di Prochaska e DiClemente. In: State of Mind. Il Giornale Delle Scienze Psicologiche

Questi dieci processi del cambiamento risultano essere tappe necessarie ed universali per poter effettuare il passaggio da una fase del cambiamento ad un'altra, ciò significa che<sup>141</sup>:

- Per poter passare dalla fase della precontemplazione alla fase della contemplazione, ci sarà bisogno che la persona interiorizzi i processi di aumento della consapevolezza, l'attivazione emotiva e la rivalutazione ambientale
- Per poter passare dalla fase della contemplazione alla fase della preparazione, sarà essenziale che la persona interiorizzi il processo di auto-rivalutazione
- Per poter passare dalla fase della preparazione a quella dell'azione, sarà di cruciale importanza che la persona interiorizzi il processo di auto-liberazione
- Per poter passare dalla fase dell'azione a quella del mantenimento, sarà necessario che la persona interiorizzi i processi di gestione del rinforzo, la gestione delle relazioni d'aiuto, il contro-condizionamento e il controllo degli stimoli

Infine, poiché la fase di mantenimento non è concepita in un'ottica di staticità ma di dinamismo, ciò che determina il mantenimento a lungo termine dei cambiamenti è il processo della liberazione sociale poiché, soltanto attraverso il progressivo riconoscimento dei propri diritti all'interno della società, è possibile apportare cambiamenti sempre più significativi e di spessore.

In quest'ottica, valutare la disponibilità al cambiamento delle persone risulta essere un'azione necessaria poiché volta all'adattamento degli interventi in funzione della fase del cambiamento in cui l'utente si trova in quel momento. Questo risulta essere importante per i professionisti poiché permette di svolgere il proprio ruolo di supporto, nel passaggio da una fase all'altra, nel miglior modo possibile, evitando l'errore più comune di considerare tutti gli utenti in una fase di azione<sup>142</sup>.

Di conseguenza, risulta evidente come, alla base del modello trans-teorico del cambiamento teorizzato da Prochaska e DiClemente, risultano determinanti i concetti quali il senso di autoefficacia e il *locus of control*, determinanti sia per l'interruzione del circolo vizioso creato all'*learned helplessness* ma anche nell'incremento dell'*empowerment* personale.

---

<sup>141</sup> Prochaska J.O., DiClemente C.C. & Norcross J. C. (1992) In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. In: American Psychologist

<sup>142</sup> Prochaska J.O., DiClemente C.C. & Norcross J.C. (2013) Applying the stages of change. In: Psychotherapy in Australia

Infine, per obiettivi S.M.A.R.T s'intendono le cinque caratteristiche di base che un obiettivo deve possedere affinché possa essere considerato significativo e definito. Colui che ha ipotizzato e divulgato l'acronimo S.M.A.R.T. è George Doran, conosciuto per essere stato il presidente della *Management Assistance Programs* e che era alla ricerca di un metodo efficace che potesse essere messo in pratica, a livello manageriale, per aumentare la produttività aziendale. Di conseguenza, teorizzò quelle che dovevano essere le caratteristiche fondamentali da attribuire agli obiettivi<sup>143</sup>;

- *Specific*: “Specifico”, ovvero, l'obiettivo non deve essere vago e generico ma ben delineato ed esplicitato; mirati ad un'area ben precisa. Risponde a domande quali chi, cosa, dove, quando e perchè
- *Measurable*: “Misurabile”, ovvero, deve essere possibile poter quantificare e tenere traccia dei progressi. Risponde a domande quanto o quanti
- *Achievable*: “Accessibile” o “Raggiungibile” ovvero, l'obiettivo richiede la messa in atto dei giusti mezzi relativi alla persona in modo tale che non si senta né sovrastimata né sottostimata ma, anzi, gratificata e motivata nel perseguire l'obiettivo prefissato
- *Realistic*: “Realistico”, ovvero, l'obiettivo deve essere individuato facendo riferimento alle risorse e capacità che l'individuo possiede senza tralasciare che debba essere un risultato stimolante e rilevante da raggiungere
- *Time related*: “Temporizzato”, ovvero, identificare il periodo di tempo entro cui l'obiettivo deve essere raggiunto in modo tale da avere una vera e propria scadenza

Successivamente, a causa del grande successo e clamore scientifico, questi criteri sono stati declinati in diversi ambiti, tra cui quello sanitario, poiché venne reso evidente, anche dallo stesso autore, l'universalità di questo costrutto teorico. Inoltre, si osservò come, assicurarsi che gli obiettivi rispondessero a questi cinque criteri, non fosse sufficiente; per raggiungere i risultati attesi è altresì necessario che venga realizzato e messo in atto un piano d'azione che permetta, di conseguenza, di pianificare ed individuare le strategie più adatte per ogni persona. In quest'ottica, la preparazione di un piano d'azione risulta essere uno strumento

---

<sup>143</sup> Doran G.T. (1981) There's a S.M.A.R.T. Way to Write Managements' Goals and Objectives. In: *Management Review*; Ogbeiwi O. (2017) Why written objectives need to be really SMART. In: *British Journal of Healthcare Management*; Veltro F., Venditelli N., Pontarelli I., Pica A., & Nicchiniello I. (2017) *Manuale per l'intervento psicoeducativo di Gruppo per il Raggiungimento di Obiettivi (INTE.G.R.O.)*. Roma: Alpes Italia srl., pp. 22-23

utile ed efficace per fissare gli obiettivi e, di conseguenza, per valutarne l'andamento; possedere un quadro concettuale di riferimento per gli obiettivi (il criterio S.M.A.R.T. in questo caso) ed intersecarlo con un piano d'azione, risulta essere determinante per una formulazione funzionale degli obiettivi. In questo modo, complessivamente, il piano seguirà un andamento preciso, le strategie attuate avranno una rilevanza ben definita e le azioni saranno volte ad uno scopo concreto<sup>144</sup>.

In questa cornice epistemologica è, quindi, possibile definire l'obiettivo come l'esito di una precisa azione che ci si aspetta di raggiungere in un determinato momento attraverso la messa in atto di sforzi e risorse; un cambiamento atteso che risulta essere l'esito delle azioni messe in pratica. In questo modo, gli obiettivi S.M.A.R.T. rappresentano il *gold standard* tra le strategie di definizione degli obiettivi, poiché sono in grado di stabilire una direzione chiara e precisa nella pianificazione e nel compimento delle azioni.

Risulta evidente come la motivazione giochi un ruolo rilevante nel raggiungimento degli obiettivi prefissati infatti, secondo la teoria motivazionale postulata da Locke e Latham, la motivazione è direttamente proporzionale al livello di prestazione che l'individuo possiede nello svolgere un determinato compito volto al raggiungimento di un obiettivo; la spinta motivazionale al miglioramento della prestazione sarà tanto maggiore quanto più l'obiettivo risulta specifico, definito e desiderato<sup>145</sup>.

Un altro elemento che risulta essere di fondamentale importanza nella pianificazione e nel raggiungimento degli obiettivi sono le funzioni esecutive; queste sottendono al funzionamento di tutti quei processi corticali superiori volti alla messa in atto di comportamenti intenzionali e mirati, quindi, sono necessarie nello sviluppo della capacità di formulare degli obiettivi, di avviare una qualsiasi azione, di anticipare le conseguenze di determinate situazioni, di pianificare ed organizzare i propri comportamenti e di monitorarli ed adattarli ai diversi contesti. Di conseguenza, la presenza di una qualsiasi tipologia di compromissione a carico delle funzioni esecutive, comporta difficoltà importanti nello svolgere tutte le azioni volte al raggiungimento di un obiettivo specifico, con la conseguente

---

<sup>144</sup> Doran G.T. (1981) There's a S.M.A.R.T. Way to Write Managements' Goals and Objectives. In: Management Review; Ogbeiwi O. (2017) Why written objectives need to be really SMART. In: British Journal of Healthcare Management

<sup>145</sup> Locke E.A. & Latham G.P. (1990) A theory of goal-setting and task performance. In: Ogbeiwi O. (2017) Why written objectives need to be really SMART, British Journal of Healthcare Management

messa in atto di comportamenti disorganizzati<sup>146</sup>.

In quest'ottica, il ruolo della riabilitazione psichiatrica (e in particolare della riabilitazione cognitiva) risulta essere di particolare importanza e rilevanza poiché dovrà fungere da supporto nella pianificazione e nel raggiungimento degli obiettivi a causa della presenza di disfunzioni a livello delle funzioni esecutive. Saranno i professionisti della riabilitazione, di conseguenza, a fornire agli utenti gli strumenti e strategie più adatte volte al conseguimento dei risultati prefissati.

L'elemento afferente alle funzioni esecutive che, in quest'ambito, risulta essere determinante e che deve essere esercitato e sollecitato è la metacognizione poiché permette l'applicazione dell'autoconsapevolezza, dell'automonitoraggio e dell'autocontrollo durante la messa in atto di una qualsiasi azione.

La pianificazione e la programmazione di obiettivi personalizzati svolge un ruolo di sostanziale rilevanza per la costruzione di una nuova identità per gli utenti della salute mentale poiché, a causa del fatto che queste persone sperimentano la rottura definitiva con l'idea di sé precedente la malattia, c'è bisogno che ne venga costituita una nuova. Questo è possibile attraverso la ricerca di nuove strategie di funzionamento che può avvenire soltanto mediante la messa a punto di un preciso piano d'azione e di determinati obiettivi volti alla sperimentazione, per prove ed errori, sia dei fallimenti ma anche, e soprattutto, dei successi.

---

<sup>146</sup> Krasny-Pacini A., Chevignard M. & Evans J. (2014) Goal Management Training for rehabilitation of executive functions: A systematic review of effectiveness in patients with acquired brain injury. In: Disability and Rehabilitation

## **CAPITOLO 3**

### **RECOVERY & CENTRO DIURNO**

*“Un vero viaggio di scoperta  
non è cercare nuove terre,  
ma avere nuovi occhi”  
- Marcel Proust -*

#### **3.1 OBIETTIVI**

Il seguente lavoro di tesi, sviluppatosi secondo la tipologia di studio osservazionale prospettico, si propone come obiettivi:

- La valutazione e il monitoraggio del cambiamento dei livelli auto-percepiti di *recovery* ed *empowerment* dopo l'utilizzo della *Mental Health Recovery Star™*
- L'osservazione della variazione delle sotto-categorie dei test *self-report* utilizzati, che misurano l'orientamento al cambiamento e al raggiungimento di obiettivi, dopo l'utilizzo e la redazione del piano d'intervento degli obiettivi S.M.A.R.T.

In un campione di utenti presi in carico dal Centro Diurno (CD) in cui sono state svolte le ore di tirocinio curriculare del terzo anno di studi.

#### **3.2 MATERIALI E METODI**

Il campione del seguente studio è composto da un gruppo di cinque utenti selezionati seguendo specifici criteri di;

- Esclusione: presenza di diagnosi afferenti alla categoria delle disabilità intellettive e cognitive, inserimento recente all'interno del Centro Diurno
- Inclusione: partecipazione alle attività sia *EBM* che non presenti all'interno del palinsesto del Centro Diurno, livelli di FPS al di sopra della fascia 31-40

Si è deciso di selezionare il campione nel suddetto Centro Diurno poiché l'organizzazione delle attività e la coordinazione interna seguono le caratteristiche *recovery-oriented* creando, di conseguenza, l'ambiente ottimale affinché gli utenti possano essere guidati e spronati nel loro percorso di *recovery* ed *empowerment*. Questo è reso possibile grazie all'azione e

all'impegno costante degli operatori che strutturano e variano le attività in modo tale che queste risultino bilanciate non solo tra *EBM* ed espressive/socio-culturali, ma anche a seconda del periodo estivo e/o festivo. Oltre a ciò, affinché gli interventi *EBM* erogati risultino innovativi e al passo con il progresso scientifico, gli operatori si formano e specializzano potendo fornire, di conseguenza, interventi riabilitativi sempre più affinati e aggiornati.

Inoltre, vengono svolti sia interventi riabilitativi individuali che di gruppo e questi ultimi, a loro volta, sono seguiti da quella fetta di utenti che necessitano, in base alle loro esigenze, di quel preciso intervento riabilitativo. Infine, vengono implementate le attività di rete, le opportunità volte all'inserimento lavorativo e le occasioni di rendere gli utenti parte attiva dell'organizzazione interna del Centro Diurno, ad esempio, erogando dei moduli di un preciso intervento riabilitativo insieme all'operatore, mettendo in atto delle precise capacità volte ad apportare delle migliorie al Centro o, ancora, rendere possibile l'inserimento lavorativo di un utente all'interno dell'ente stesso che lo ha preso in carico.

Di seguito, di conseguenza, vengono riportate le attività esposte nel palinsesto che il campione di utenti ha seguito durante questo studio di tesi che si è svolto per la durata di undici mesi, ovvero, da novembre 2022 ad ottobre 2023;

#### SETTEMBRE – DICEMBRE 2022

LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO
<u>10.00</u> Social Skills Training	<u>10.00</u> Gruppo ospiti	<u>10.00</u> C.L.T	<u>10.00</u> Caviardage Giardinaggio Piscina	<u>10.00</u> Poliespressivo Autobiografia	<u>10.00</u> Uscita sul territorio
<u>11.30</u> REBT – ABC delle emozioni	<u>11.30</u> Dentro i fatti				
<u>14.30</u> MCT Palestra della mente	<u>14.30</u> Comuni-care Coordinamento equipe (15 g)	<u>14.30</u> Cinema Psicoeducazione (15 g)	<u>14.30</u> Laboratorio di cucina	<u>14.30</u> Training per le abilità di coping	



Di solito, nella giornata del 10 ottobre (giornata mondiale della salute mentale), le attività vengono sospese in favore della partecipazione a particolari eventi oppure il Centro Diurno apre le sue porte agli abitanti del territorio di appartenenza.

Successivamente, durante la fine di novembre, si prepara un calendario dell'avvento in cui ognuno degli utenti scrive un pensiero e/o una buona azione da mettere in pratica durante le giornate di dicembre. Inoltre, operatori ed utenti addobbano il Centro Diurno con festoni natalizi e con l'albero di Natale, si organizzano incontri con le famiglie e si partecipa ad eventi liturgici e laici fino alla fine del periodo festivo, rendendo gli utenti partecipi anche di eventi natalizi organizzati dal territorio.

#### GENNAIO – APRILE 2023

LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO
<u>10.00</u> Teatro	<u>10.00</u> Gruppo chiesa Gruppo ospiti	<u>10.00</u> Dentro i fatti	<u>10.00</u> Caviardage Giardinaggio	<u>10.00</u> Poliespressivo Lettura libro – Margherite Gialle	<u>10.00</u> Uscita sul territorio
<u>11.00</u> P.E.P.S.	<u>11.30</u> Comuni-care svolto da utenti	<u>11.00</u> C.L.T.	Piscina		
<u>14.30</u> MCT Palestra della mente	<u>14.30</u> Coordinamento equipe Psicoeducazione (15 g)	<u>14.30</u> Cinema	<u>14.30</u> Laboratorio di cucina	<u>14.30</u> Training per le abilità di coping	

La lettura del libro “Margherite Gialle – La pazzia che alberga in noi” edito da Poiesis e scritto dalla dott.ssa Elena Ciciolla, è stata pensata come “attività preparatoria” al *coming out proud* e come inizio di un percorso di lotta allo stigma. Questo, successivamente, ha portato all'organizzazione di un incontro con l'autrice stessa a cui gli utenti hanno potuto rivolgere le proprie domande.

APRILE – GIUGNO 2023

LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO
<u>10.00</u> Teatro	<u>10.00</u> Tennis Dentro i fatti	<u>10.00</u> Ciclismo Calcio	<u>10.00</u> Giardinaggio Piscina	<u>10.00</u> Poliespressivo Laboratorio di lettura	<u>10.00</u> Uscita sul territorio
<u>11.00</u> C.L.T.	<u>10.30</u> Caviardage	<u>10.30</u> P.E.P.S. Palestra della mente	<u>12.00</u> Gruppo ospiti		
<u>14.30</u> Coming out proud	<u>14.30</u> Coordinamento equipe Psicoeducazione (ogni 15 g)	<u>14.30</u> Cinema	<u>14.30</u> Laboratorio di cucina	<u>14.30</u> Training per le abilità di coping	

GIUGNO – SETTEMBRE 2023

LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO
<u>10.00</u> Mindfulness	<u>10.00</u> Gruppo ospiti	<u>10.00</u> Palestra della mente	<u>10.00</u> Caviardage Balneazione	<u>10.00</u> Poliespressivo Laboratorio di lettura	<u>10.00</u> Uscita sul territorio
<u>12.00</u> Dentro i fatti	<u>11.00</u> Balneazione	<u>11.30</u> Attività ludiche			
<u>14.30</u> Coming out proud	<u>14.30</u> Balneazione	<u>14.30</u> Uscita serale	<u>14.30</u> Laboratorio di cucina	<u>14.30</u> Cinema	

SETTEMBRE – DICEMBRE 2023

LUNEDÌ	MARTEDÌ	MERCOLEDÌ	GIOVEDÌ	VENERDÌ	SABATO
<u>10.00</u> Gruppo ospiti	<u>10.00</u> Piscina C.L.T.	<u>10.00</u> Coro Palestra della mente	<u>10.00</u> I.N.T.E.GRO Giardinaggio Dentro i fatti	<u>10.00</u> Poliespressivo	<u>10.00</u> Uscita sul territorio
<u>11.00</u> Coming out proud		<u>11.00</u> M.C.T.		<u>10.30</u> Caviardage	
<u>14.30</u> Coordinamento equipe Psicoeducazione (ogni 15 g)	<u>14.30</u> Laboratorio di cucina	<u>14.30</u> Cinema	<u>14.30</u> Autobiografia	<u>14.30</u> Training per le abilità di coping	

Per poter valutare i livelli auto-percepiti di *recovery* ed *empowerment* sono state utilizzate scale di valutazione *self-report* i cui *item* prevedono una valutazione secondo il modello proposto dalla scala Likert: *Recovery Assessment Scale* (R.A.S.) e la Scala degli utenti per misurare l'*Empowerment* nei servizi di Salute Mentale (S.E.S.M.).

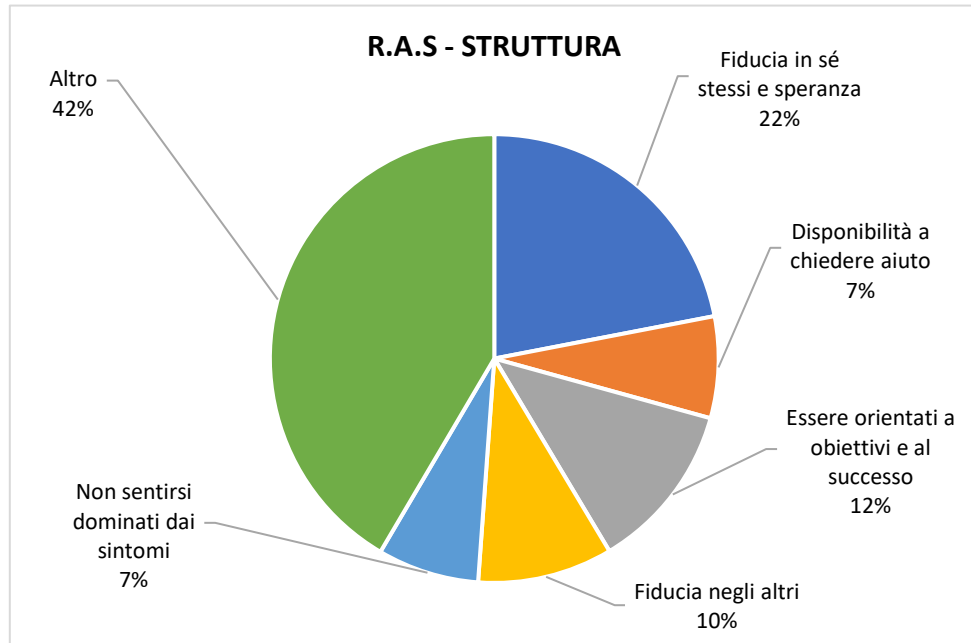
La R.A.S. è stata progettata per valutare i livelli di *recovery* nell'ambito della psichiatria ed è stata validata in Italia nel febbraio del 2020. La prima versione, sviluppata da Giffort nel 1995, è stata oggetto di una revisione da parte di un gruppo di dodici pazienti che ha ampliato la quantità degli *item* da 39 a 41, progettando quella che è, ad oggi, la versione definitiva della scala<sup>147</sup>. Questa si compone di cinque sotto-categorie (Grafico 1 e Tabella 1);

- Fiducia in sé stessi e speranza: misura i livelli di autostima
- Disponibilità a chiedere aiuto: misura la tendenza a rivolgersi agli altri nei momenti di difficoltà
- Essere orientati a obiettivi e al successo: misura la tendenza a pianificare e perseguire degli obiettivi di vita e risulta essere legato all'empowerment

<sup>147</sup> Boggian I. et al (2020) "The Italian Study on Recovery 2" Phase 1: Psychometric Properties of the Recovery Assessment Scale (RAS) Italian Validation of the Recovery Assessment Scale. In: *Frontiers in Psychiatry*, pp. 1-10 | <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.01000/full>

- Fiducia negli altri: misura il grado di affidamento che si ripone su altre persone
- Non sentirsi dominati dai sintomi: misura la capacità di gestire la sintomatologia

**Grafico 1** Pie chart: struttura della R.A.S.



**Tabella 1**  
della R.A.S.

	Minimo	Massimo
Fiducia in sé stessi e speranza	9	45
Disponibilità a chiedere aiuto	3	15
Essere orientati a obiettivi e al successo	5	25
Fiducia negli altri	4	20
Non sentirsi dominati dai sintomi	3	15
Altro	17	85
TOTALE	41	205

Struttura

La scala Likert è impostata su cinque livelli e permette di indagare il grado con cui l'utente è d'accordo o meno con l'affermazione proposta restituendo un valore numerico;

- Completamente in disaccordo: 1
- In disaccordo: 2

- Non è sicuro: 3
- D'accordo: 4
- Completamente d'accordo: 5

Si nota come le cinque categorie prese in considerazione nella scala di valutazione R.A.S. siano simili a quelle esposte da Slade e racchiuse nell'acronimo *C.H.I.M.E.*

Inoltre, la versione italiana della R.A.S. è stata validata prendendo in considerazione altre scale pre-esistenti tra cui la S.E.S.M. con cui condivide delle forti similitudini nelle cinque sotto-dimensioni costitutive.

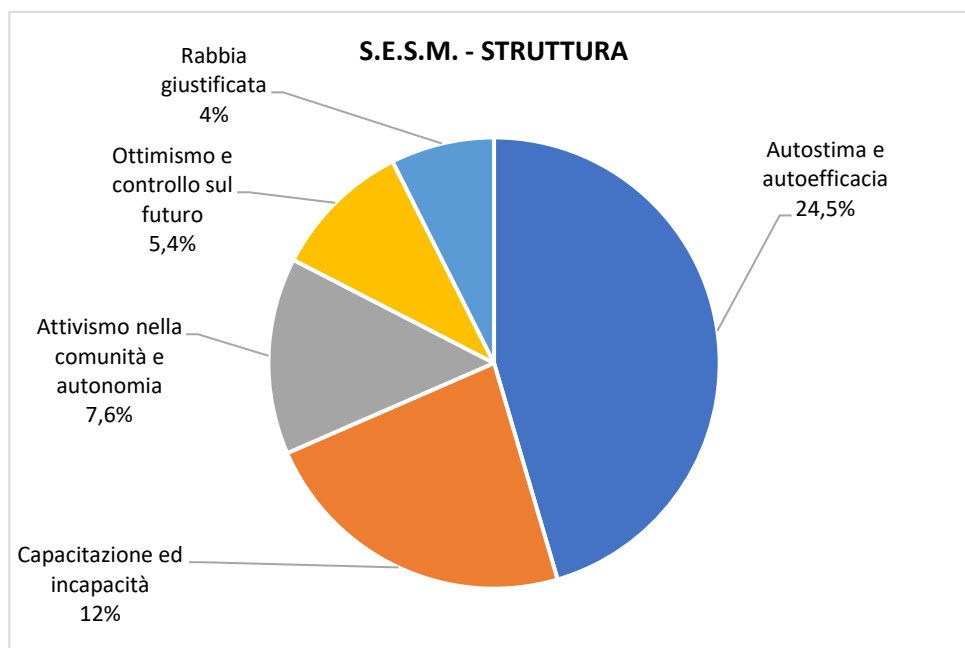
La S.E.S.M. è stata progettata per valutare i livelli di *empowerment* degli utenti della salute mentale attraverso un lavoro di sinergia tra ricercatori ed utenti stessi (Grafico 2 e Tabella 2). Questo gruppo di lavoro, coordinato da Rogers nel 1997, si è occupato di identificare le 15 caratteristiche significative e costitutive dell'*empowerment* per poi racchiuderle in cinque sotto-categorie sulla base di scale pre-esistenti<sup>148</sup>:

- Autostima ed autoefficacia
- Capacitazione e incapacità
- Attivismo nella comunità e autonomia
- Ottimismo e controllo sul futuro
- Rabbia giustificata

**Grafico 2** Pie chart: struttura della S.E.S.M.

---

<sup>148</sup> Straticò E. (2009) L'empowerment e i servizi di salute mentale. Manuale per gli operatori. Roma: CIC Edizioni Internazionali, p. 246



**Tabella 2** Struttura della S.E.S.M.

	Minimo	Massimo
Autostima e autoefficacia	9	36
Capacitazione e incapacità	7	28
Attivismo nella comunità e autonomia	6	24
Ottimismo e controllo sul futuro	4	16
Rabbia giustificata	4	16
TOTALE	28	112

Autostima – autoefficacia e ottimismo – controllo sul futuro risultano essere, insieme, i fattori costitutivi di una delle tre parti in cui il concetto di *empowerment* viene scomposto; queste, all’interno della scala, misurano il senso di valore personale auto-percepito e il grado in cui si è convinti che si possiedono le capacità al fine di controllare i propri eventi di vita. Capacitazione – incapacità è, invece, il fattore costitutivo della seconda componente dell’*empowerment* che risulta essere la capacità effettiva.

Attivismo nella comunità – autonomia e rabbia giustificata sono i fattori costitutivi della terza ed ultima componente del costrutto dell’*empowerment*, ovvero, la volontà e la capacità di canalizzare l’emozione della rabbia in qualcosa di utile per sé stessi e per l’ambiente circostante, diventando motore di azioni volte al cambiamento sia nella comunità di appartenenza che nell’autonomia personale.

Successivamente, nel 2007, il gruppo di ricerca coordinato da Straticò si è occupato della

validazione italiana rendendo la S.E.S.M. uno dei primi strumenti di valutazione ad essere stato progettato attraverso un metodo di ricerca che può essere considerato come uno tra i primi tentativi di co-produzione.

Infine, la scala Likert è impostata su quattro livelli e permette di indagare il grado con cui l'utente è d'accordo o meno con l'affermazione proposta restituendo un valore numerico che cambia a seconda degli item<sup>149</sup>;

- Pienamente d'accordo: 1 oppure 4
- D'accordo: 2 oppure 3
- In disaccordo: 3 oppure 2
- Assolutamente in disaccordo: 4 oppure 1

Si nota come le cinque categorie presenti nelle scale R.A.S. e S.E.S.M. siano simili e complementari tra loro e come risultano essere affini alle dieci aree costitutive della *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup>.

Inoltre, entrambe le scale di valutazione non sono in grado, disgiuntamente, di misurare rispettivamente i livelli di *recovery* ed *empowerment*; nonostante ciò, risultano essere degli strumenti determinanti se utilizzati all'interno di una valutazione multidimensionale.

Durante la parte iniziale dello studio è stato proposto un questionario a risposta aperta (Allegato 1) il cui scopo è stato quello di indagare se i componenti del campione preso in esame conoscessero e/o avessero familiarità con i concetti di *recovery*, cambiamento, consapevolezza e, inoltre, se fossero mai entrati in contatto con la *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup>. Alla fine dello studio, invece, ad ogni utente, sono state poste delle domande seguendo la linea di una mini-intervista il cui scopo è stato valutare il livello di gradimento della *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup> indagando in che misura e con quali modalità abbiano tratto beneficio dallo strumento.

Lo studio di tesi si è sviluppato, quindi, secondo cinque fasi;

---

<sup>149</sup> Straticò E. (2009) L'empowerment e i servizi di salute mentale. Manuale per gli operatori. Roma: CIC Edizioni Internazionali, p. 247-255; Straticò E. et al (2007) Psychometric properties of the SESM, Italian version of the "Consumer constructed scale to measure empowerment among users of mental health services". In: *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, pp. 256-264, moduli A & B | <http://www.riabilitazionepsicosociale.it/wordpress/wp-content/uploads/2016/04/SESM-empowerment.pdf>

- Prima fase: si è realizzata nell'arco di tre giornate in cui sono stati somministrati il questionario a risposta aperta, la R.A.S. e la S.E.S.M. in maniera individuale mentre, in gruppo, si è svolto un incontro esplicativo del concetto di *recovery* e della presentazione della *Mental Health Recovery Star™*, oltre che della strutturazione globale dello studio di tesi
- Seconda fase: si è sviluppata nel corso di un mese circa in cui sono stati organizzati degli incontri individuali durante i quali è stata spiegata nel dettaglio l'architettura e la funzionalità della *Mental Health Recovery Star™*, dando avvio alla compilazione della prima parte dello strumento, ovvero, la costruzione del grafico dalla forma di una stella a dieci punte
- Terza fase: si è articolata per otto mesi circa in cui, sempre nel corso di incontri individuali, si è intrapresa la stesura del piano d'intervento individuando le aree su cui costruire gli obiettivi S.M.A.R.T. Durante questa fase è emerso come gli utenti abbiano deciso di impostare il proprio piano d'intervento perseguendo sia gli obiettivi presenti nel proprio PTRI che obiettivi dettati da motivazioni intrinseche, rendendo possibile, di conseguenza, la realizzazione di un andamento in parallelo tra entrambi gli strumenti
- Quarta fase: si è svolta nell'arco di un mese circa e ha riguardato la compilazione finale del grafico dalla forma a stella per poterlo, poi, confrontare con il grafico costruito durante la seconda fase dello studio di tesi. Durante questa fase si è deciso di dare la possibilità, ad uno degli utenti, di costruire il grafico in autonomia previo studio individuale del manuale a cui, successivamente, è seguito lo scambio di idee da entrambe le parti
- Quinta fase: si è realizzata durante un periodo di due settimane circa e ha riguardato la somministrazione individuale finale delle scale R.A.S. e S.E.S.M. oltre che la valutazione del livello di gradimento dello strumento e dell'impronta che ha lasciato loro

Di seguito si riportano le risposte date al questionario, gli esiti delle scale di valutazione R.A.S. e S.E.S.M. divise per tempistiche iniziali (T0) e finali (T1) e i riscontri relativi ai livelli di gradimento dello strumento;



**Tabella 3** Riscontri del questionario a risposta aperta

1. Conosci il concetto di <i>recovery</i> ?				
G. ME. No	F. G. È il recupero delle informazioni prese in un sistema informatico (elaboratore)	G. MA. Usare le proprie forze per affrontare la vita	G. S. Un piano di sostegno	G. R. No
2. Gli operatori che hai incontrato te ne hanno mai parlato?				
G. ME. No	F. G. Durante i laboratori	G. MA. In generale (da Monica)	G. S. Credo di sì	G. R. Non ricordo
3. Cos'è per te il cambiamento?				
G. ME. Il cambiamento per me è modificarsi	F. G. Il cambiamento per me è la trasformazione degli eventi nel tempo	G. MA. Il cambiamento in caso positivo è un miglioramento	G. S. Mutare e riconoscere diversità in meglio o in peggio	G. R. Pensare e fare qualcosa di diverso e nuovo
4. Ci sono stati dei cambiamenti importanti nella tua vita?				
G. ME. Sono cambiato poche volte nel corso della mia vita; sono cambiato a 20 anni diventando maggiorenne e a 36 diventando uomo	F. G. L'attività lavorativa e l'incontro con i colleghi sul lavoro	G. MA. Sì, sono passato dal negativo al positivo in certe situazioni (situazioni di salute)	G. S. Non credo	G. R. Sì, ed è quando sono rimasta in dolce attesa
5. Come ti sei sentito/a a riguardo				
G. ME.	F. G.	G. MA.	G. S.	G. R.

Il cambiamento è stato leggero	Inizialmente un po' timido poi ho preso confidenza	Mi sono sentito bene, ottimista	/	Sono stata felicissima e non vedevo l'ora di partorire
6. Cos'è per te la consapevolezza?				
G. MA La consapevolezza è il sapere interiore	F. G. La capacità di essere informati e istruiti su un determinato evento	G. MA. Non lo so per il momento	G. S. Essere consci di sé e della propria condizione, e magari anche di quella degli altri	G. R. Capire bene un concetto
7. Conosci la Mental Health Recovery Star?				
G. ME. No	F. G. Secondo me è il recupero delle informazioni riguardanti le stelle	G. MA. Un laboratorio dove si esercitano le proprie risorse	G. S. No	G. R. No

Dalle risposte date da ognuno di loro si evince come solo un utente, all'inizio dello studio, abbia saputo dare una spiegazione esaustiva del concetto di *recovery* ma, essendo la domanda generica e ammettendo una risposta aperta, due utenti hanno potuto esporre una definizione di *recovery* facendo riferimento alle loro conoscenze culturali e personali.

Oltre a ciò, solo un utente conosce la *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup> poiché, in precedenza, è stato introdotto allo strumento senza, però, giungere alla completamento.

Inoltre, ognuno di loro si è sentito libero di esporre la propria opinione personale su argomenti quali cambiamento e consapevolezza evidenziando idee sia simili che diverse ma rilevanti allo stesso modo.

**Tabella 4** Punteggio globale R.A.S.

UTENTE	T0	T1
G. ME.	173	167
F. G.	157	163
G. MA.	141	161
G. S.	154	163
G. R.	189	176

**Tabella 5** Punteggi delle sotto-categorie R.A.S. Utente: G. ME.

	T0	T1
Fiducia in sé stessi e speranza	36	33
Disponibilità a chiedere aiuto	12	14
Essere orientati a obiettivi e al successo	17	21
Fiducia negli altri	12	10
Non sentirsi dominati dai sintomi	15	13
Altro	81	76

**Tabella 6** Punteggi delle sotto-categorie R.A.S. Utente: F. G.

	T0	T1
Fiducia in sé stessi e speranza	36	39
Disponibilità a chiedere aiuto	12	12
Essere orientati a obiettivi e al successo	20	19
Fiducia negli altri	17	16
Non sentirsi dominati dai sintomi	10	11
Altro	62	66

**Tabella 7** Punteggi delle sotto-categorie R.A.S. Utente: G. MA.

	T0	T1
Fiducia in sé stessi e speranza	31	35
Disponibilità a chiedere aiuto	12	12
Essere orientati a obiettivi e al successo	20	21
Fiducia negli altri	13	16
Non sentirsi dominati dai sintomi	8	10

Altro	57	67
-------	----	----

**Tabella 8** Punteggi delle sotto-categorie R.A.S. Utente: G. S.

	T0	T1
Fiducia in sé stessi e speranza	34	37
Disponibilità a chiedere aiuto	12	12
Essere orientati a obiettivi e al successo	20	23
Fiducia negli altri	11	12
Non sentirsi dominati dai sintomi	10	11
Altro	67	68

**Tabella 9** Punteggi delle sotto-categorie R.A.S. Utente: G. R.

	T0	T1
Fiducia in sé stessi e speranza	45	40
Disponibilità a chiedere aiuto	15	15
Essere orientati a obiettivi e al successo	25	21
Fiducia negli altri	12	15
Non sentirsi dominati dai sintomi	13	10
Altro	79	75

**Tabella 10** Punteggio globale S.E.S.M.

UTENTE	T0	T1
G. ME.	89	85
F. G.	78	82
G. MA.	71	82
G. S.	73	75
G. R.	90	76

**Tabella 11** Punteggi sotto-categorie S.E.S.M. Utente G. ME.

	T0	T1
Autostima e autoefficacia	36	31
Capacitazione e incapacità	21	15
Attivismo nella comunità e autonomia	21	24

Ottimismo e controllo sul futuro	13	10
Rabbia giustificata	7	10

**Tabella 12** Punteggi sotto-categorie S.E.S.M. Utente F. G.

	T0	T1
Autostima e autoefficacia	28	30
Capacitazione e incapacità	17	16
Attivismo nella comunità e autonomia	21	24
Ottimismo e controllo sul futuro	10	13
Rabbia giustificata	10	9

**Tabella 13** Punteggi sotto-categorie S.E.S.M. Utente G. MA.

	T0	T1
Autostima e autoefficacia	23	28
Capacitazione e incapacità	18	21
Attivismo nella comunità e autonomia	16	16
Ottimismo e controllo sul futuro	10	15
Rabbia giustificata	9	11

**Tabella 14** Punteggi sotto-categorie S.E.S.M. Utente G. S.

	T0	T1
Autostima e autoefficacia	26	27
Capacitazione e incapacità	18	18
Attivismo nella comunità e autonomia	16	16
Ottimismo e controllo sul futuro	10	11
Rabbia giustificata	8	8

**Tabella 15** Punteggi sotto-categorie S.E.S.M. Utente G. R.

	T0	T1
Autostima e autoefficacia	32	25
Capacitazione e incapacità	18	19
Attivismo nella comunità e autonomia	20	18
Ottimismo e controllo sul futuro	10	11

Rabbia giustificata	10	11
---------------------	----	----

**Tabella 16** Riscontri relativi ai livelli di gradimento dello strumento e opinioni personali

UTENTE G. ME.
<p>1. Come pensi sia andata, in generale, questa esperienza? È andata bene, sento che durante questi mesi sono cresciuto e mi sento più efficiente nella gestione della mia casa, nel cucinare i pasti per me e nel fare la spesa</p>
<p>2. Reputi che la Mental Health Recovery Star™ sia stata efficace per te? Se sì in che modo? Sì, perché ho potuto costruire il piano d'intervento sulla base delle aree scelte direttamente da me essendo quelle su cui volevo migliorare. Seguire gli obiettivi che io stesso ho individuato mi ha aiutato a sentirmi migliore man mano che andavo avanti perché potevo osservare nell'immediato cosa andasse bene e cosa no e cambiarlo di conseguenza anche se ho trovato più stimolante lavorare su determinate aree piuttosto che su altre. Inoltre, ho avvertito la differenza tra questa modalità di pianificazione degli obiettivi e quella che di solito si fa mediante il PTRI con il Centro di Salute Mentale e, successivamente, con il Centro Diurno; questa modalità di pianificazione l'ho avvertita più precisa, nel senso che ho potuto individuare gli obiettivi perché ho potuto fare delle riflessioni più approfondite a livello interiore e questo ha reso la pianificazione degli obiettivi, man mano che andavamo avanti, sempre più adatta a quelle che sentivo come mie esigenze. Questa modalità, soprattutto quella di scrivere personalmente sul piano d'intervento gli obiettivi, mi è rimasto più impresso e mi ha dato la possibilità di conoscere più me stesso rendendomi più consapevole; in questo senso avverto la sensazione di crescita personale.</p>
<p>3. Continueresti ad utilizzarlo? Sì, ma con il supporto dell'operatore</p>

UTENTE F. G.
<p>1. Come pensi sia andata, in generale, questa esperienza? Bene, mi ha lasciato la consapevolezza del fatto che sono cresciuto in alcune di queste aree che compongono il mio percorso di <i>recovery</i></p>
<p>2. Reputi che la Mental Health Recovery Star™ sia stata efficace per te? Se sì in che modo? Mi è stato d'aiuto esaminare queste aree singolarmente e riuscire a ritrovarmi grazie all'aiuto delle spiegazioni esemplificative, inoltre, confrontare la mia situazione iniziale con quella finale</p>

mi è stato d'aiuto perché mi ha dato la visione generale dei progressi che ho fatto durante questo percorso, inoltre, mi è stata utile nel comprendere ed individuare quelli che sono i miei punti di forza e di debolezza. Ad oggi posso dire che la consapevolezza, per me, è sinonimo di conoscenza approfondita del proprio essere perché, dopo aver seguito questo progetto, mi conosco di più grazie alle esperienze fatte e agli obiettivi raggiunti in questo arco di tempo. È stato, per me, una sorta di guida perché mi ha orientato riguardo il livello di consapevolezza e conoscenza di me stesso e sul mio stato attuale.

3. Continueresti ad utilizzarlo?  
Non lo so, se ne sentirò la necessità potrei continuare ad utilizzarlo con gli operatori e se prenderò l'abitudine potrei continuare ad utilizzarlo in maniera più autonoma avendo visto come fare.

UTENTE G. MA.

1. Come pensi sia andata, in generale, questa esperienza?  
Bene, mi ha fatto crescere in positivo e ho imparato a capire meglio come sono fatto

2. Reputi che la Mental Health Recovery Star™ sia stata efficace per te? Se sì in che modo?  
Sì, avendo potuto fare il confronto tra la mia situazione iniziale e quella finale ho potuto osservare come io sia migliorato attraverso la pianificazione e raggiungimento degli obiettivi. Inoltre, mi è stato d'aiuto potermi ritrovare negli esempi di situazioni riportate sulla scala del cambiamento, infatti, alcune frasi mi hanno colpito perché rispecchiavano tanto la situazione in cui mi trovavo anche se, alcune volte, mi è risultato difficile comprendere alcune cose nell'immediato. Inoltre, mi sono accorto di come non mi sono mai posto domande approfondite in alcune aree della mia vita che, con questo progetto, sono stato in grado di pormi anche se con alcune difficoltà; nonostante ciò, man mano, ci sono riuscito, infatti, ad oggi, sento che ci sono stati dei cambiamenti nella mia vita

3. Continueresti ad utilizzarlo?  
Sì, con il supporto dell'operatore, perché vorrei riuscire ad allargare ancora alcune aree, quindi migliorare e continuare a stare bene con me stesso

UTENTE G. S.

1. Come pensi sia andata, in generale, questa esperienza?  
Bene, mi ha aiutato a fare chiarezza su alcuni punti e modalità di vedere le cose

<p>2. Reputi che la Mental Health Recovery Star™ sia stata efficace per te? Se sì in che modo?</p> <p>Sì, mi è stato utile per poter riuscire a rendere vividi alcuni punti a cui prima non prestavo particolare attenzione; ognuno di noi possiede i mezzi necessari per l'autoriflessione solo che, quando ci sono nuovi spunti e nuovi modi di vedere le cose, fa sempre bene riuscire ad individuarli anche se, dovendo vagliare tutte le aree e rispondere per bene, non è possibile dare una risposta immediata. Inoltre, è stato interessante doversi posizionare nei vari punti dovendo effettuare un riflessione su sé stessi e "vedere come sei" soprattutto perché, secondo me, una persona che ha riscontrato questo tipo di problemi, stia sempre ad osservarsi e guardare sé stesso quindi, se si presentano occasioni che promuovono l'autoriflessione, come questo progetto, è sempre una cosa buona. Questo progetto mi è stato utile, inoltre, per comprendere alcuni aspetti di come mi rapporto alle cose arricchendomi di determinati punti di vista rendendomi, quindi, più consapevole</p>
<p>3. Continueresti ad utilizzarlo?</p> <p>Sì, avendo compilato il grafico all'inizio insieme a te mente alla fine in autonomia, posso dire che c'è bisogno di una guida per effettuare la compilazione ma, se si presenterà l'occasione di poter partecipare al corso di formazione, lo farei</p>

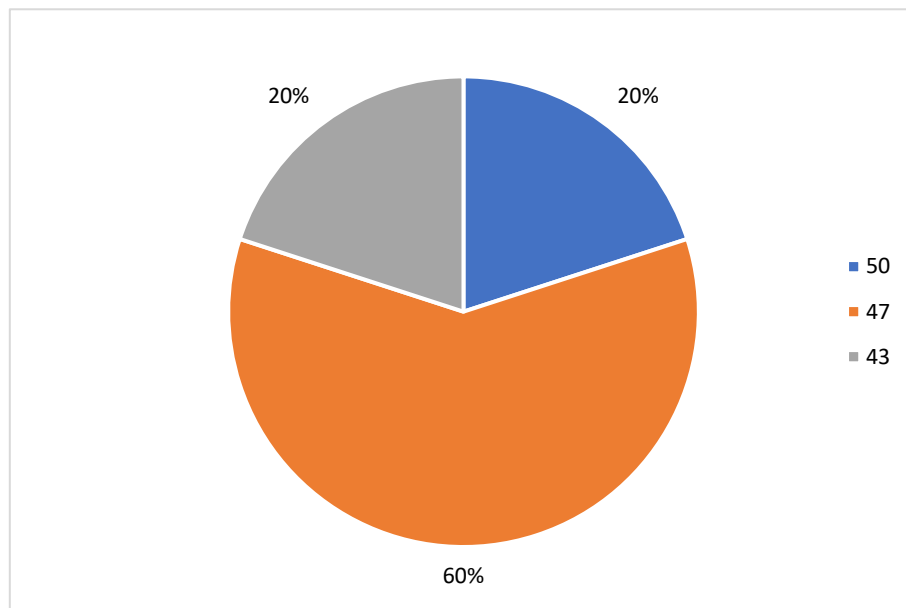
<p>UTENTE G. R.</p>
<p>1. Come pensi sia andata, in generale, questa esperienza?</p> <p>Bene, mi ha dato la possibilità di conoscere me stessa perché mi ha fatto riflettere su come sono io e sulle cose che vorrei fare e mi ha fatto capire come sono cresciuta durante questi mesi</p>
<p>2. Reputi che la Mental Health Recovery Star™ sia stata efficace per te? Se sì in che modo?</p> <p>Sì, mi ha reso più consapevole di me stessa. Mi è rimasto impresso il fatto che per ogni punto della scala del cambiamento ci fossero delle spiegazioni dettagliate perché mi toglievano proprio le parole di bocca. Inoltre, mettere a confronto i due grafici mi è risultato particolarmente utile perché riesco a vedere i punti in cui si sono verificati dei cambiamenti sia nelle aree ma anche in me stessa; mi ha fatto capire non solo come sono io ma anche come muovermi in rapporto alle aree che compongono la mia vita</p>
<p>3. Continueresti ad utilizzarlo?</p> <p>Sì, con il supporto dell'operatore</p>



### 3.3 INDAGINI STATISTICHE E RISULTATI

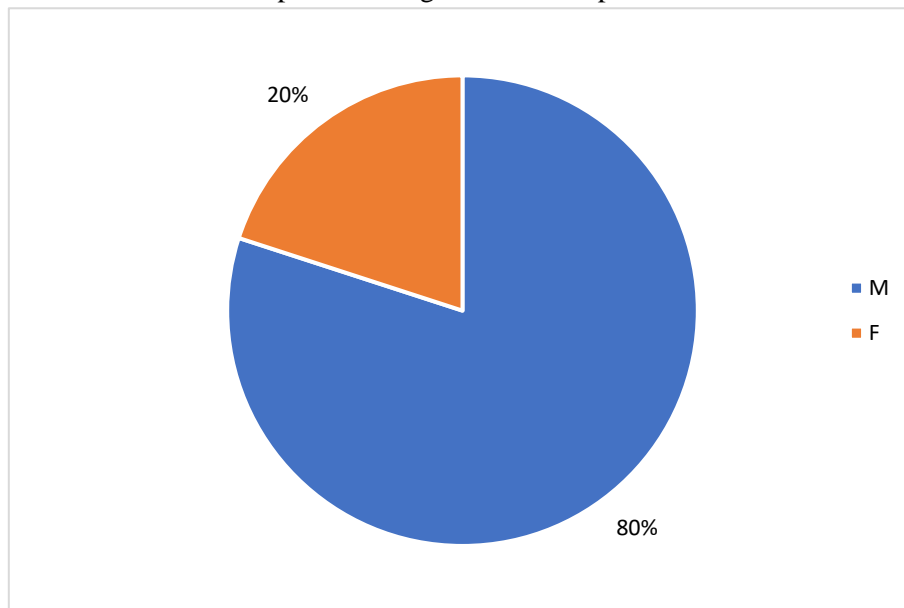
L'indagine statistica del presente studio è stata condotta con l'utilizzo del programma Microsoft Excel e ha riguardato, in primo luogo, la descrizione del campione preso in considerazione rispetto a determinate variabili quali età (Grafico 3), genere (Grafico 4), e diagnosi funzionale secondo la Scala di Funzionamento Personale e Sociale (F.P.S.) presente nel VADO (Grafico 5).

**Grafico 3** Pie chart: distribuzione percentuale età del campione



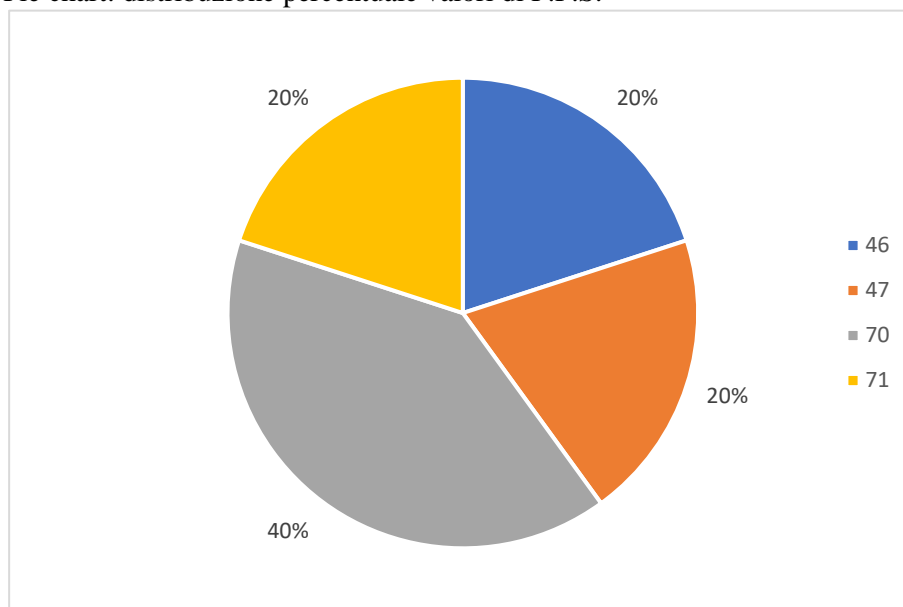
Così come mostrato dal grafico, il 60% del campione risulta avere 47 anni (3 utenti su 5) mentre il 20% (un utente su 5) rispettivamente 43 e 50 anni. L'età media risulta essere 46,8.

**Grafico 4** Pie chart: distribuzione percentuale genere del campione



Così come mostrato dal grafico, l'80% del campione preso in esame risulta appartenere al genere maschile (4 utenti su 5), mentre il 20% risulta appartenere al genere femminile (un utente su 5).

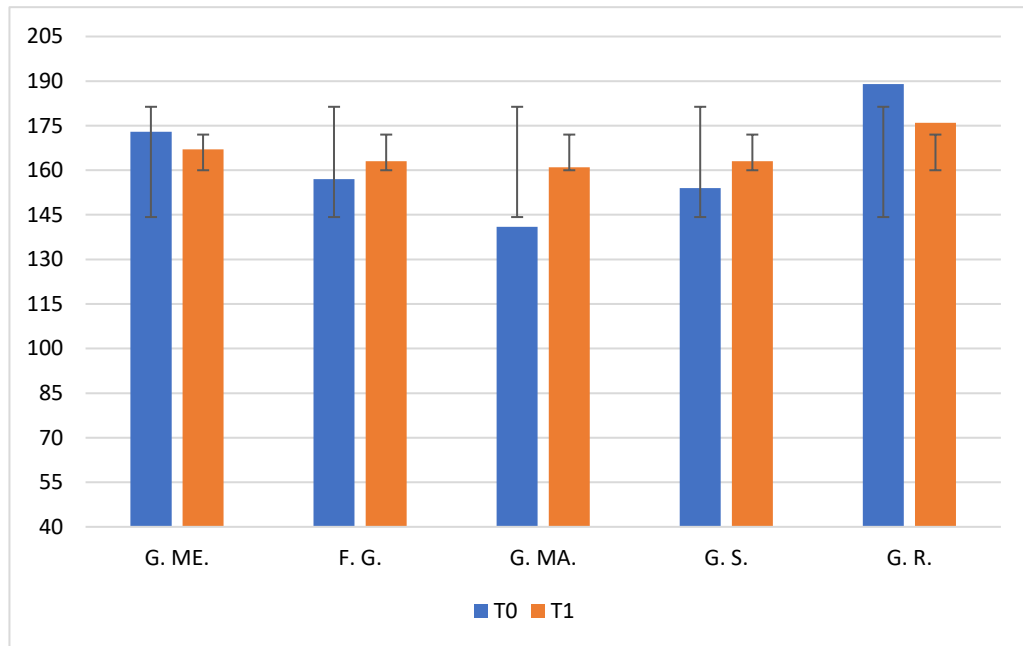
**Grafico 5** Pie chart: distribuzione percentuale valori di F.P.S.



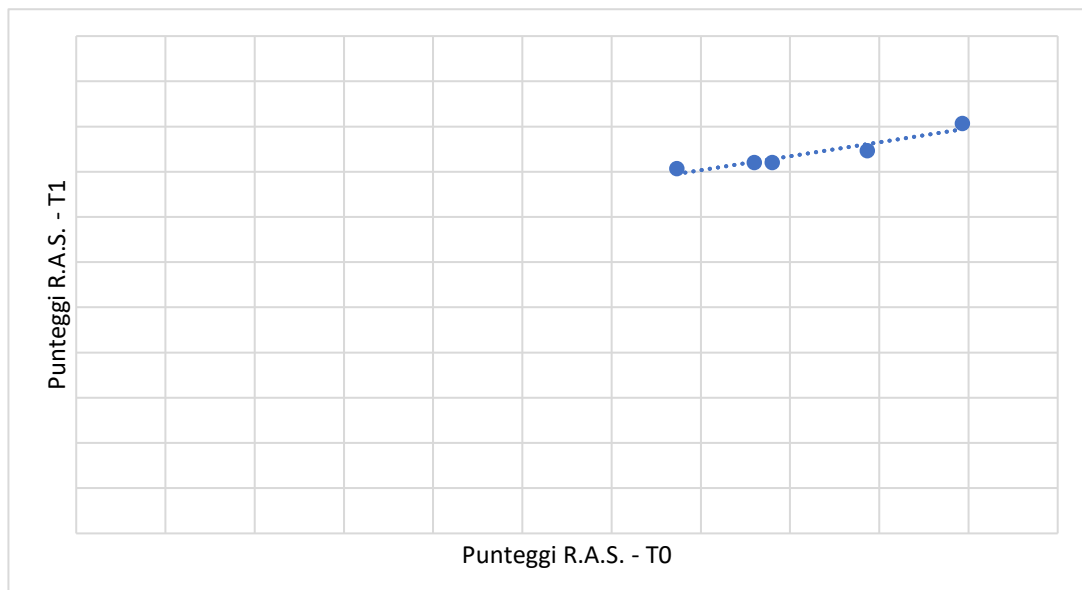
Così come mostrato dal grafico, il 20% del campione (un utente su 5) possiede come valore di F.P.S. rispettivamente 46, 47 e 71 mentre, il 40% del campione (2 utenti su 5) possiede 70 come valore di F.P.S. Il valore medio risulta essere pari a 60,8.

Successivamente, l'indagine statistica di questo studio di tesi, ha riguardato gli esiti delle scale di valutazione R.A.S. e S.E.S.M. per osservare le modalità di cambiamento dei valori prima e dopo l'utilizzo della *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup>.

**Grafico 6** Bar chart: confronto dei livelli globali della R.A.S. con rappresentazione grafica della deviazione standard



**Grafico 7** Scatter chart: andamento dei livelli globali della R.A.S.



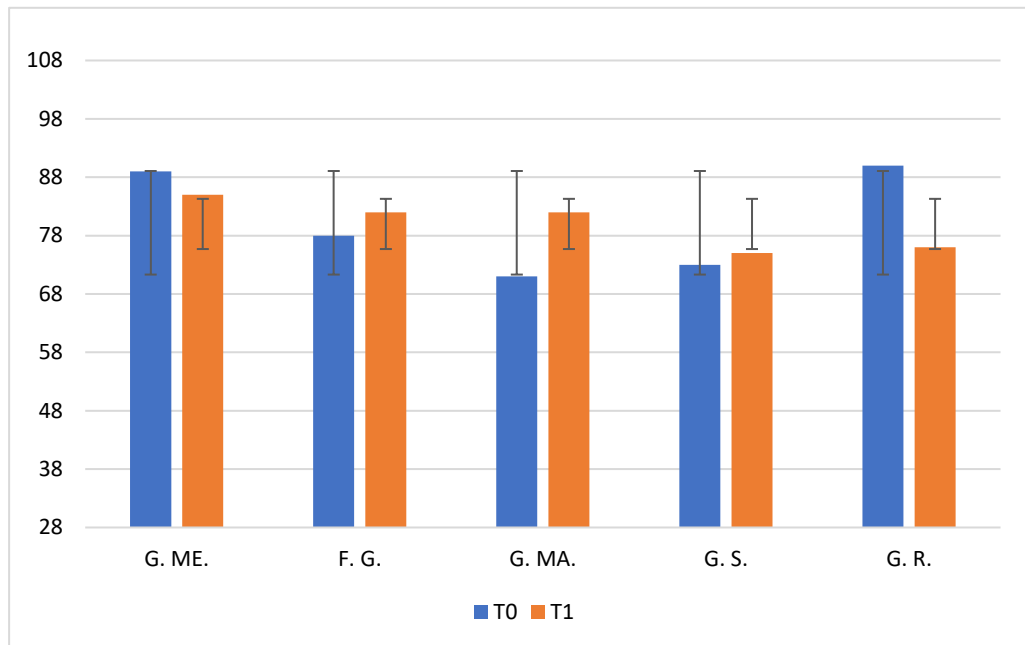
**Tabella 17** Descrizione dei livelli di *recovery* misurati dalla scala di valutazione R.A.S.

	T0	T1	INCREMENTO	DECREMENTO
G. ME.	173	167	/	3,46%
F. G.	157	163	3,82%	/
G. MA.	141	161	14,18%	/
G. S.	154	163	5,84%	/
G. R.	189	176	/	6,87%
SOMMA	814	830	1,96%	/
MINIMO	141	161	14,28%	/
MASSIMO	189	176	/	6,87%
MEDIA	163	166	1,84%	/
DEV. STAND.	18,55	6	/	67,65%

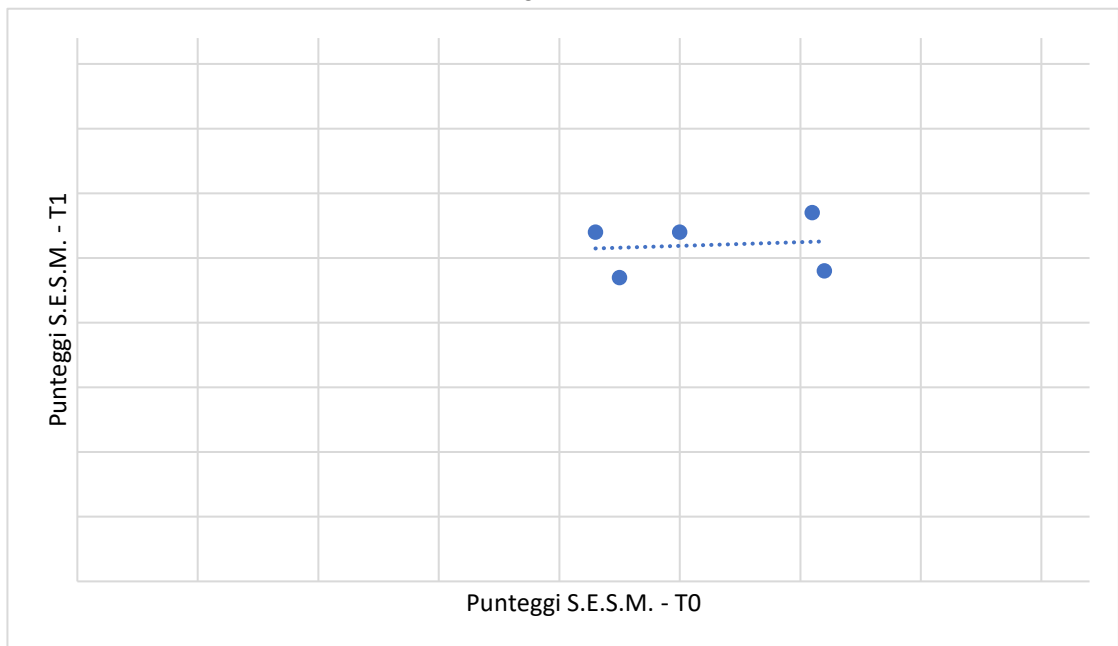
Dai grafici e dai dati ripostati in tabella si può notare come i livelli di *recovery* misurati con la R.A.S., per 2 utenti su 5, subiscono un decremento mentre, per 3 utenti su 5, subiscono un incremento. Inoltre, il valore massimo subisce un decremento mentre il valore minimo subisce un incremento; nonostante ciò, complessivamente, i valori di *recovery* tendono ad aumentare.

Si può infine notare come il valore medio subisce un incremento mentre la deviazione standard subisce un notevole decremento; ciò suggerisce che i valori di *recovery* misurati a T1 tendono ad avvicinarsi al valore medio oltre che tra di loro.

**Grafico 8** Bar chart: confronto dei livelli globali della S.E.S.M. con rappresentazione grafica della deviazione standard



**Grafico 9** Scatter chart: andamento dei livelli globali della S.E.S.M.



**Tabella 18** Descrizione dei livelli di *empowerment* misurati dalla scala di valutazione S.E.S.M.

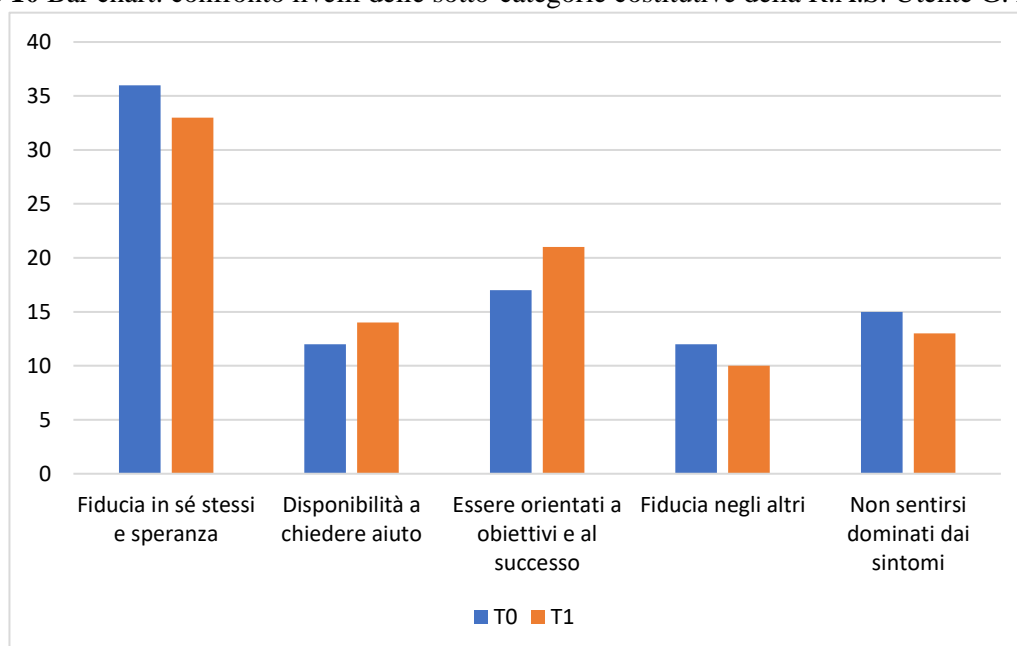
	T0	T1	INCREMENTO	DECREMENTO
G. ME.	89	85	/	4,49%
F. G.	78	82	5,12%	/
G. MA.	71	82	15,49%	/
G. S.	73	75	2,73%	/
G. R.	90	76	/	15,55%
SOMMA	401	400	/	0,24%
MINIMO	71	75	5,63%	/
MASSIMO	90	85	/	5,55%
MEDIA	80,2	80	/	0,24%
DEV. STAND.	8,87	4,30	/	51,52%

Dai grafici e dai dati riportati in tabella si può notare come i livelli di *empowerment* misurati con la S.E.S.M., per 2 utenti su 5, subiscono un decremento mentre, per 3 utenti su 5, subiscono un incremento. Inoltre, si osserva come il valore minimo subisce un incremento mentre il valore massimo subisce un decremento; nonostante, nel loro andamento, questi risultati rispecchino quelli ottenuti misurando i livelli di *recovery*, i livelli di *empowerment* subiscono un leggero decremento.

Si può, infine, notare come il valore medio subisca un leggero decremento mentre la deviazione standard subisce un decremento importante suggerendo, anche in questo caso, che i valori di *empowerment* misurati a T1 tendono ad avvicinarsi al valore medio oltre che tra di loro.

Successivamente si sono andati ad esaminare, in maniera individuale, gli esiti delle sottocategorie costitutive le due scale di valutazione *self-report* andandoli a confrontare con i risultati ottenuti nelle dieci aree prese in esame dalla *Mental Health Recovery Star™* specificando le aree prese in esame e per cui si sono stabiliti gli obiettivi costitutivi il piano d'intervento. Non si sono prese in considerazione due aree della *Mental Health Recovery Star™* quali dipendenze e responsabilità poiché non subiscono alcuna modifica per nessun utente che compone il campione.

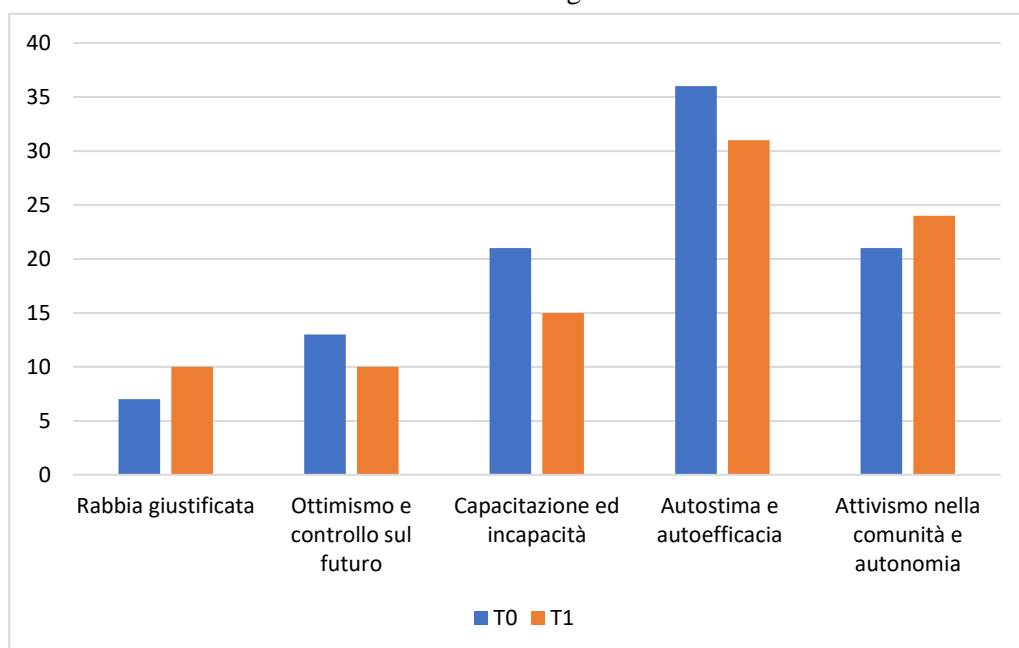
**Grafico 10** Bar chart: confronto livelli delle sotto-categorie costitutive della R.A.S. Utente G. ME.



**Tabella 19** Descrizione delle sotto-categorie R.A.S. Utente: G. ME.

	T0	T1	INCREMENTO	DECREMENTO
Fiducia in sé stessi e speranza	36	33	/	8,33%
Disponibilità a chiedere aiuto	12	14	16,66%	/
Essere orientati a obiettivi e al successo	17	21	23,52%	/
Fiducia negli altri	12	10	/	16,66%
Non sentirsi dominati dai sintomi	15	13	/	13,33%

**Grafico 11** Bar chart: confronto livelli delle sotto categorie costitutive della S.E.S.M. Utente G. ME.

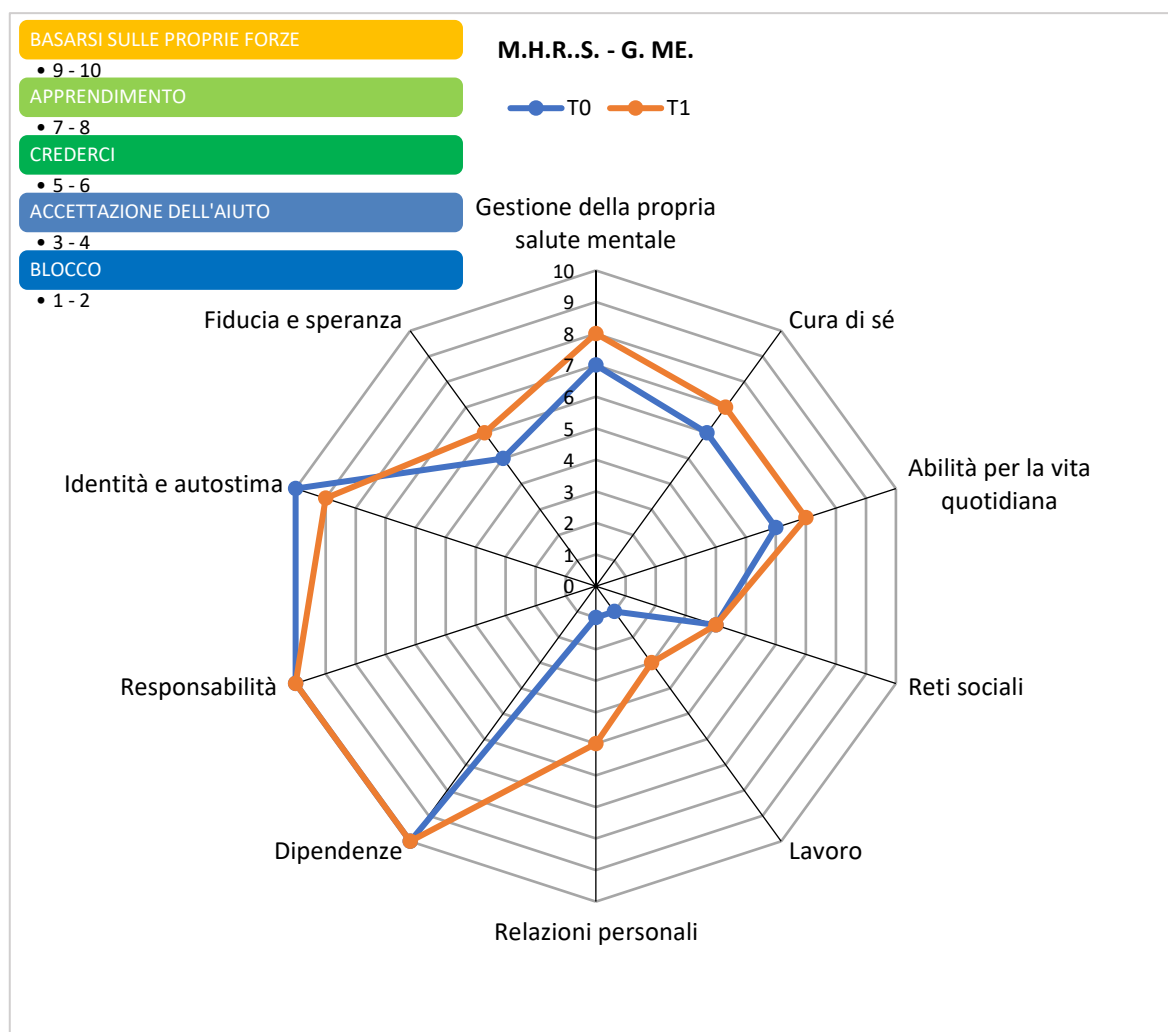


**Tabella 20** Descrizione delle sotto-categorie S.E.S.M. Utente: G. ME.

	T0	T1	INCREMENTO	DECREMENTO
Autostima e autoefficacia	36	31	/	13,88%
Capacitazione e incapacità	21	15	/	28,57%
Attivismo nella comunità e autonomia	21	24	14,28%	/
Ottimismo e controllo sul futuro	13	10	/	23,07%
Rabbia giustificata	7	10	42,85%	/



**Grafico 12** Radar chart: Utente G. ME



**Tabella 21** Descrizione delle aree della *Mental Health Recovery Star™* Utente G. ME.

	T0	T1	OBIETTIVI
Gestione della propria salute mentale	7	8	/
Cura di sé	6	10	Area presa in esame
Abilità per la vita quotidiana	6	10	Area presa in esame
Reti sociali	4	4	Area presa in esame
Lavoro	1	3	/
Relazioni personali	1	5	/
Dipendenze	10	10	/
Responsabilità	10	10	/
Identità e autostima	10	9	/
Fiducia e speranza	5	6	/

Come si può osservare dai grafici e dai dati riportati nelle tabelle, per questo utente la scala di valutazione R.A.S. registra un decremento in:

- Fiducia in sé stessi e speranza
- Fiducia negli altri
- Non sentirsi dominati dai sintomi

Mentre registra un incremento in aree quali:

- Disponibilità a chiedere aiuto
- Essere orientati a obiettivi e al successo

La S.E.S.M. registra un decremento in:

- Autostima ed autoefficacia
- Capacitazione ed incapacità
- Ottimismo e controllo sul futuro

Mentre registra un incremento in aree quali:

- Attivismo nella comunità e autonomia
- Rabbia giustificata

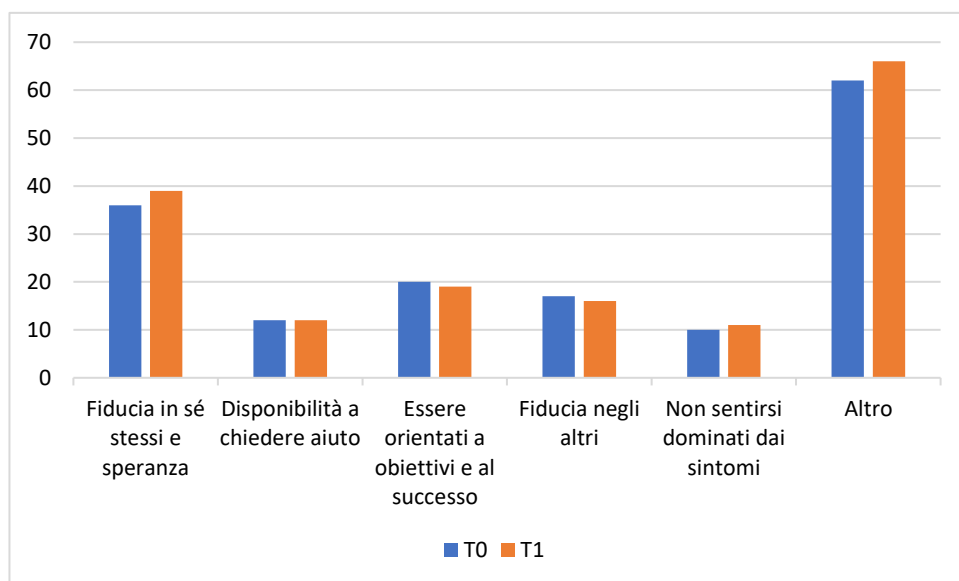
Se si osservano gli esiti restituiti dalla *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup>, si nota come nelle aree in cui si è lavorato, cura di sé e abilità della vita quotidiana, l'utente percepisce di trovarsi in punti più alti della scala del cambiamento. Inoltre, nell'area delle reti sociali l'utente non percepisce alcun cambiamento nonostante fosse una delle aree prese in esame. Infine, l'utente percepisce dei cambiamenti anche in aree in cui non si è lavorato percependo di trovarsi in punti più alti della scala del cambiamento in aree quali:

- Gestione della propria salute mentale
- Lavoro
- Relazioni personali
- Fiducia e speranza

Mentre percepisce di trovarsi in un punto più basso nell'area dell'identità e autostima.

Si può osservare come in aree affini tra i tre strumenti risultano esserci sia delle congruenze che delle discrepanze dando una visione d'insieme della situazione globale dell'utente poiché comprende anche il suo orientamento al cambiamento in determinate aree di sé e della sua vita.

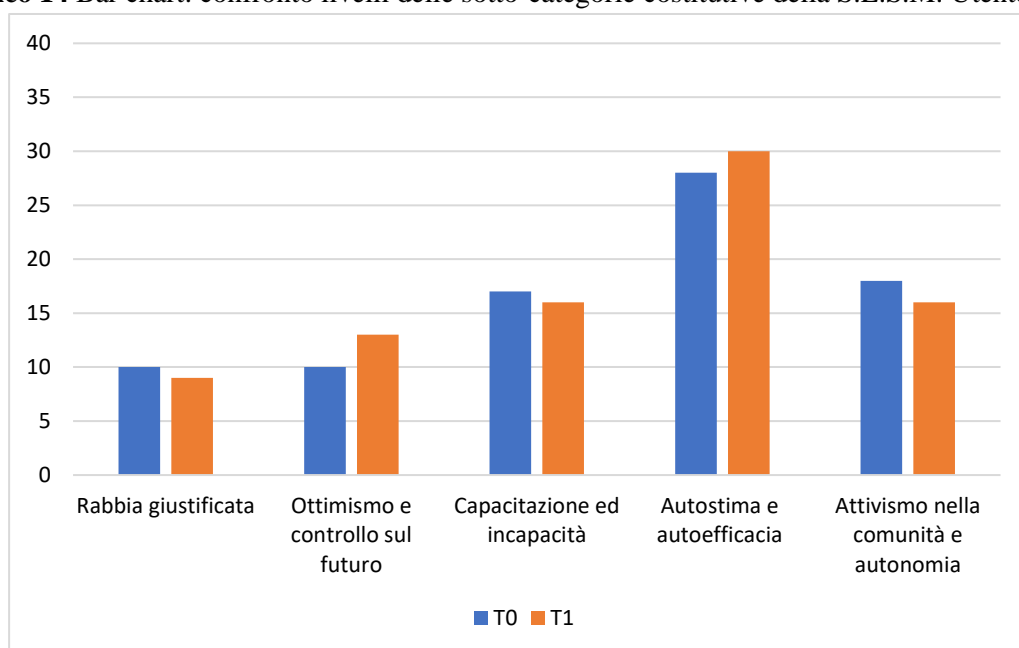
**Grafico 13** Bar chart: confronto livelli delle sotto categorie costitutive della R.A.S. Utente F. G.



**Tabella 22** Descrizione delle sotto-categorie R.A.S. Utente F. G.

	T0	T1	INCREMENTO	DECREMENTO
Fiducia in sé stessi e speranza	36	39	8,33%	/
Disponibilità a chiedere aiuto	12	12	/	/
Essere orientati a obiettivi e al successo	20	19	/	5%
Fiducia negli altri	17	16	/	5,88%
Non sentirsi dominati dai sintomi	10	11	10%	/

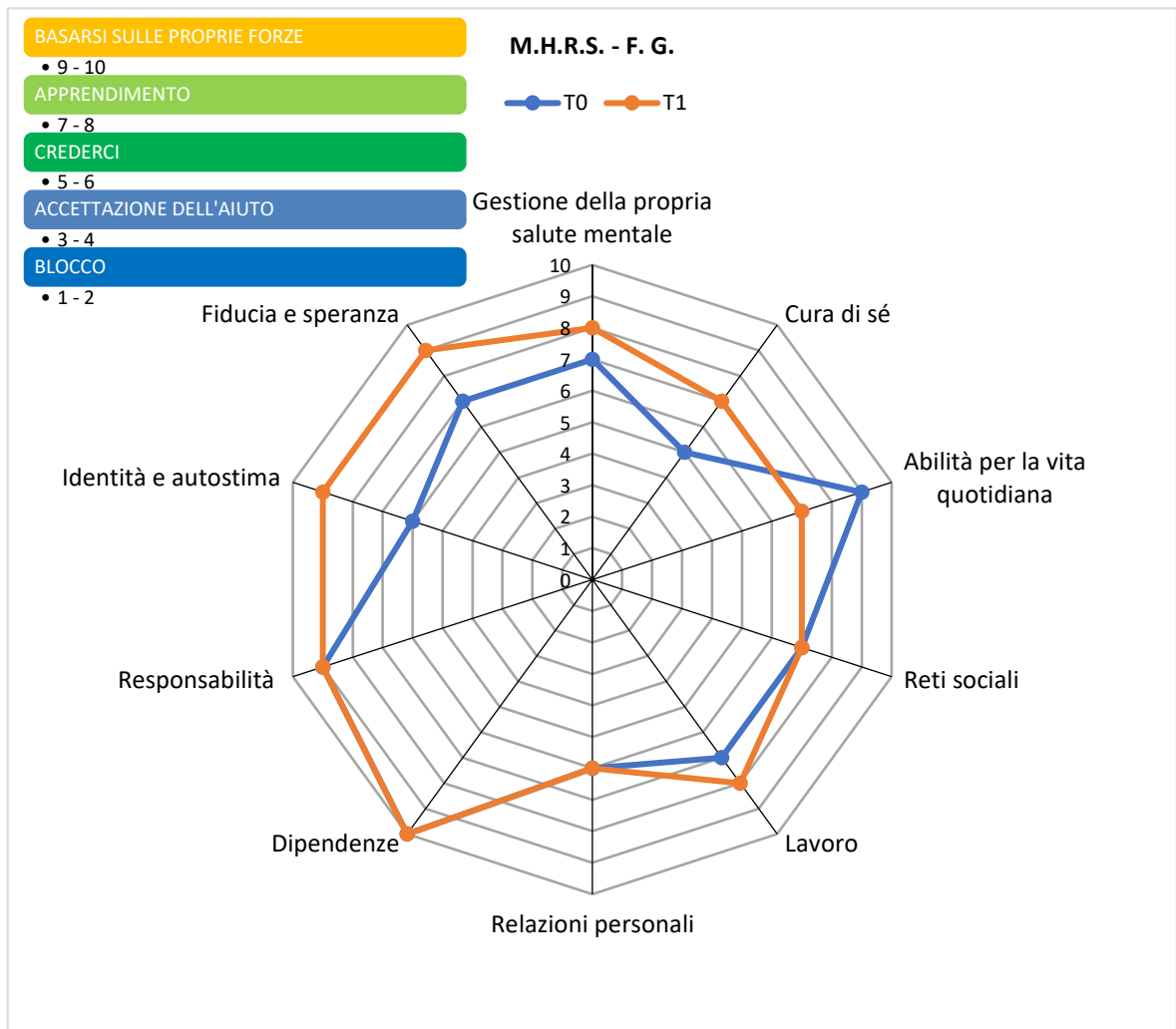
**Grafico 14** Bar chart: confronto livelli delle sotto-categorie costitutive della S.E.S.M. Utente F. G.



**Tabella 23** Descrizione delle sotto-categorie S.E.S.M. Utente: F. G.

	T0	T1	INCREMENTO	DECREMENTO
Autostima e autoefficacia	28	30	7,14%	/
Capacitazione e incapacità	17	16	/	5,88%
Attivismo nella comunità e autonomia	21	24	14,28%	/
Ottimismo e controllo sul futuro	10	13	30%	/
Rabbia giustificata	10	9	/	10%

**Grafico 15** Radar chart: Utente F. G.



**Tabella 24** Descrizione delle aree della *Mental Health Recovery Star™* Utente F. G.

	T0	T1	OBIETTIVI
Gestione della propria salute mentale	7	8	/
Cura di sé	5	7	Area presa in esame
Abilità per la vita quotidiana	9	7	/
Reti sociali	7	7	/
Lavoro	7	8	/
Relazioni personali	6	6	/
Dipendenze	10	10	/
Responsabilità	9	9	/
Identità e autostima	6	9	Area presa in esame
Fiducia e speranza	7	9	/

Come si può osservare dai grafici e dai dati riportati nelle tabelle, per questo utente la scala di valutazione R.A.S. registra un decremento in:

- Essere orientati a obiettivi e al successo
- Fiducia negli altri

Mentre registra un incremento in aree quali:

- Fiducia in sé stessi e speranza
- Non sentirsi dominati dai sintomi

Infine, l'area disponibilità a chiedere aiuto non subisce modifiche.

La scala di valutazione S.E.S.M. registra un decremento in:

- Capacitazione ed incapacità
- Rabbia giustificata

Mentre registra un incremento in aree quali:

- Autostima ed autoefficacia
- Attivismo nella comunità e autonomia
- Ottimismo e controllo sul futuro

Se si osservano gli esiti restituiti dalla *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup>, si nota come nelle aree in cui si è lavorato, cura di sé ed identità e autostima, l'utente percepisce di trovarsi in punti più alti della scala del cambiamento.

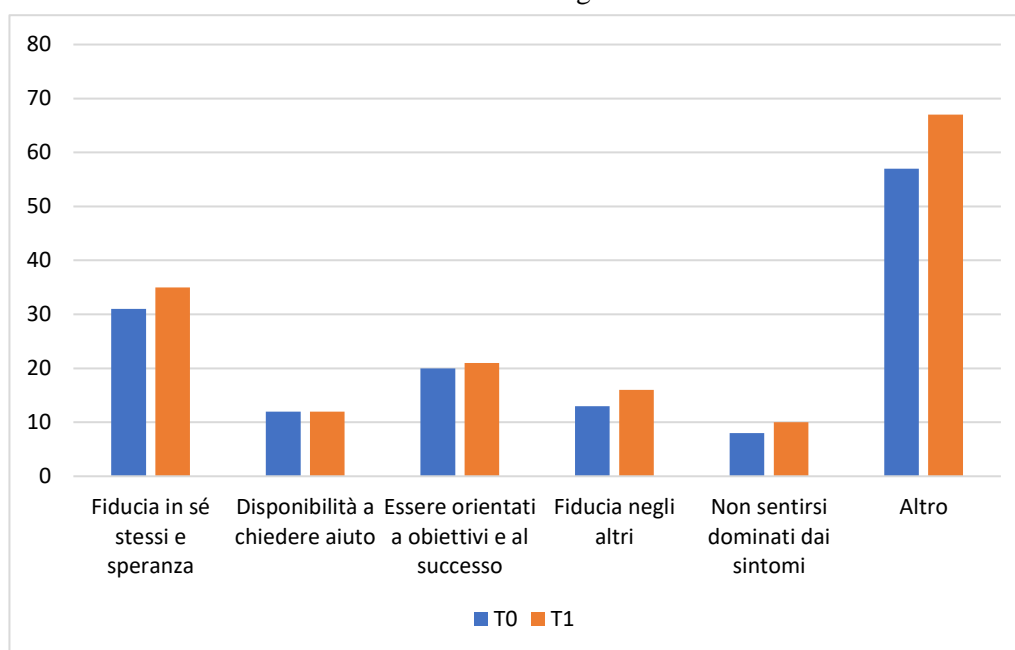
Infine, l'utente percepisce dei cambiamenti anche in aree in cui non si è lavorato percependo di trovarsi in punti più alti della scala del cambiamento in aree quali:

- Gestione della propria salute mentale
- Lavoro
- Fiducia e speranza

Mentre percepisce di trovarsi in un punto più basso nell'area abilità di vita quotidiana.

Si può osservare come in aree affini tra i tre strumenti risultano esserci sia delle congruenze che delle discrepanze dando una visione d'insieme della situazione globale dell'utente poiché comprende anche il suo orientamento al cambiamento in determinate aree di sé e della sua vita.

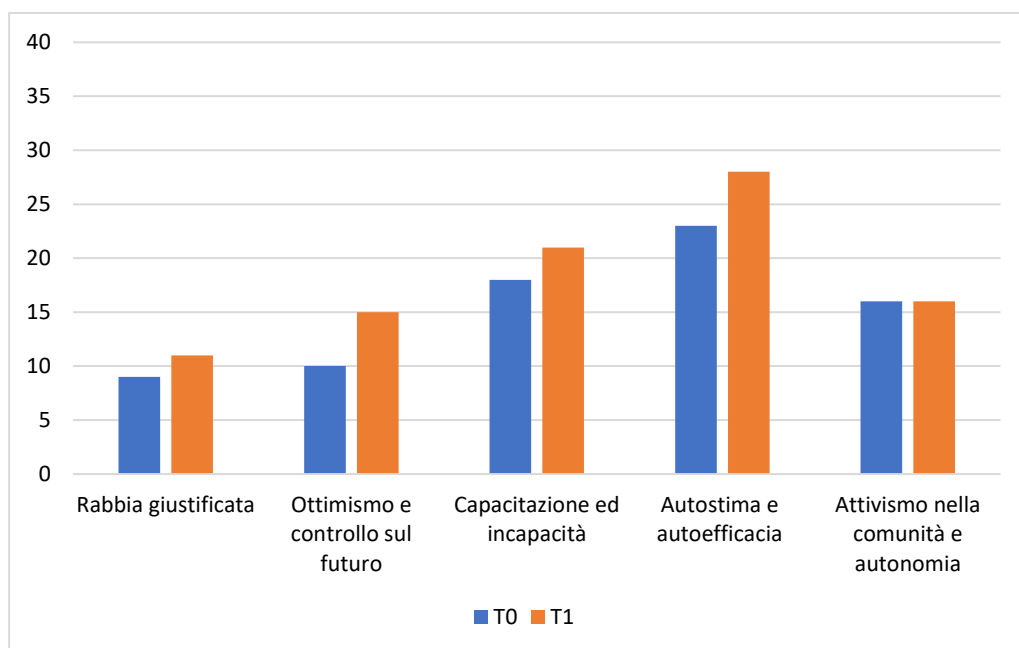
**Grafico 16** Bar chart: confronto livelli delle sotto-categorie costitutive della R.A.S. Utente G. MA.



**Tabella 25** Descrizione delle sotto-categorie R.A.S. Utente G. MA.

	T0	T1	INCREMENTO	DECREMENTO
Fiducia in sé stessi e speranza	31	35	12,90%	/
Disponibilità a chiedere aiuto	12	12	/	/
Essere orientati a obiettivi e al successo	20	21	4,76%	/
Fiducia negli altri	13	16	23,07%	/
Non sentirsi dominati dai sintomi	8	10	25%	/

**Grafico 17** Bar chart: confronto livelli delle sotto-categorie costitutive della S.E.S.M. Utente G. MA.

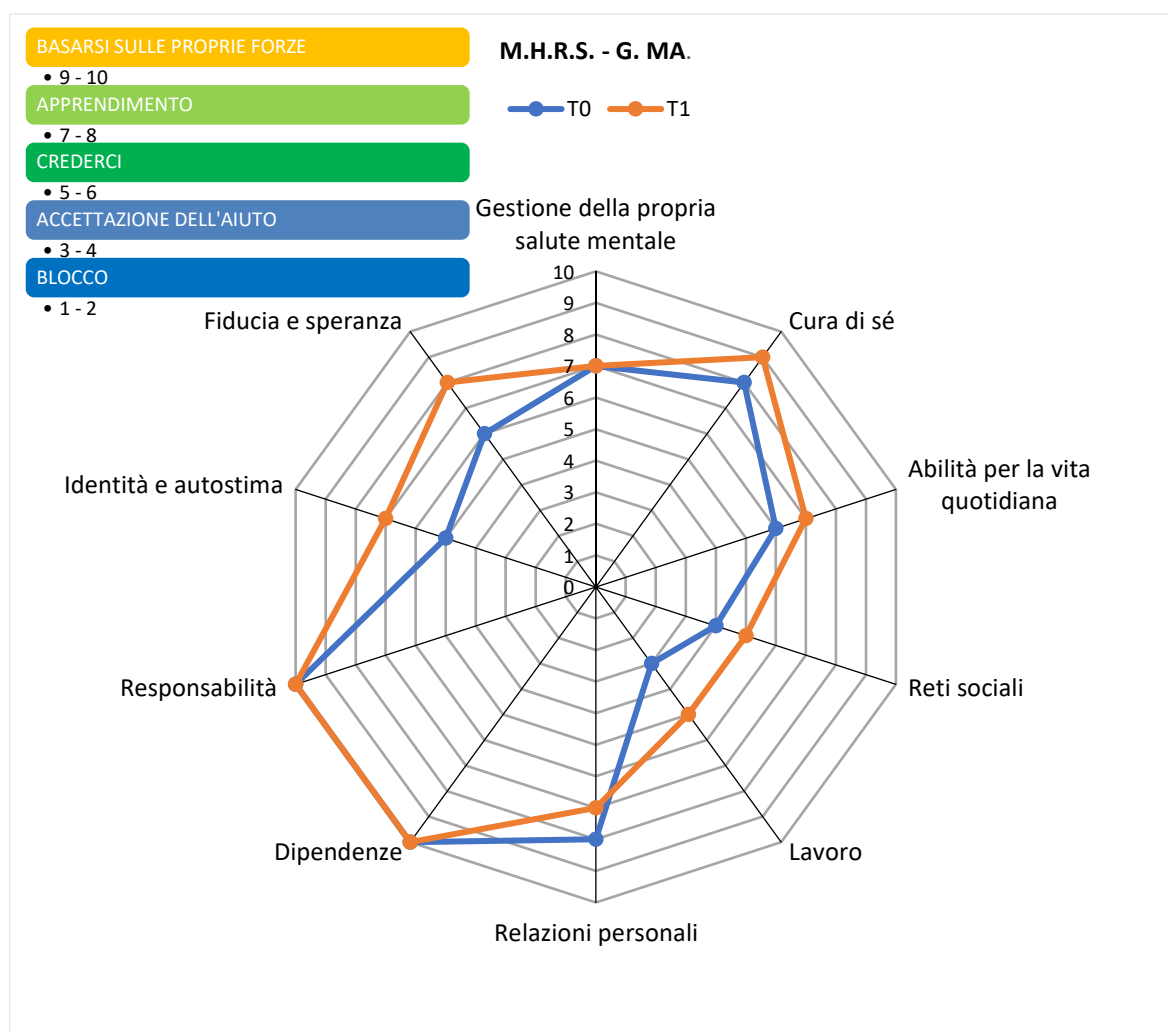


**Tabella 26** Descrizione delle sotto-categorie S.E.S.M. Utente G. MA.

	T0	T1	INCREMENTO	DECREMENTO
Autostima e autoefficacia	23	28	21,73%	/
Capacitazione e incapacità	18	21	16,66%	/
Attivismo nella comunità e autonomia	16	16	/	/
Ottimismo e controllo sul futuro	10	15	50%	/
Rabbia giustificata	9	11	22,22%	/



**Grafico 18** Radar chart: Utente G. MA.



**Tabella 27** Descrizione delle aree della *Mental Health Recovery Star™* Utente G. MA.

	T0	T1	OBIETTIVI
Gestione della propria salute mentale	7	7	/
Cura di sé	8	9	/
Abilità per la vita quotidiana	6	7	Area presa in esame
Reti sociali	4	5	/
Lavoro	3	5	/
Relazioni personali	8	7	Area presa in esame
Dipendenze	10	10	/
Responsabilità	10	10	/
Identità e autostima	5	7	/
Fiducia e speranza	6	8	/

Come si può osservare dai grafici e dai dati riportati nelle tabelle, per questo utente la scala di valutazione R.A.S. registra un incremento in tutte le aree esclusa quella della disponibilità a chiedere aiuto, la quale non subisce alcuna modifica.

La scala di valutazione S.E.S.M. registra un incremento in tutte le aree esclusa quella dell'attivismo nella comunità e autonomia, la quale non subisce alcuna modifica

Se si osservano gli esiti restituiti dalla *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup>, si nota come in una delle aree in cui si è lavorato, abilità della vita quotidiana, l'utente percepisce di trovarsi in un punto più alto della scala del cambiamento mentre, nell'altra area in cui si è lavorato, relazioni personali, l'utente percepisce di trovarsi in un punto più basso della scala del cambiamento.

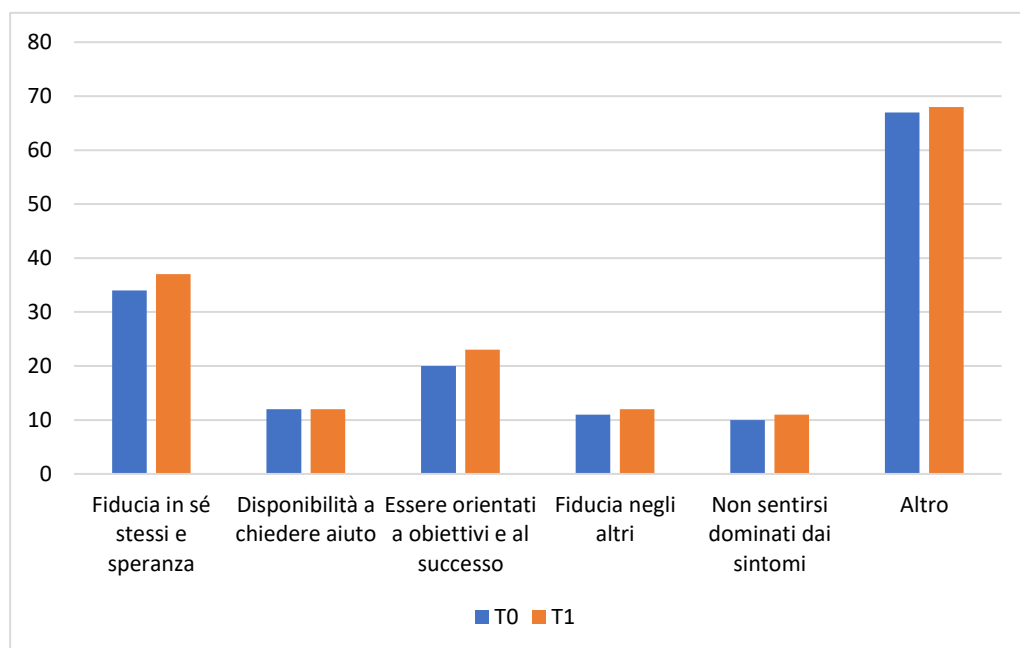
Infine, l'utente percepisce dei cambiamenti anche in aree in cui non si è lavorato percependo di trovarsi in punti più alti della scala del cambiamento in aree quali:

- Cura di sé
- Reti sociali
- Lavoro
- Identità e autostima
- Fiducia e speranza

Mentre non percepisce alcuna modifica nell'area della gestione della propria salute mentale.

Si può osservare come in aree affini tra i tre strumenti risultano esserci sia delle congruenze che delle discrepanze dando una visione d'insieme della situazione globale dell'utente poiché comprende anche il suo orientamento al cambiamento in determinate aree di sé e della sua vita.

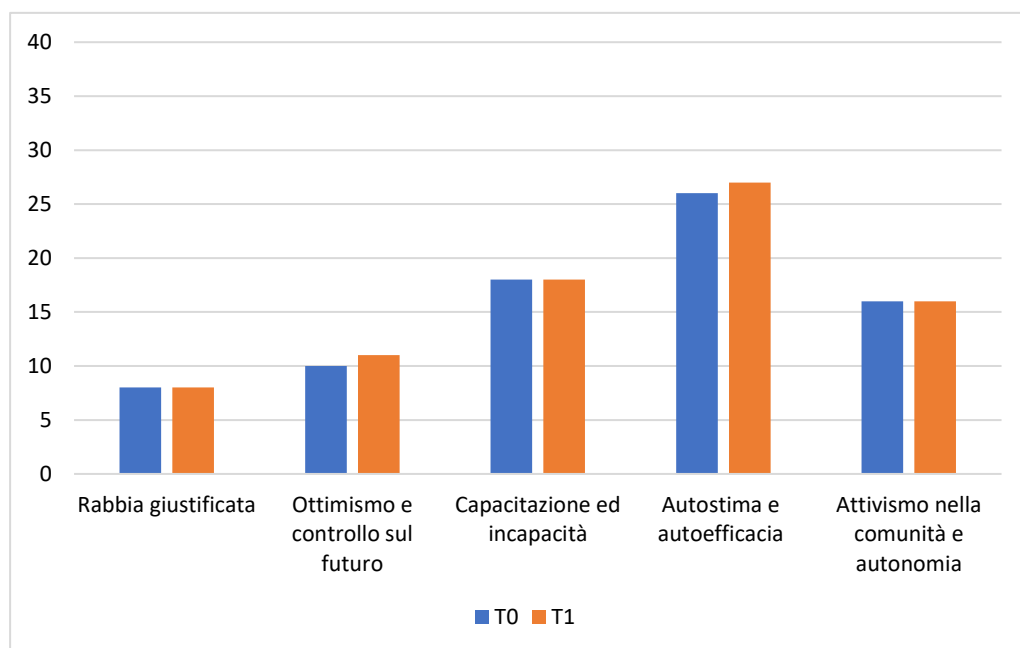
**Grafico 19** Bar chart: confronto livelli delle sotto-categorie costitutive della R.A.S. Utente G. S.



**Tabella 28** Descrizione delle sotto-categorie R.A.S. Utente: G. S.

	T0	T1	INCREMENTO	DECREMENTO
Fiducia in sé stessi e speranza	34	37	8,82%	/
Disponibilità a chiedere aiuto	12	12	/	/
Essere orientati a obiettivi e al successo	20	23	15%	/
Fiducia negli altri	11	12	9,09%	/
Non sentirsi dominati dai sintomi	10	11	10%	/

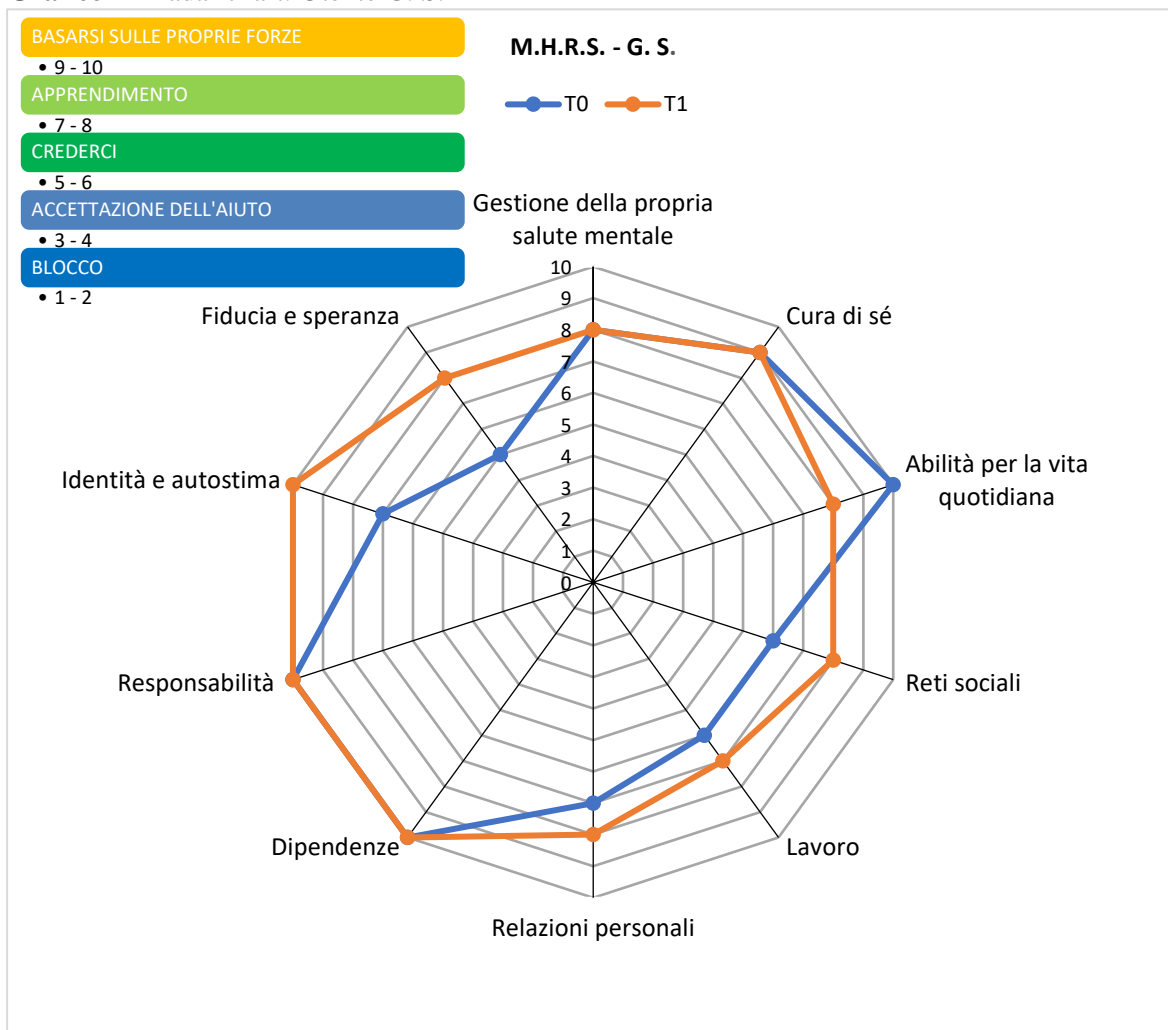
**Grafico 20** Bar chart: confronto livelli delle sotto-categorie costitutive della S.E.S.M. Utente G. S.



**Tabella 29** Descrizione delle sotto-categorie S.E.S.M. Utente: G. S.

	T0	T1	INCREMENTO	DECREMENTO
Autostima e autoefficacia	26	27	3,84%	/
Capacitazione e incapacità	18	18	/	/
Attivismo nella comunità e autonomia	16	16	/	/
Ottimismo e controllo sul futuro	10	11	10%	/
Rabbia giustificata	8	8	/	/

**Grafico 21** Radar chart: Utente G. S.



**Tabella 30** Descrizione delle aree della *Mental Health Recovery Star™* Utente G. S.

	T0	T1	OBIETTIVI
Gestione della propria salute mentale	8	8	/
Cura di sé	9	9	/
Abilità per la vita quotidiana	10	8	/
Reti sociali	6	8	Area presa in esame
Lavoro	6	7	Area presa in esame
Relazioni personali	7	8	/
Dipendenze	10	10	/
Responsabilità	10	10	/
Identità e autostima	7	10	/
Fiducia e speranza	5	8	Area presa in esame

Come si può osservare dai grafici e dai dati riportati nelle tabelle, per questo utente la scala di valutazione R.A.S. registra un incremento in tutte le aree esclusa quella della disponibilità a chiedere aiuto, la quale non subisce alcuna modifica.

La scala di valutazione S.E.S.M. registra un incremento in due aree:

- Autostima ed autoefficacia
- Ottimismo e controllo sul futuro

Mentre le restanti aree non subiscono alcuna modifica.

Se si osservano gli esiti restituiti dalla *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup>, si nota come nelle tre delle aree su cui si è lavorato quali:

- Reti sociali
- Lavoro
- Fiducia e speranza

L'utente percepisce di trovarsi in punti più alti nella scala del cambiamento.

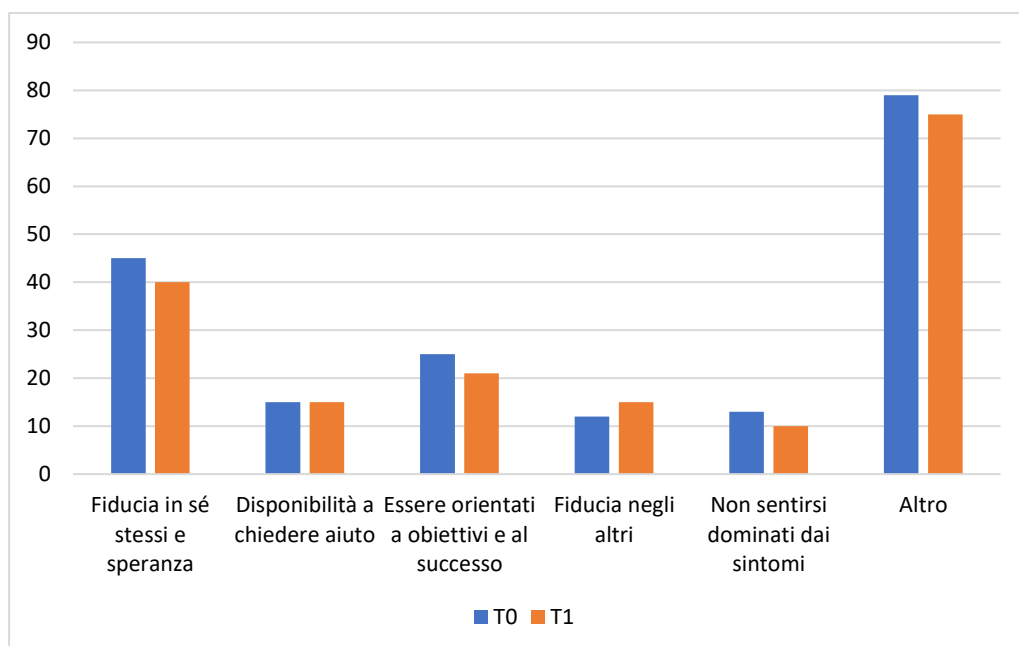
Infine, l'utente percepisce dei cambiamenti anche in aree in cui non si è lavorato percependo di trovarsi in punti più alti della scala del cambiamento in aree quali:

- Relazioni personali
- Identità e autostima

Mentre percepisce di trovarsi in un punto più basso della scala del cambiamento nell'area delle abilità di vita quotidiana e non percepisce alcuna modifica nell'area della gestione della propria salute mentale e della cura di sé.

Si può osservare come in aree affini tra i tre strumenti risultano esserci sia delle congruenze che delle discrepanze dando una visione d'insieme della situazione globale dell'utente poiché comprende anche il suo orientamento al cambiamento in determinate aree di sé e della sua vita.

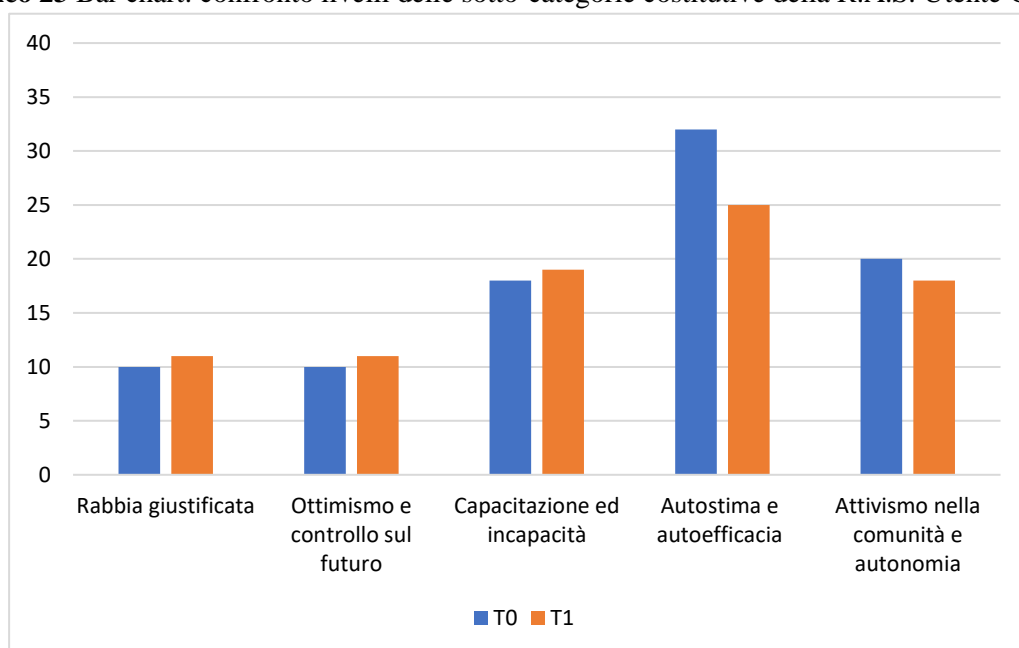
**Grafico 22** Bar chart: confronto livelli delle sotto-categorie costitutive della R.A.S. Utente G. R.



**Tabella 31** Descrizione delle sotto-categorie R.A.S. Utente: G. R.

	T0	T1	INCREMENTO	DECREMENTO
Fiducia in sé stessi e speranza	45	40	/	11,11%
Disponibilità a chiedere aiuto	15	15	/	/
Essere orientati a obiettivi e al successo	25	21	/	16%
Fiducia negli altri	12	15	25%	/
Non sentirsi dominati dai sintomi	13	10	/	23,07%

**Grafico 23** Bar chart: confronto livelli delle sotto-categorie costitutive della R.A.S. Utente G. R.

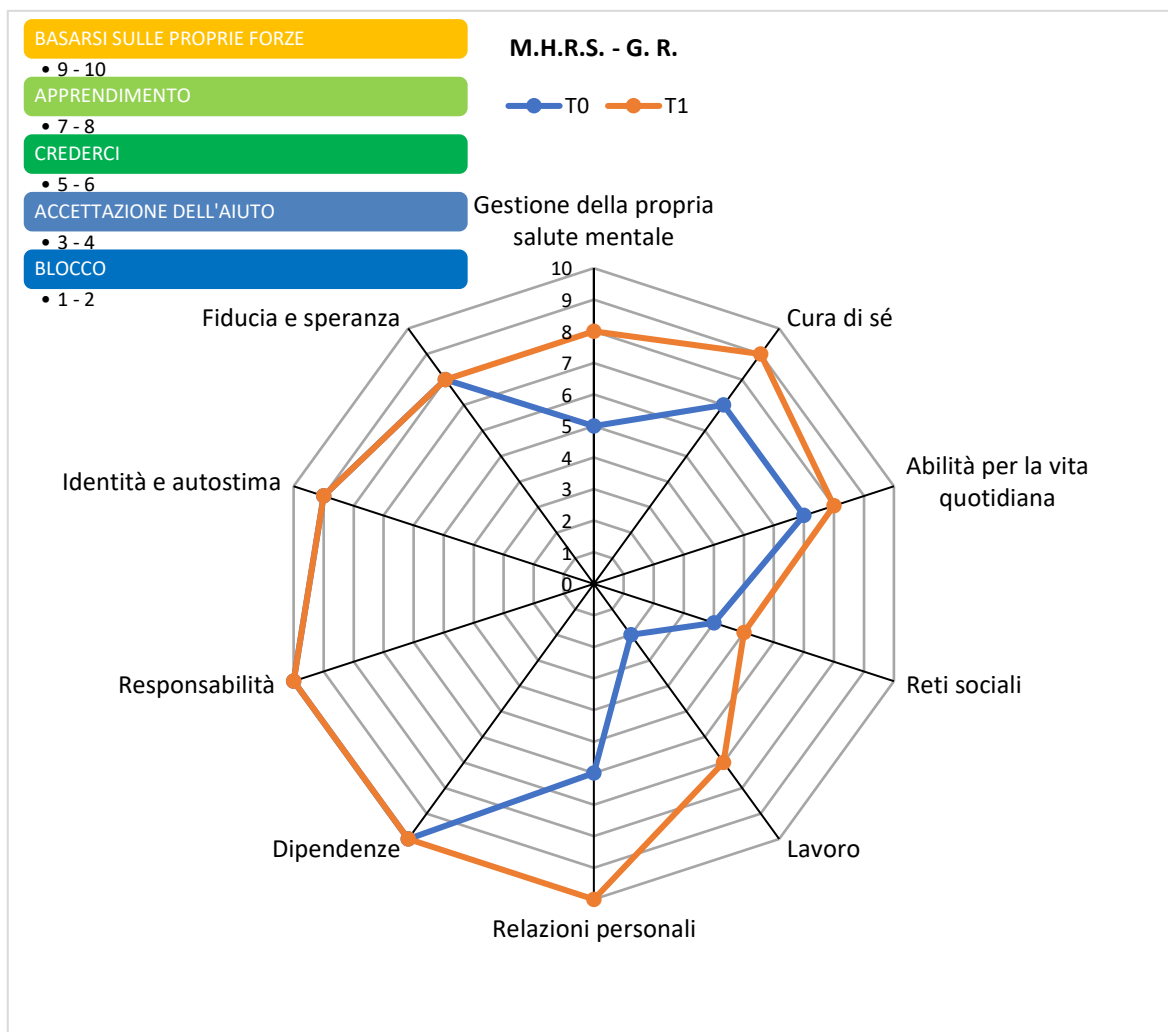


**Tabella 32** Descrizione delle sotto-categorie S.E.S.M. Utente G. R.

	T0	T1	INCREMENTO	DECREMENTO
Autostima e autoefficacia	32	25	/	21,87%
Capacitazione e incapacità	18	19	5,55%	/
Attivismo nella comunità e autonomia	20	18	/	10%
Ottimismo e controllo sul futuro	10	11	10%	/
Rabbia giustificata	10	11	10%	/



**Grafico 24** Radar chart: Utente G. R.



**Tabella 33** Descrizione delle aree della *Mental Health Recovery Star™* Utente G. R.

	T0	T1	OBIETTIVI
Gestione della propria salute mentale	5	8	Area presa in esame
Cura di sé	7	9	Area presa in esame
Abilità per la vita quotidiana	7	8	Area presa in esame
Reti sociali	4	5	Area presa in esame
Lavoro	2	7	Area presa in esame
Relazioni personali	6	10	/
Dipendenze	10	10	/
Responsabilità	10	10	/
Identità e autostima	9	9	/
Fiducia e speranza	8	8	/

Come si può osservare dai grafici e dai dati riportati nelle tabelle, per questo utente la scala di valutazione R.A.S. registra un decremento in:

- Fiducia in sé stessi e speranza
- Essere orientati a obiettivi e al successo
- Non sentirsi dominati dai sintomi

Mentre registra un incremento nell'area della fiducia negli altri e nessuna modifica nell'area della disponibilità a chiedere aiuto

La S.E.S.M. registra un decremento in:

- Autostima ed autoefficacia
- Attivismo nella comunità e autonomia

Mentre registra un incremento in aree quali:

- Capacitazione ed incapacità
- Ottimismo e controllo sul futuro
- Rabbia giustificata

Se si osservano gli esiti restituiti dalla *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup>, si nota come in tutte le aree in cui si è lavorato l'utente percepisce di trovarsi in punti più alti della scala del cambiamento.

Inoltre, l'utente percepisce dei cambiamenti anche in aree in cui non si è lavorato percependo di trovarsi in punti più alti della scala del cambiamento nell'area delle relazioni personali mentre, in aree quali:

- Identità e autostima
- Fiducia e speranza

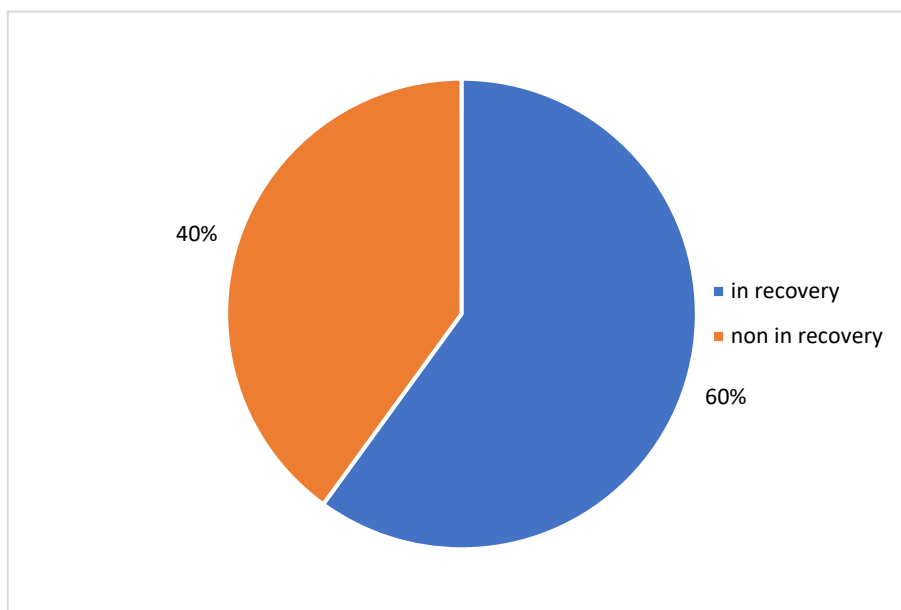
L'utente non percepisce alcun cambiamento.

Si può osservare come in aree affini tra i tre strumenti risultano esserci sia delle congruenze che delle discrepanze dando una visione d'insieme della situazione globale dell'utente poiché comprende anche il suo orientamento al cambiamento in determinate aree di sé e della sua vita.

Dal seguente studio è emerso come le similitudini tra l'andamento dei livelli di *recovery* e i livelli di *empowerment* suggeriscono l'esistenza di una correlazione (ampiamente dimostrata a livello scientifico) tra le due dimensioni, infatti, si evince come il 60% del

campione (corrispondente a 3 utenti su 5) risulta essere “in *recovery*” mentre il restante 40% (corrispondente a 2 utenti su 5) risulta essere “non in *recovery*”; esito sovrapponibile alle misurazioni dei livelli di *empowerment* poiché vi è diretta corrispondenza tra gli utenti che presentano un aumento dei livelli di *recovery* ed *empowerment* e viceversa.

**Grafico 25** Pie chart: rappresentazione dei componenti del campione che risultano “in *recovery*” e “non in *recovery*”



I discostamenti che questi subiscono, quindi la non corrispondenza tra l’andamento globale e il valore medio che nella misurazione dell’*empowerment* diminuiscono mentre nella *recovery* aumentano, possono trovare una spiegazione esaminando, sia individualmente che complessivamente, le sotto-categorie costitutive delle due scale di valutazione. Dall’indagine statistica individuale emerge come si siano verificati dei decrementi oppure delle assenze di modifiche nelle sotto-categorie; senza l’utilizzo della *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup>, questi cali potevano essere spiegati come “regressione” dell’utente poiché, nonostante queste scale siano autosomministrate, restituiscono una visione pressoché oggettiva del percorso terapeutico-riabilitativo che, alle volte, può risultare anche riduttiva in quanto non tengono conto del contesto in cui l’utente è inserito e della possibilità che quest’ultimo intenda le domande in maniera differente decretando fraintendimenti.

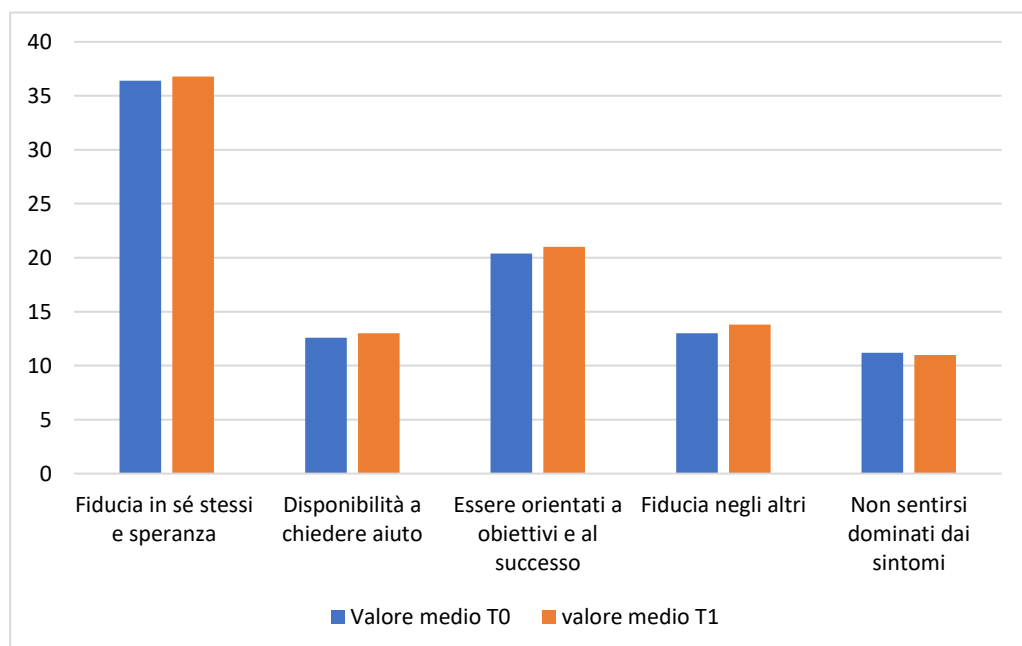
Affiancando a queste scale di valutazione la *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup> è possibile identificare quella “regressione” come “possibilità di tornare indietro” nel proprio percorso

terapeutico-riabilitativo in quanto questo è fatto di prove ed errori prima che da successi. Di conseguenza, è possibile tradurre la regressione come presa di consapevolezza di percepire sé stessi, in relazione ad una specifica area, in un determinato momento; in questo modo si rende possibile:

- Prendere in considerazione la visione che l'utente ha di sé stesso mettendolo "al centro" del proprio percorso di cura in ottica *recovery-oriented*
- Far sperimentare il prendere decisioni importanti sul proprio percorso terapeutico-riabilitativo in ottica *empowerment-oriented*
- Sperimentare il fallimento non come un'eventualità negativa ma come possibilità di crescita personale e presa di consapevolezza sulle proprie capacità (Tabella 16)

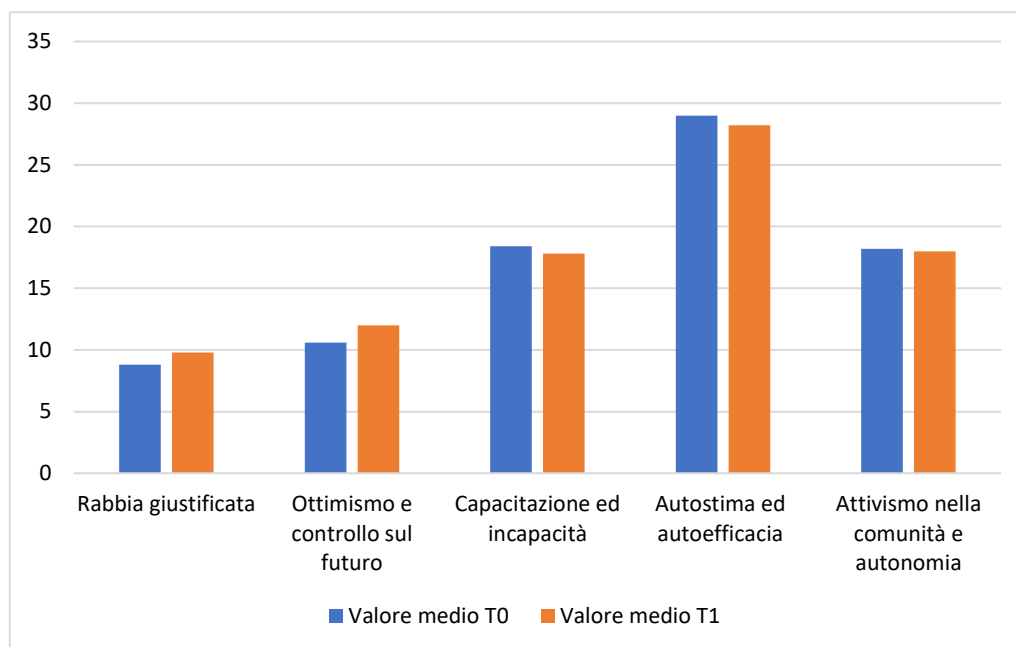
Dall'indagine statistica complessiva delle sotto-categorie che costituiscono le due scale di valutazione *self-report*, mettendo a confronto i valori medi a T0 e T1, quindi prima e dopo l'utilizzo della *Mental Health Recovery Star™*, emerge un incremento nella maggior parte della sotto-categorie della R.A.S. mentre, per la S.E.S.M., la maggior parte delle aree subiscono un decremento che risulta essere complessivamente minore rispetto all'incremento registrato dalle altre due aree.

**Grafico 26** Bar chart: confronto dei valori medi a T0 e T1 delle sotto-categorie costitutive della scala di valutazione R.A.S.



**Tabella 34** Descrizione valori medi delle sotto-categorie costitutive della R.A.S.

	T0	T1	INCREMENTO	DECREMENTO
Fiducia in sé stessi e speranza	36,4	36,8	1,09%	/
Disponibilità a chiedere aiuto	12,6	13	3,17%	/
Essere orientati a obiettivi e al successo	20,4	21	2,94%	/
Fiducia negli altri	13	13,8	6,15%	/
Non sentirsi dominati dai sintomi	11,2	11	/	1,78%

**Grafico 27** Bar chart: confronto dei valori medi a T0 e T1 delle sotto-categorie costitutive della scala di valutazione S.E.S.M**Tabella 35** Descrizione valori medi delle sotto-categorie costitutive della S.E.S.M.

	T0	T1	INCREMENTO	DECREMENTO
Rabbia giustificata	8,8	9,8	11,36%	/
Ottimismo e controllo sul futuro	10,6	12	13,21%	/
Capacitazione ed incapacità	18,4	17,8	/	3,26%
Autostima ed autoefficacia	29	28,2	/	2,75%
Attivismo nella comunità e autonomia	18,2	18	/	1,09%

Dai grafici e dai dati inseriti in tabella emerge come nella R.A.S.:

- Fiducia in sé stessi e speranza, che misura i livelli di autostima, tende ad aumentare
- Disponibilità a chiedere aiuto, che misura la tendenza a rivolgersi agli altri nei momenti di difficoltà, tende ad aumentare
- Essere orientati ad obiettivi e al successo, che misura la tendenza a pianificare e perseguire degli obiettivi di vita che risulta essere legato all'*empowerment*, tende ad aumentare
- Fiducia negli altri, che misura il grado di affidamento che si ripone su altre persone, tende ad aumentare
- Non sentirsi dominati dai sintomi, che misura la capacità di gestire la sintomatologia, tende a diminuire

Nella S.E.S.M., invece, emerge come nelle tre aree in cui viene scomposto il concetto di *empowerment*:

- Nelle sotto-categorie autostima – autoefficacia e ottimismo – controllo sul futuro, che misurano il senso di valore personale auto-percepito e il grado in cui si è convinti che si possiedono le capacità al fine di controllare i propri eventi di vita, si verifica un decremento nella prima sotto-categoria e un incremento nella seconda
- Nella sotto-categoria capacitazione – incapacità, che misura la capacità effettiva, si verifica un decremento
- Nelle sotto-categorie attivismo nella comunità – autonomia e rabbia giustificata, che misurano la volontà e la capacità di canalizzare l'emozione della rabbia in qualcosa di utile per sé stessi e per l'ambiente circostante diventando motore di azioni volte al cambiamento sia nella comunità di appartenenza che nell'autonomia personale, si verifica un decremento nella prima sotto-categoria mentre un incremento nella seconda

Prendendo in esame le sotto-categorie della R.A.S. “essere orientati a obiettivi e al successo” e “fiducia in sé stessi e speranza” e le sotto-categorie della S.E.S.M. quali “ottimismo e controllo sul futuro” e “rabbia giustificata” che risultano essere le aree maggiormente coinvolte nella pianificazione degli obiettivi e nell'orientamento al cambiamento, si osserva come in tutte e tre le aree si verifica un incremento complessivo; questi esiti ottenuti

suggeriscono, quindi, nonostante in questo studio di tesi vi è l'assenza di un gruppo di controllo che permetta di confermare la relazione diretta tra gli esiti conseguiti e la metodologia utilizzata, l'esistenza di una forma di correlazione tra l'aumento dei livelli di *recovery* ed *empowerment* attraverso l'utilizzo della *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup> e il piano d'intervento costruito seguendo il modello S.M.A.R.T.

Da questa indagine statistica, quindi, emerge:

- Un incremento dei valori medi delle sotto-categorie che risultano essere maggiormente implicate nell'orientamento al raggiungimento degli obiettivi e al cambiamento suggerendo una correlazione con l'utilizzo del piano d'intervento degli obiettivi S.M.A.R.T.
- Un complessivo aumento dei livelli di *recovery* ed *empowerment* auto-percepiti dopo l'utilizzo della *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup> e un andamento parallelo di queste due dimensioni poiché risulta esserci diretta corrispondenza tra l'aumento dei livelli di *recovery* ed *empowerment* in quanto, gli utenti che presentano un incremento dei livelli di *recovery*, sono gli stessi che presentano un incremento dei livelli di *empowerment* e viceversa suggerendo una correlazione tra le due dimensioni

### 3.4 DISCUSSIONE

L'interesse della possibile associazione tra la pianificazione personale degli obiettivi e l'incremento dei livelli di *empowerment* è stato motivato dalle evidenze scientifiche che dimostrano l'esistenza della correlazione tra *recovery* ed *empowerment* pur essendo costrutti diversi tra loro<sup>150</sup>, suggerendo come possibile punto d'incontro tra i due la pianificazione degli obiettivi S.M.A.R.T. che, di conseguenza, permetterebbe alle due dimensioni di procedere parallelamente e simultaneamente individuando, come punto di congiunzione, la *Mental Health Recovery Star*<sup>TM</sup>. Questo strumento, infatti, grazie alle sue caratteristiche, sollecita l'autoriflessione e permette di prendere in considerazione il punto di vista dell'utente sulla propria condizione dandogli la possibilità di redigere lui stesso quello che ritiene il piano d'intervento più opportuno secondo le sue esigenze conferendogli, di conseguenza, potere decisionale sulla propria situazione.

La correlazione tra la pianificazione degli obiettivi secondo il modello S.M.A.R.T. e i concetti sottostanti il costrutto dell'*empowerment* possiede, ad oggi, delle evidenze scientifiche esigue; nonostante ciò, sono state individuate alcune corrispondenze e connessioni<sup>151</sup> che permettono di dimostrare come, rendendo gli utenti parte attiva della pianificazione degli obiettivi seguendo il modello S.M.A.R.T., in questi viene constatato un aumento della qualità della vita, della motivazione al cambiamento, della consapevolezza,

---

<sup>150</sup> Andersen R. et al. (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. In: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry; Leamy L. et al. (2011) Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. In: The British Journal of Psychiatry; Liberman R.P. (2012) Il recovery dalla disabilità. Roma. Giovanni Fioriti Editore; Slade M. (2015) La ricerca sulla recovery. Nuove risposte, nuove domande. In: Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale, Maone A. & D'Avanzo B., Milano: Raffaello Cortina Editore, pp. 85-96, 2015; Slade M. (2015) La ricerca sulla recovery. Nuove risposte, nuove domande In: Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale, Maone A. & D'Avanzo B., Milano: Raffaello Cortina Editore, pp. 85-96, 2015; Chamberlin J. (1990) The Ex-Patients' Movement: Where We've Been and Where We're Going. In: The Journal of Mind and Behavior; Straticò E. (2009) L'empowerment e i servizi di salute mentale. Manuale per gli operatori. Roma: CIC Edizioni Internazionali, pp. 43-52; Agnetti G. (2015) Empowerment e recovery. In: Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale, Maone A. & D'Avanzo B., Milano: Raffaello Cortina Editore, pp. 169-170, 2015

<sup>151</sup> Gaskin C.J. et al. (2007) Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities: review of the literature, Schauer C. et al. (2007) Promoting the value and practice of shared decision-making in mental health care, Dye S. (2011) An audit of the use of advanced statements surrounding management of disturbed behaviour on a PICU, Hall A. & Wren M. (2008) The context and nature of care planning in mental health, Latham G.P. & Locke E. A. (2006) Enhancing the benefits and overcoming the pitfalls of goal setting. In: Elzubeir K. & Dye S. (2017) Can amount and duration of seclusion be reduced in psychiatric intensive care units by agreeing SMART goals with patients?, pp. 109-116



dell'autoefficacia, dell'autostima e del benessere soggettivo.

Ad oggi esistono sia degli strumenti di valutazione funzionale che degli interventi riabilitativi che evidenziano l'importanza della definizione e pianificazione di un piano d'intervento ben preciso con obiettivi specifici e differenziati<sup>152</sup> ma, nonostante ciò, viene data ancora troppa poca importanza alla possibilità di redigere un piano d'intervento non solo ben definito, quindi attraverso l'individuazione delle caratteristiche S.M.A.R.T. negli obiettivi, ma anche insieme all'utente rendendolo parte attiva del proprio percorso terapeutico-riabilitativo e sollecitando, di conseguenza, un possibile incremento sia dei livelli di *recovery* che di *empowerment*.

---

<sup>152</sup> Veltro F., Venditelli N., Pontarelli I., Pica A. & Nicchiniello I. (2017) Manuale per l'intervento psicoeducativo di Gruppo per il Raggiungimento di Obiettivi (INTE.G.R.O.). Roma: Alpes Italia srl.; K.T. Mueser & Susan Gingerich (2009) *Illness Management and Recovery: The Evidence*. Rockville: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services; Morsini P., Magliano L. & Brambilla L. (1998) VADO. Manuale per la riabilitazione in psichiatria. Trento: Erikson; R. Perone, G. Mammana, F. Mazzi, A. Svetini & F. Starace (2021) CASIG - Client's Assessment of Strengths, Interests and Goals. Firenze: hogrefe; Falloon I. (1993) *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria*, Trento: Erikson

## CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE

Dal presente studio di tesi emerge la presenza di una correlazione tra *recovery* ed *empowerment* oltre che una possibile connessione tra l'incremento dei livelli di *empowerment* e la redazione di un piano d'intervento seguendo la metodologia S.M.A.R.T. per l'identificazione degli obiettivi da raggiungere.

Altro elemento che, però, spicca fra gli altri è il resoconto fatto dagli utenti che hanno partecipato a tale studio; da questo emerge come le persone che costituiscono il campione preso in esame si siano sentite guidate verso la scoperta e/o la ri-scoperta di sé stessi.

Grazie alle impressioni raccolte è possibile definire la *Mental Health Recovery Star™* un vero e proprio strumento che sollecita e funge da guida verso l'auto-riflessione; ciò permette di far spiccare il punto di vista dell'utente e, sulla base di questo, costruire un piano d'intervento di cui quest'ultimo si sentirà partecipe poiché parte attiva e integrante. Inoltre, l'utilizzo di questo strumento, rende possibile una valutazione più completa del processo di *recovery* che, inteso come stile di pensiero e modalità di porsi in relazione agli eventi e dimensioni di vita, risulta essere complesso da misurare in maniera precisa poiché risente delle caratteristiche intrinseche alla persona. Di conseguenza la *Mental Health Recovery Star™* è costituita in modo tale da tenere traccia dei cambiamenti che si verificano basandosi su una caratteristica cardine della *recovery*, ovvero, che non è un processo lineare e considerando, quindi, la dimensione del fallimento non in termini negativi, ma come possibilità di sperimentare ed acquisire maggiore consapevolezza di sé e delle modalità con cui ci si rapporta alle cose; questo è possibile perché questo strumento permette di ampliare la visione della situazione di ogni utente evidenziando dei cambiamenti significativi anche quando le scale di valutazione registrano una "regressione" oppure una "staticità".

Si evince come l'utilizzo di questo strumento sia necessario ma non sufficiente al fine di esortare e "risvegliare" la *recovery* e l'*empowerment* negli utenti; risulta essere di fondamentale importanza costituire un ambiente favorevole che, quindi, risulti *recovery-oriented*.

Poiché la *Mental Health Recovery Star™* risulta rivestire, ad oggi, un ruolo di primaria importanza nel mettere l'utente "al centro" del proprio percorso riabilitativo, dovrebbe esserne implementato ed organizzato l'utilizzo all'interno delle strutture della salute mentale affiancandolo, in maniera parallela e simultanea, agli strumenti di valutazione clinica e

funzionale. Questa modalità di utilizzo si configura come una possibilità concreta di sviluppare un'autoriflessione guidata permettendo, all'utente, di contrastare la sensazione di perdita di potere decisionale sulla propria vita e della propria identità che caratterizzano la percezione della diagnosi di malattia come evento catastrofico, ovvero, a cui non potrà seguire nessuna speranza di cambiamento.

Pertanto, affinché le strutture riabilitative siano *recovery-oriented*, risulta essere necessaria non solo l'aggiornamento continuo e il bilanciamento tra interventi *EBM* ed espressivi/socio-culturali, ma anche e soprattutto risulta essere imprescindibile l'atteggiamento degli operatori che, attraverso l'assimilazione di queste due dimensioni, devono essere successivamente in grado di trasmetterle agli utenti, fungendo da guida e catalizzatori del processo di *recovery* e di *empowerment*.

Di conseguenza, affinché si creino questi presupposti, appare chiaro che al percorso di studi deve affiancarsi l'insegnamento di un modo di fare che abbracci in toto le due dimensioni, oltre che l'attitudine intrinseca di porsi in una condizione di cambiamento e crescita perpetua, riuscendo a cogliere insegnamenti anche nelle situazioni più improbabili, in modo tale reinventarsi continuamente pur mantenendo costante il proprio equilibrio interiore.

*È una follia odiare tutte le rose solo perché una spina ti ha punto,  
abbandonare tutti i sogni perché uno di loro non si è realizzato,  
rinunciare a tutti i tentativi perché uno è fallito.  
È una follia condannare tutte le amicizie perché una ti ha tradito,  
non credere in nessun amore solo perché uno di loro è stato infedele,  
buttare via tutte le possibilità di essere felici solo perché qualcosa  
non è andato per il verso giusto.  
Ci sarà sempre un'altra opportunità, un'altra amicizia, un altro amore,  
una nuova forza.  
Per ogni fine c'è un nuovo inizio*

*- Antoine de Saint Exupéry -*

## RINGRAZIAMENTI

Penso che questo spazio riservato ai ringraziamenti non abbia molto senso poiché, scrivendo e stampando qui le motivazioni per cui sono grata alle persone che sono state di fondamentale importanza per me durante questi tre anni e, soprattutto, durante quest'ultimo anno, a tutte queste persone non rimarrà che uno sfumato ricordo oppure una foto fatta al momento di questi ringraziamenti.

Di conseguenza, ho dedicato uno spazio differente ringraziando a modo mio e in modo tale che le mie parole di gratitudine rimangano per sempre a queste persone.

Quindi utilizzerò questo spazio, sempre a modo mio, per ringraziare l'unica persona che non ho ancora ringraziato, ovvero, me stessa soprattutto perché ho racchiuso, in questo elaborato, tutti gli insegnamenti che mi sono stati dati in modo tale che questa tesi diventi per me, e per il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica che sarò, una vera e propria bussola da consultare nei momenti bui ricordandomi quello che è l'argomento centrale, poiché in questa tesi non ho parlato né di diagnosi né di sintomi, ma di persone.



## BIBLIOGRAFIA

- Aarts H., Dijksterhuis A., & Midden C., (1999) To plan or not to plan? Goal achievement or interrupting the performance of mundane behaviours. *European Journal of Social Psychology*, vol. 29 no. 8, pp. 971–979.
- Anderson J. R., (1980) *Cognitive psychology and its implications*, New York: Freeman.
- Andresen R., Oades L., Caputi P., (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 37, no. 5, pp. 586–594.
- Anthony W. A., & Farkas M. D., (2016) *Guida essenziale alla pratica di riabilitazione psichiatrica. Indicazioni, prassi e trattamenti*. Milano: Franco Angeli Editore.
- Anthony W. A., & Liberman R. P., (1986) The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 12, no. 4, pp. 542-559.
- Anthony W. A., (1993) Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 16, no. 4, pp. 11-23
- Badre D., & Wagner A. D., (2006) Computational and neurobiological mechanisms underlying cognitive flexibility, *Proc Natl Acad Sci U S A*, vol. 13, no. 18, pp. 7186-7191.
- Bandura A., (1978) The Self System in Reciprocal Determinism, *American Psychologist*, vol. 33, no. 4, pp. 344-358.
- Bandura A., (2000) *Autoefficacia. Teoria ed applicazioni*. Trento: Erikson S.p.A.
- Benvenuto S., (2005) Franco Basaglia e il movimento psichiatrico anti-istituzionale, *Psichiatria e cultura. Psichiatria e Psicoterapia*, vol. 24, no. 3, pp. 186-196.
- Biondi M., (2017) *Compendio di Psichiatria e Salute Mentale*. Roma: Alpes Italia srl.
- Bird V., Leamy M., Le Boutillier C., Williams J., & Slade M., (2011) *Promuovere la recovery nei servizi di salute mentale di comunità*. Edizione italiana a cura di: Starace F., & Mazzi F., Modena: AUSL Modena.

- Bowlby J., (1988) *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books.
- Broadbent D., (1958) *Perception and communication*, London: Pergamon Press.
- Bucay J., (2014) *Lascia che ti racconti – storie per imparare a vivere*, Roma: BUR Rizzoli.
- Burns S., & MacKeith J., (2011) *Mental health recovery star: users guide*. Brighton: Triangle Consulting.
- Carver C. S., (1998) Resilience and Thriving: Issues, Models, and Linkages, *Journal of Social Issues*, vol. 54, no. 2, pp. 245-266.
- Chamberlin J., (1990) The Ex-Patients' Movement: Where We've Been and Where We're Going, *The Journal of Mind and Behavior*, vol. 11, no. 3/4, pp. 323-336
- Cherry E. C., (1953) Some experiments on the recognition of speech, with one and with two ears, *Journal of Acoustical Society of America*, vol. 25, no. 5, pp. 975-979.
- Ciompi L., (1988) *The psyche and schizophrenia. The bond between affect and logic*. Cambridge: Harvard University Press.
- Clark M., (2015) Co-production in mental health care, *Mental Health Review Journal*, vol. 20, no. 4, pp. 213-219.
- Coleman R., (2005) *Guarire dal male mentale*. Roma: Manifestolibri
- Cristofori I., Cohen-Zimmerman S., & Grafman J. H., (2019) *Executive functions*. In: *Handbook of Clinical Neurology*, D'Esposito M., & Grafman J. H., Amsterdam: Elsevier, vol. 163, pp. 197-219
- Davidson L., & Roe D., (2007) Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery, *Journal of Mental Health*, vol. 16, no. 4, pp. 459-470.
- De Beni R., & Moè A., (2000) *Motivazione e apprendimento*. Bologna: Il Mulino.
- Decreto del Presidente della Repubblica del 1° novembre 1999, approvazione del Progetto Obiettivo “*Tutela della Salute Mentale 1998-2000*”, Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22 novembre 1999.
- Decreto del Presidente della Repubblica del 10 marzo 1982 n. 162 “*Riordinamento delle Scuole Dirette a Fini Speciali, delle Scuole di Specializzazione e dei Corsi di Perfezionamento*”, Gazzetta Ufficiale n. 105 del 17 aprile 1982.

- Decreto del Presidente della Repubblica del 7 aprile 1994, approvazione del Progetto Obiettivo “*Tutela della Salute Mentale 1994-1996*”, Gazzetta Ufficiale n. 93 del 22 aprile 1994.
- Decreto legislativo del 30 dicembre 1992 n. 502 “*Riordino della disciplina in materia sanitaria*”, Gazzetta Ufficiale n. 305 del 30 dicembre 1992.
- Decreto legislativo del 7 dicembre 1993 n. 517 “*Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”, Gazzetta Ufficiale n. 293 del 15 dicembre 1993.
- Decreto Ministeriale del 29 marzo 2001 n. 182 “*Regolamento concernente l’individuazione della Figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica*”, Gazzetta Ufficiale n. 115 del 19 maggio 2001.
- Deegan P.E., (1988) Recovery: The lived experience of rehabilitation, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, vol. 11, no. 4, pp. 11-19.
- Diamond A., (2013) Executive functions, *Annual Review of Psychology*, vol. 64, no. 1, pp. 135-168.
- Doran G. T., (1981) There’s a S.M.A.R.T. Way to Write Managements’ Goals and Objectives, *Management Review*, vol. 70, no. 11, pp. 35-36.
- Endler N. S., & Parker J. D., (1990) Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 58, no. 5, pp. 844–854.
- Engel G. L., (1977) The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, *Science New Series*, vol. 196, no. 4286, pp. 129-136.
- Falloon I., (1993) *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria*, Trento: Erikson.
- Famulari R., & Quattropiani M. C., (2015) *Metacognizione, neuropsicologia e riabilitazione psichiatrica. Un metodo per il trattamento di gruppo della schizofrenia*, Torino: Accademia University press
- Famulari R., & Ruggeri A., (2013) *Il ruolo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica nel Sistema Sanitario Nazionale*. In: *Dalla Follia alla cittadinanza – esperienze riabilitative in Sicilia* (a cura di) Seminara & Testa F, Roma: Edizioni Bonanno Acireale.



- Famulari R., Fierro L., Parigi D., Rovito E., & Ussorio D., (2019) *Il Core Competence del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica*, Roma: Alpes Italia srl.
- Foucault M., (1980) *Storia della follia nell'Età Classica*. In appendice i saggi: *La follia, l'assenza di opera e Il mio corpo, Questo foglio, Questo fuoco*. Milano: BUR Rizzoli.
- Gillon R., (1994) Medical ethics: four principles plus attention to scope, *BMJ*, vol. 309, no. 8, pp. 184-188.
- Gingeric S., & Mueser K. T., (2019) *Training per le abilità di coping. Una guida pratica*, Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l.
- Grafman J., (1989) *Plans, actions and mental sets: Managerial knowledge units in the frontal lobes*. In: *Integrating theory and practice in clinical neuropsychology*, Percecman E., Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 93-138.
- Gross J. J., (2002) Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences, *Psychophysiology*, vol. 39, no. 3, pp. 281-291.
- Ianni P., (2018) *Cenni storici: dalla legge Giolitti alla legge Basaglia. Intervento al convegno "40 anni dopo: riflessioni sulla legge 13 maggio 1978, n. 180"* Nomos. Le attualità del diritto. Quadrimestrale di teoria generale, diritto pubblico comparato e storia costituzionale.
- Kirkorian R., Bartok J., & Gay N., (1994) Tower of London procedure: A standard method and developmental data, *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, vol. 16, no. 6, pp. 840-850.
- Krasny-Pacini A., Chevignard M., & Evans J., (2014) Goal Management Training for rehabilitation of executive functions: A systematic review of effectiveness in patients with acquired brain injury, *Disability and Rehabilitation*, vol. 36, no. 2, pp. 105-116.
- Lasalvia A., (2022) *Lo stigma dei disturbi mentali. Guida agli interventi basati sulle evidenze*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Lazarus R., & Folkman S., (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Leamy M., Bird V., Le Boutillier C., Williams J., Slade M., (2011) Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis, *The British Journal of Psychiatry*, vol. 199, no. 6, pp. 445-452.

- Leete E., (1989) How I perceive and manage my illness, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 15, no. 2, pp. 197-200.
- Legge 13 maggio 1978 n. 180 “*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*”, Gazzetta Ufficiale 16 maggio 1978 n. 133.
- Legge 14 febbraio 1904 n. 36 “*Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*”, Gazzetta Ufficiale n. 43 del 22 febbraio 1904.
- Legge 18 marzo 1968 n. 431 “*Provvidenze per l’assistenza psichiatrica*”, Gazzetta Ufficiale n. 101 del 20 aprile 1968.
- Legge 23 dicembre 1978 n. 833 “*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*”, Gazzetta Ufficiale n. 360 del 28 dicembre 1978.
- Liberman R. P., (2012) *Il recovery dalla disabilità – manuale di riabilitazione psichiatrica* (edizione italiana a cura di) Svetтини A., Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l.
- Lovejoy M., (1982) Expectations and the recovery process, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 9, no. 4, pp. 604-609.
- Lucchi F., (2017) *Coproduzione e recovery. Un progetto presso i Servizi di salute mentale della provincia di Brescia*. Trento: Erikson.
- Lugg W., (2022) The biopsychosocial model – history, controversy and Engel, *Australasian Psychiatry*, vol. 30, no. 1, pp. 55-59.
- Lysaker P. H., Dimaggio G., Carcione A., Procacci M., Buck K. D., Davis L. W., & Nicolò G., (2010) Metacognition and schizophrenia: the capacity for self-reflectivity as a predictor for prospective assessments of work performance over six months, *Schizophrenia Research*, vol. 122, Issues 1-3, pp. 124-130.
- Maier S.F., & Seligman M.E., (2016) “Learned helplessness at fifty: Insights from neuroscience. *Psychological Review*, vol. 123, no. 4, pp. 349-67.
- Malaguti E., & Cyrulnik B., (2005) *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*, Trento: Erikson.
- Maone A., & D’Avanzo B., (2015) *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Millenson M.L., Shapiro E., Greenhouse P.K., & Di Gioia A.M. III., (2016) Patient- and Family-Centered Care: A Systematic Approach to Better Ethics and Care, *AMA J Ethics*, vol. 18, no. 1, pp. 49-55.

- Miller W. R., & Rollnick S., (2014) *Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare*. Trento: Erikson.
- Morsini P., Magliano L., & Brambilla L., (1998) *VADO. Manuale per la riabilitazione in psichiatria*. Trento: Erikson.
- Nicolò G., Pompili E., & Alocci G., (2012) *Manuale di psichiatria territoriale*, Pisa: Pacini Editore S.p.A.
- Norton M. J., (2021) Co-Production within Child and Adolescent Mental Health: A Systematic Review, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 18, no. 22, pp. 1-22.
- Nuechterlein K. H., & Dawson M. E., (1984) A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes, *Schizophrenia Bulletin*, vol. 10, no. 2, pp. 300-312.
- Ogbeiwi O., (2017) Why written objectives need to be really SMART, *British Journal of Healthcare Management*, vol. 23, no. 7, pp. 324–336.
- Ongaro Basaglia F., & Giannichedda M. D., (2000) *Franco Basaglia. Conferenze Brasiliane*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Organizzazione Mondiale della Sanità, (2002) *ICF – Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Trento: Erikson.
- Perris C., (1996) *Terapia cognitiva con i pazienti schizofrenici*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Placentino A., & Lucchi F., (2019) La Recovery Star per la salute mentale. Dalla Lombardia gli esiti della sperimentazione italiana sullo strumento nato nel Regno Unito, *Lavoro Sociale. La rivista per le professioni sociali*, vol. 19, no. 1, pp 21-27.
- Placentino A., Lucchi F., Scarsato G., Fazzari G., & Gruppo Rex.it, (2017) La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana, *Rivista di Psichiatria*, vol. 52, no. 6, pp. 247-254.
- Prochaska J. O., DiClemente C. C., & Norcross J. C., (1992) In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors, *American Psychologist*, vol. 47, no. 9, pp. 1102-1114.
- Prochaska J. O., DiClemente C. C., & Norcross J. C., (2013) Applying the stages of change, *Psychotherapy in Australia*, vol. 19, no. 2, pp. 10-15.
- Ronchetti P., (2017) *Diritto ed economia politica*, Terza edizione. Bologna: Zanichelli editore S.p.A.

- Roncone R., Ussorio D., Salza., & Casacchia M., (2016) Psychiatric Rehabilitation in Italy: Cinderella No More—The Contribution of Psychiatric Rehabilitation Technicians. *International Journal of Mental Health*, vol. 45, no. 1, pp. 24-31.
- Rossi A., Amore M., Carpiniello B., Fagiolini A., Maina B., & Vita A., (2019) *Manuale di Psichiatria*. Milano: Edra S.p.A.
- Sasso L., Bagnasco A., Rocco G., & Zappini L., (2014) *Profilo delle competenze delle professioni sanitarie*, Milano: McGraw-Hill.
- Selye H., (1936) A syndrome produced by diverse nocuous agents, *Nature*, vol. 138, pp. 30-32.
- Selye H., (1955) *La sindrome di adattamento*, Milano: Istituto sieroterapico milanese S. Belfanti.
- Semerari A., Carcione A., Dimaggio G., Falcone M., Nicolò G., Procacci M., & Alleva G., (2003) How to Evaluate Metacognitive Functioning in Psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its Applications, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 10, no. 4, pp. 238-261.
- Shallice T., (1982) Specific impairments of planning, *Biological Sciences*, vol. 298, no. 1089, pp. 199–209.
- Shallice T., (1994) *Multiple levels of control processes*. In: *Attention and performance 15: Conscious and nonconscious information processing*, Umilta C., & Moscovitch M., Cambridge: MIT Press.
- Slade M., (2011) *Personal recovery. Teoria e pratica della guarigione personale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Slay J., & Stephens L., (2013) *Co-production in mental health: A literature review*. London: New Economics Foundation.
- Sorel O., & Pennequin V. (2007) Aging of the Planning process: The role of executive functioning, *Brain and Cognition*, vol. 66, no. 2008, pp. 196–201.
- South London and Maudsley NHS Foundation Trust (2010). *Social Inclusion and Recovery (SIR) Strategy 2010-2015*, London: SLAM.
- Straticò E., (2009) *L'empowerment e i servizi di salute mentale. Manuale per gli operatori*. Roma: CIC Edizioni Internazionali.
- Strauss J. S., & Carpenter W. T., (1981) *Schizophrenia*, New York: Plenum.
- Stuss D., & Benson F., (1986) *The frontal lobes*, New York: Raven Press.

- Tansella M., (1986) Community psychiatry without mental hospitals – the Italian experience: a review, *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 79, pp. 664-669.
- Thirioux B., Harika-Germaneau G., Langbour N., & Jaafari N., (2020) The Relation between Empathy and Insight in Psychiatric Disorders: Phenomenological, Etiological and Neuro-functional Mechanisms, *Frontiers in Psychiatry*, vol. 10, no. 966, pp. 1-18.
- Van der Eijk P., (2012) *Greek Medicine from Hippocrates to Galen: Selected Papers*. Boston: Brill.
- Veltro F., Venditelli N., Pontarelli I., Pica A., & Nicchiniello I., (2017) *Manuale per l'intervento psicoeducativo di Gruppo per il Raggiungimento di Obiettivi (INTE.G.R.O.)*, Roma: Alpes Italia srl.
- Vita A., (2013) *La riabilitazione cognitiva della schizofrenia. Principi, metodi e prove di efficacia*, Milano: Springer-Verlag Italia S.r.l.
- Vita A., Dell'Osso L., & Mucci A., (2018) *Manuale di Clinica e Riabilitazione Psichiatrica Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale Volume 1: Psichiatria Clinica*. Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l.
- Vita A., Dell'Osso L., & Mucci A., (2019) *Manuale di Clinica e Riabilitazione Psichiatrica Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale Volume 2: Riabilitazione psichiatrica*. Roma: Giovanni Fioriti Editore s.r.l.
- Wade D. T., & Halligan P. W., (2017) The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come, *Clinical Rehabilitation*, vol. 31, no. 8, pp. 995–1004.
- Zubin J., & Spring B., (1977) Vulnerability - A New View of Schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 86, no. 2, pp. 103-126.
- Elzubeir K., & Dye S., (2017) Can amount and duration of seclusion be reduced in psychiatric intensive care units by agreeing SMART goals with patients?, *Journal of Psychiatric Intensive Care*, vol. 13, no. 2, pp. 109-116.

## SITOGRAFIA

- Boggian I., Lamonaca D., Ghisi M., Bottesi G., Svetini A., Basso L., Bernardelli K., Merlin S., Liberman R. P., & S.I.R. 2 group, (2020) “The Italian Study on Recovery 2” Phase 1: Psychometric Properties of the Recovery Assessment Scale (RAS), Italian Validation of the Recovery Assessment Scale, *Frontiers in Psychiatry*, vol. 10, no. 1000, pp. 1-10, visitato il 2 novembre (2023)  
<<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2019.01000/full>>
- Canali S., (2014) *Psicofarmacologia, psicofarmaci e tossicodipendenze* in Enciclopedia Treccani, visitato il 3 settembre (2023).  
<[https://www.treccani.it/enciclopedia/psicofarmaci-e-tossicodipendenze\\_psicofarmacologia\\_%28Storia-della-civilt%C3%A0-europea-a-cura-di-Umberto-Eco%29/>](https://www.treccani.it/enciclopedia/psicofarmaci-e-tossicodipendenze_psicofarmacologia_%28Storia-della-civilt%C3%A0-europea-a-cura-di-Umberto-Eco%29/>)>
- Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea, (18 dicembre 2000) proclamazione solenne, Gazzetta ufficiale delle Comunità europee C 364/01, visitato il 7 ottobre (2023). <[https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_it.pdf](https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf)>
- CoLab Torre Cimabue – La salute mentale riguarda tutti, visitato il 2 ottobre (2023)  
<<https://www.colab-brescia.it/>>
- Costituzione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (7 aprile 1948), visitato il 10 settembre (2023) <<https://apps.who.int/gb/gov/assets/constitution-en.pdf>>
- Costituzione italiana (1° gennaio 1948), testo vigente aggiornato alla legge costituzionale 11 febbraio 2022, n. 1. Senato della Repubblica, visitato il 10 settembre (2023) <<https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione>>
- Esposito S., (2017) *Motivazione e Cambiamento: il lavoro col Modello Trans-Teorico di Prochaska e DiClemente*, State of Mind. Il Giornale Delle Scienze Psicologiche, visitato il 19 ottobre (2023) <<https://www.stateofmind.it/>>
- Il Chiaro del Bosco O.N.L.U.S. progetto Mental Health Recovery Star, visitato il 16 ottobre (2023) <<https://ilchiarodelbosco.org/progetto-recovery-star/>>
- Implementing Recovery through Organisational Change, visitato il 2 ottobre (2023)  
<<https://imroc.org/>>
- Insight. A series of evidence summaries, McMillan G., (2019) Participation: its impact on services and the people who use them, visitato il 18 ottobre (2023)

- <<https://www.iriss.org.uk/resources/insights/participation-its-impact-services-and-people-who-use-them>>
- Morelli E., & Poli E., (2020) *Empatia nelle professioni sanitarie: Punto di forza rischioso?*, State of Mind. Il Giornale Delle Scienze Psicologiche, visitato il 26 settembre (2023) <<https://www.stateofmind.it/>>
  - Murphy E., (2003) *Storia della scienza. L'Ottocento: Scienze mediche. Psichiatria e istituzioni* in Enciclopedia Treccani, visitato il 31 agosto (2023). <[https://www.treccani.it/enciclopedia/1-ottocento-scienze-mediche-psichiatria-e-istituzioni\\_\(Storia-della-Scienza\)/>](https://www.treccani.it/enciclopedia/1-ottocento-scienze-mediche-psichiatria-e-istituzioni_(Storia-della-Scienza)/>)
  - Programma Erasmus + dell'Unione Europea, (2021) EMPOWER.Ment. Empowering people with Severe Mental Health Difficulties through inclusion in every step of the training and therapeutic path, visitato il 16 ottobre (2023) <<https://empower-ment.eu/>>
  - Straticò E., Mirabella F., Degli Espositi M., & Morosini P., (2007) Psychometric properties of the SESM, Italian version of the "Consumer constructed scale to measure empowerment among users of mental health services" (Rogers et al., 1997), *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, vol. 16, no. 3, pp. 256-264, moduli A & B, visitato il 2 novembre (2023) <<http://www.riabilitazionepsicosociale.it/wordpress/wp-content/uploads/2016/04/SESM-empowerment.pdf>>
  - Tanzi E, Lugaro E., & La Torre M., (1929) *Alienazione mentale* in Enciclopedia Treccani, visitato il 2 settembre (2023) <[https://www.treccani.it/enciclopedia/alienazione-mentale\\_\(Enciclopedia-Italiana\)/>](https://www.treccani.it/enciclopedia/alienazione-mentale_(Enciclopedia-Italiana)/>)
  - Triangle Consulting Social Enterprise Limited: the social enterprise behind the Outcomes Star™, visitato il 16 ottobre (2023) <<https://www.outcomesstar.org.uk/using-the-star/see-the-stars/recovery-star-4/>>
  - United States Psychiatric Rehabilitation Association (USPRA), (2007) Position Paper on Involuntary Outpatient Commitment <[www.uspra.org](http://www.uspra.org)>
  - Vandavelde S., (1999) *Maxwell Jones and his work in the therapeutic community* in ResearchGate, visitato il 6 settembre (2023) <<https://www.researchgate.net/>>

- World Health Organization (2013) *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*, visitato il 2 ottobre (2023)  
<<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>>
- World Health Organization, (2001) *The World health report 2001 - Mental health: new understanding, new hope*, World Health Organization, visitato il 1° ottobre (2023) <<https://iris.who.int/handle/10665/42390>>
- Zavoli S., (1968) *I giardini di Abele*, servizio giornalistico per Tv7 in RaiPlay, visitato l'8 settembre (2023) <<https://www.raiplay.it>>

## ALLEGATI

**Allegato 1:** Questionario a risposta aperta

### QUESTIONARIO

---

Nome:

Data:

1. Conosci il concetto di *recovery*?

---

---

---

2. Gli operatori che hai incontrato te ne hanno mai parlato

---

---

---



3. Cos'è per te il cambiamento?

---

---

---

4. Ci sono stati dei cambiamenti che consideri importanti nella tua vita?

---

---

---

5. Come ti sei sentito/a a riguardo?

---

---

---

6. Cos'è per te la consapevolezza?

---

---

---

7. Conosci la *Mental Health Recovery Star*?

---

---

---

**QUANDO SI PARLA DI LEI**  
**- MIMMO MARZANO -**

*La paura ci mette davanti dei freni  
non sappiamo cosa fare  
ma la voglia di capire è tanta  
sebbene il problema non sempre  
è facile da risolvere  
anche se dobbiamo ammettere che i muri  
si possono abbattere con la pazienza  
di non fuggire affrontando le diversità  
che nascono con questo male  
che è l'incapacità di affrontare la realtà.*

*Quando si parla di lei  
ci vengono in mente mille dubbi  
però un po' per volta le risposte si ottengono  
e la forza di prendere nuove strade arriva  
quindi non ci si deve mai arrendere  
innanzi agli ostacoli e le bugie della gente  
cieca davanti alla realtà  
giacché si dice anche che niente è per sempre.*

*Siamo nudi al freddo quando le calunnie  
ci costruiscono delle catene  
che non si possono spezzare  
neppure con tutta la forza che si può possedere  
però dobbiamo andare avanti  
verso nuovi percorsi che non sempre  
hanno ostacoli duri da superare  
visto che non si finisce mai di rinascere  
e la lotta al superamento delle incertezze  
non deve mai concludersi.*

*Nel momento in cui siamo circondati  
dagli sbagli che l'ignoranza  
ci fa vedere, si deve cambiare pagina  
e voltare lo sguardo in altre direzioni  
poiché solo così  
si ottengono i migliori risultati  
e qualcosa di significativo può cambiare  
perché dai piccoli passi si ottengono grandi vittorie.*

*In quello che osserviamo riscontriamo la verità  
visto che non fingiamo di non accorgerci  
che il domani dalla guarigione  
non è molto lontano rispetto a quanto  
immaginiamo o vogliamo ipotizzare  
perciò rimaniamo svegli e diamoci coraggio  
giacché la cura non è un sogno così lontano  
da quello che vogliamo credere  
e si può centrare il bersaglio con le frecce  
delle medicine della nostra vita*

