

ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITA' DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELL'EDUCAZIONE

“Giovanni Maria Bertin”

Corso di studio in Educatore Sociale e Culturale

TITOLO DELLA PROVA FINALE

Il paradigma della Recovery in salute mentale

Prova finale in: Laboratorio di formazione professionale dell'educatore sociale e culturale

Relatore

Prof. Manuela Gallerani

Presentata da

Sara Pulimanti

Sessione: III

Anno accademico: 2024/2025

Indice

Introduzione	1
1 Origini e fondamenti del paradigma della Recovery	4
1.1 Lo sviluppo del concetto di recovery: cenni storici e riferimenti normativi	5
1.2 Le componenti centrali del processo di Recovery	15
2 L'impatto della Recovery sui servizi di salute mentale: per pratiche Recovery-Oriented	31
2.1 Recovery e Coproduzione	37
2.2 Esperti "per esperienza" e Recovery	42
2.3 I Recovery Colleges	45
3 Il ruolo dell'operatore nei percorsi di Recovery	57
3.1 Le competenze Recovery-Oriented per gli operatori della salute mentale	59
3.2 La Mental Health Recovery Star™	67
Conclusioni	82
Bibliografia	85

Introduzione

Il tema della recovery in salute mentale rappresenta oggi uno degli snodi teorici e operativi più rilevanti nel dibattito sui servizi di psichiatria di comunità. Pur essendo sempre più frequentemente richiamato nei documenti di indirizzo, nei programmi di riforma e nel linguaggio professionale, il concetto di recovery mantiene una natura complessa e stratificata, che rende necessaria un'analisi critica e approfondita dei suoi significati, delle sue origini e delle sue implicazioni pratiche. In particolare, la recovery interroga in modo diretto il modo in cui vengono concepite la cura, la guarigione e il ruolo stesso delle persone che fanno esperienza di sofferenza mentale, mettendo in discussione modelli tradizionali centrati prevalentemente sulla dimensione clinica e sulla riduzione del sintomo.

Il mio interesse per questo tema nasce anche da un percorso di formazione e di riflessione professionale. Da cinque anni, infatti, lavoro all'interno di un gruppo appartamento supportato per persone in carico ai Centri di Salute Mentale e, in tale contesto, il servizio sta introducendo lo strumento della Mental Health Recovery Star™ come supporto ai percorsi orientati alla recovery. Proprio in funzione di questa sperimentazione, ho avuto l'occasione di partecipare a un corso di formazione regionale per l'utilizzo della Recovery Star, svoltosi il 20 e 21 gennaio 2025 presso la Casa dei Donatori di Sangue a Bologna e promosso dall'associazione Il Chiaro del Bosco ETS. Le due giornate di formazione hanno rappresentato un momento particolarmente stimolante di riflessione. In particolare, il corso ha sollecitato interrogativi rilevanti attorno al tema della speranza come elemento fondante dei percorsi di cura e al concetto di guarigione, che nella prospettiva della recovery assume un significato radicalmente diverso rispetto alle accezioni tradizionali.

È stato proprio il confronto con questi temi, la speranza da trasmettere e da sostenere nei percorsi delle persone, il valore dell'esperienza soggettiva, la possibilità di "guarire" pur in presenza della malattia, a suscitare il desiderio di approfondire il paradigma della recovery non solo come insieme di pratiche operative, ma come cornice teorica e culturale capace di orientare in modo diverso lo sguardo professionale. Al termine del percorso formativo, è emersa infatti la necessità di comprendere più a fondo le radici storiche e concettuali della recovery, le sue declinazioni principali e le trasformazioni che essa implica nel modo di intendere la relazione di cura.

Il presente elaborato si propone dunque di esplorare il paradigma della recovery in salute mentale, ricostruendone lo sviluppo storico e teorico e analizzandone le componenti fondamentali, con particolare attenzione alla distinzione tra recovery clinica e recovery personale. Attraverso un'analisi della letteratura scientifica e dei principali contributi teorici, il lavoro intende mettere in luce come la recovery si configuri non tanto come un esito standardizzabile, quanto come un processo soggettivo, dinamico e profondamente legato ai contesti relazionali e sociali in cui la persona è inserita.

Il lavoro è articolato in tre capitoli, che accompagnano il lettore in un percorso progressivo di comprensione del paradigma della recovery, dalle sue origini teoriche fino alle implicazioni operative per i servizi e per il ruolo dell'operatore della salute mentale.

Il primo capitolo ha una funzione storico-teorica e ricostruttiva. Attraverso l'analisi delle principali tappe di sviluppo del concetto di recovery in ambito psichiatrico, il capitolo mostra come tale paradigma emerga dall'intreccio tra ricerche sugli esiti dei disturbi mentali gravi, contributi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, movimenti degli utenti e progressiva messa in discussione del modello medico-centrico della cronicità. In questo percorso vengono messe in luce le due principali accezioni del concetto di recovery, clinica e personale e, soprattutto, si evidenzia come le componenti centrali dei percorsi di recovery non siano elementi astratti o normativi, ma si configurino come risposte storiche e teoriche a ciò che la clinica tradizionale non riusciva a comprendere né a misurare. Il capitolo intende dunque mostrare come la recovery si affermi progressivamente come un cambiamento di paradigma, prima ancora che come un insieme di pratiche.

Il secondo capitolo approfondisce le ricadute di questo cambiamento di paradigma sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi di salute mentale. A partire dai presupposti teorici delineati nel primo capitolo, vengono analizzati i concetti di recovery-oriented practice e di coproduzione, con particolare attenzione al riconoscimento del sapere esperienziale e al ruolo degli esperti per esperienza. In questa parte del lavoro si mette in evidenza come l'adozione del paradigma della recovery comporti una trasformazione delle relazioni di potere, dei linguaggi e dei processi decisionali all'interno dei servizi. In tale cornice vengono presentate alcune

esperienze significative, tra cui i Recovery Colleges intesi come dispositivi capaci di tradurre operativamente i principi della recovery in contesti comunitari, ma anche come luoghi in cui emergono tensioni e criticità legate al rischio di una applicazione meramente retorica della coproduzione.

Il terzo capitolo si concentra infine sul ruolo dell'operatore della salute mentale, esplorando le competenze richieste da un approccio recovery-oriented, in particolare la capacità di lavorare sulla speranza, di riconoscere e valorizzare la soggettività della persona, di sostenere l'autodeterminazione e di costruire relazioni basate su partnership e reciprocità. All'interno di questa riflessione viene presentato lo strumento della Mental Health Recovery Star™, analizzato nei suoi presupposti teorici e nel suo utilizzo come supporto ai percorsi di recovery. Lo strumento viene letto non come semplice dispositivo valutativo, ma come occasione per interrogare il posizionamento professionale dell'operatore e il significato dell'intervento educativo.

1 Origini e fondamenti del paradigma della Recovery

Recovery ha nella lingua inglese un significato che può essere reso in italiano con il termine “guarigione”. Tuttavia, il termine inglese ha una maggiore ampiezza semantica, che si estende ad altre differenti accezioni e con un’enfasi sul processo piuttosto che sull’esito: in medicina, oltre che guarire, “to recover” può significare riprendersi, ristabilirsi, recuperare. Negli ultimi vent’anni il concetto è stato oggetto di un ulteriore ampliamento semantico finendo per indicare qualcosa di natura significativamente diversa della mera guarigione clinica¹. Nell’ambito psichiatrico occidentale coesistono attualmente due diverse accezioni del concetto di recovery². Bellack osserva come:

“the scientific and consumer literatures have very different conceptualizations of what the term recovery encompasses”³

La prima, storicamente radicata nella tradizione medica, concepisce la recovery come una condizione clinica valutabile attraverso criteri operazionalmente definiti. Come afferma Bellack:

“in the scientific literature recovery is generally considered from the perspective of the definition of the disease and involves the elimination or reduction of symptoms and return to premorbid levels of function”⁴

Coerentemente, Lieberman e colleghi precisano che nel paradigma neuroscientifico:

“recovery connotes the complete absence of disease or a cure”⁵

In questo senso la recovery coincide con un esito misurabile ed è associata alla riduzione o remissione dei sintomi, al recupero del funzionamento personale e sociale e alla stabilità nel tempo di tali miglioramenti.⁶

Accanto a questa definizione si è progressivamente affermata una seconda accezione del concetto di recovery, più recente, che pone al centro la soggettività della persona e la sua esperienza vissuta della malattia mentale. Questa visione trova una

¹ Maone A., D’Avanzo B. (a cura di), *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2015, p. 3.

² Bellack A.S., *Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts and implications*, in *Schizophrenia Bulletin*, Vol.32, n.3, p. 432.

³ *ivi*, p. 433.

⁴ *ibidem*

⁵ Lieberman J.A., et al., *Science and recovery in schizophrenia*, in *International Review of Psychiatry*, 2008, Vol.59, n.5, p. 488.

⁶ *ivi*, pp. 487-496.

formulazione nella definizione ormai classica proposta da Anthony secondo cui la recovery è:

“as a deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one’s life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness”⁷

Più che riferirsi all’esito clinico, quindi, essa riflette un processo autenticamente personale, avviato a un certo punto del decorso e caratterizzato da un impegno attivo del paziente nel tentativo di ripristinare un certo grado di controllo sulla propria vita e di recuperare potenzialità e aspettative di realizzazione di sé che la malattia, la disabilità e lo stigma sociale avevano compromesso in modo apparentemente irreversibile. Essere in recovery in questo senso non implica primariamente una riduzione dei sintomi o dei deficit, né il ritorno a un preesistente stato di salute. Richiede piuttosto che il disturbo mentale venga considerato come solo uno degli aspetti della persona nella sua totalità⁸. Questa diversa visione ha ottenuto, nel giro di un ventennio, anche fuori dai paesi anglofoni in cui ha preso avvio, una notevole espansione e un diffuso consenso permettendo un cambiamento della visione innanzitutto del concetto di guarigione, del ruolo dei pazienti nei propri percorsi di vita e di quello dei servizi e dell’intera comunità⁹. Nelle prossime pagine verrà presentato lo sviluppo del concetto di recovery nel tempo, con il contributo di movimenti politico-sociali di rivendicazione e di riconoscimenti anche a livello di letteratura scientifica e legislativa.

1.1 Lo sviluppo del concetto di Recovery: cenni storici e riferimenti normativi

La maggior parte della letteratura sulla recovery proviene dagli USA. Una delle fonti principali riguarda il Movimento degli ex utenti psichiatrici, basato sullo sviluppo e la rivendicazione dei Diritti umani e dell’autodeterminazione, che si diffonde grazie ai first-person accounts, testimonianze scritte che raccontano le esperienze dei pazienti con il disturbo, rappresentando anche una prova concreta della loro resilienza, che

⁷ Anthony W.A., *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s*, in *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, vol.16, n.4, p. 527.

⁸ Maone A., D’Avanzo B. (a cura di), *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2015, p. 4.

⁹ ibidem

consente di riprendersi, crescere e trasformarsi dopo l'insorgenza della disabilità.¹⁰ La maggior parte di essi assume una posizione radicale di stampo antipsichiatrico, contraria al modello medico. Di conseguenza, si oppongono al trattamento forzato e all'impegno involontario, collocando la malattia mentale nelle condizioni sociali oppressive. L'obiettivo principale di questi gruppi è denunciare le condizioni di vita disumane all'interno delle strutture psichiatriche: i resoconti pubblicati hanno come tema l'indignazione per l'ingiustizia di lunghe ospedalizzazioni, per i trattamenti forzati e per gli abusi perpetrati dagli operatori.¹¹

Patricia Deegan, una delle voci più autorevoli del movimento internazionale della recovery, a partire dalla propria esperienza diretta di sofferenza mentale, scrive:

“il messaggio che sentivo il bisogno di condividere era piuttosto semplice: le persone con disabilità sono persone. Quando dimentichiamo che le persone con disabilità condividono con noi una comune umanità, allora l'elemento umano viene sottratto ai servizi alla persona e si creano le condizioni perché emergano l'inumano e il disumano. L'inumano e il disumano nascono infatti da quella frattura che si produce quando un essere umano non riesce a riconoscere e a rispettare l'umanità, la sacralità fondamentale, la sovranità e dignità di un'altra persona. Una simile rottura nella reciprocità della relazione si verifica spesso nelle professioni di aiuto e, per questa ragione, talvolta i professionisti dell'aiuto finiscono per ferire anziché aiutare le persone con disabilità. Troppo spesso i servizi alla persona disumanizzano e spersonalizzano. Molte persone con disabilità si riferiscono a questa particolare forma di sofferenza come a una rottura dello spirito o come al modo in cui il sistema cerca di spezzarti lo spirito”¹²

Queste esperienze producono conseguenze debilitanti per i pazienti, come il danneggiamento dell'autostima e della motivazione, oltre a generare un profondo senso di impotenza. Ciò mina la loro fiducia nelle istituzioni, un forte senso di tradimento nei confronti del sistema sanitario che, inizialmente, ottiene peso e visibilità soprattutto attraverso forme di lobbying promosse da gruppi di carers formati da familiari, operatori e volontari.¹³

¹⁰ Onken S.J., Craig C.M., Ridgway P., Ralph R.O., Cook J.A., *An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature*, in *Psychiatry Rehabilitation Journal*. 2007, Vol.31, n.1, p. 9.

¹¹ Deegan P.E., *Spirit breaking: When the helping professions hurt*, in *The Humanistic Psychologist*, 1990, Vol.18, n.3, pp. 301-313.

¹² *ivi*, p. 301.

¹³ Rogers A., Pilgrim D., *Pulling down churches': Accounting for the mental health users' movement*. In *Sociology of Health and Illness*. 1991, Vol.13, n.2, p. 131.

A partire dagli anni Ottanta, i movimenti nati per iniziativa degli utenti iniziano ad avere sempre maggior visibilità. Secondo Perkins e Repper al loro interno si possono individuare due distinte tendenze: quella sopracitata, ispirata all'ideologia antipsichiatrica, che rigetta radicalmente il paradigma biomedico della malattia mentale e le pratiche coercitive che esso legittima; l'altra, più riformista che pur condividendo con la prima le rivendicazioni di fondo reclama piuttosto un più efficace sistema di supporto nella comunità centrato sui bisogni espressi dagli utenti e sul loro coinvolgimento diretto nell'organizzazione dei servizi.¹⁴

Se focalizziamo ora l'attenzione all'estrema eterogeneità dei decorsi e degli esiti; al fatto che il profilo di ogni caso risulta unico e non generalizzabile; alle diverse dimensioni dell'esito e ai livelli di gravità dei sintomi e dei deficit funzionali che si possono combinare in ciascun paziente nel modo più differente e per di più variare imprevedibilmente nel corso del tempo; alle controversie e alle ambiguità tuttora irrisolte circa i criteri di valutazione e, infine, se si considerano le amplissime e sorprendenti divergenze che si evidenziano nel confronto fra le valutazioni dei clinici e quelle dei pazienti, resta l'impressione netta e sconcertante che quando parliamo di processi di guarigione della schizofrenia ci sia qualcosa di essenziale che sfugge alla comprensione.¹⁵

John S. Strauss, un'autorità mondiale nel campo degli studi sull'esito dei disturbi schizofrenici, riporta in modo drammatico questa impressione:

"Quando, seduto sul pavimento del soggiorno, iniziai a riesaminare tutte le elaborazioni grafiche relative ai soggetti inclusi nella ricerca, rimasi affascinato dalle cifre e dalla meravigliosa precisione. Ma non riuscivo a riconoscermi le persone che avevo intervistato e conosciuto. Non ero più in contatto con loro. Riflettendo sul decorso del disturbo e osservando i grafici sparsi sul pavimento, mi sentivo sconcertato e mi rendevo conto che, più di ogni altra cosa, andava perduta la singola persona, con la sua specifica volontà. Mi resi conto che avevo a che fare con due diverse dimensioni: quella della persona, con la sua ricca e profonda esperienza umana; e quella del mondo dei dati, con la sua attendibilità e validità"¹⁶

"Qualche tempo dopo durante uno studio di followup che prevedeva interviste ripetute, una paziente mi disse: "Dottore, ma perché non mi chiede mai cosa faccio io per aiutare me stessa?". Sto ancora

¹⁴ Perkins R., Repper J.M., *Dilemmas in Community Mental Health Practice. Choice or Control*. Radcliffe Medical Press, Oxford, 1998, p. 16.

¹⁵ Maone A., D'Avanzo B. (a cura di), *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2015, p. 16.

¹⁶ Strauss J.S., *La schizofrenia può migliorare?*, in Cazzullo C.L., Clerici M., Bertrando P.(a cura di), *Schizofrenia e ambiente*. Franco Angeli, Milano, p. 82.

cercando di rispondere compiutamente a questa domanda. La paziente stava sollevando la questione della soggettività. Non considerava sé stessa unicamente una vittima della sua malattia, un oggetto i cui sentimenti e le cui azioni fossero irrilevanti al fine di misurare il peggioramento o il miglioramento. Mi stava chiedendo perché io, noi professionisti della salute mentale, non includiamo questi aspetti soggettivi nelle teorie, nelle pratiche, nella ricerca. [...] Molti pazienti dicono: "Ciò che più mi ha aiutato è essermi sentito preso sul serio". In un caso è la madre del paziente, in un altro un assistente sociale, in un altro un amico. Sono cose che si sentono spesso, se si fanno domande e si è interessati a risposte che si pongono al di fuori delle usuali preoccupazioni scientifiche"¹⁷

Certamente non è semplice "misurare" l'esperienza soggettiva, ed è certamente vero che le facili e incaute interpretazioni di essa possono produrre effetti discutibili o fuorvianti. Ma ci si dovrebbe anche chiedere se l'esperienza vissuta dal paziente nello sforzo di volontà messo in atto nel tentativo di superare le conseguenze della malattia, al di là di quanto tale sforzo possa apparire dall'esterno ancora ostacolato e imbrigliato nella dimensione psicopatologica, non sia invece davvero una chiave fondamentale per comprendere la schizofrenia e la sua prognosi.¹⁸

L'esperienza vissuta della malattia, per come emerge da queste narrazioni, è descritta innanzitutto in termini di perdita: di identità, di potere, di scelta, di valori personali, di ruolo sociale. Questi first-person accounts cominciarono ad attirare l'attenzione di sempre più numerosi rappresentanti del mondo professionale e accademico. Fra quelli storicamente più importanti e influenti va ricordato innanzitutto l'apporto del Centre Of Psychiatric Rehabilitation della Boston University e in particolare di William Anthony e Marianne Farkas. Anthony, che ha diretto il CPR dal 1979 al 2011, sostiene che:

"People with mental illness may have to recover from the stigma they have incorporated into their very being; from the iatrogenic effects of treatment settings; from lack of recent opportunities for self-determination; from the negative side effects of unemployment; and from crushed dreams."¹⁹

La malattia mentale è definita come evento catastrofico non tanto per la sua dimensione clinica, quanto per le disastrose conseguenze che essa ha prodotto sull'esistenza della persona. Riprendersi da un evento catastrofico non modifica il fatto che l'evento sia effettivamente accaduto, che i suoi effetti siano ancora presenti, che

¹⁷ Strauss J.S., *Prognosis in schizophrenia and role of subjectivity*, in *Schizophrenia Bulletin*, 2008, Vol.43, n.2, p. 201.

¹⁸ Maone A., D'Avanzo B. (a cura di), *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2015. p. 17.

¹⁹ Anthony W.A., *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s*, in *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, Vol.16, n.4, p. 527.

la propria vita sia cambiata per sempre. Ma superare questi effetti vuol dire riuscire ad attribuire a essi un significato diverso, che permetta di andare avanti, di proiettarsi verso altri interessi e attività²⁰. L'autentica novità di questa visione è nel suo spingersi al di là della sfera della clinica nel tentativo di restituire alle persone con disturbi mentali gravi e persistenti opportunità analoghe a quelle di cui possono disporre le persone affette da gravi e disabilitanti malattie fisiche. Come sostiene Anthony infatti:

“The concept of recovery from physical illness and disability does not mean that the suffering has disappeared, all the symptoms removed, and/or the functioning completely restored. For example, a person with paraplegia can recover even though the spinal cord has not. Similarly, a person with mental illness can recover even though the illness is not cured”²¹

In questa accezione, recovery è qualcosa che supera la dimensione clinica e si realizza a partire dal “risveglio” di una dimensione dell'identità a lungo mortificata e sclerotizzata dall'esperienza della malattia e delle sue conseguenze.²² Essa può essere quindi definita come un processo autenticamente personale di sviluppo di un nuovo senso e di una nuova finalità della propria vita, che possa evolvere al di là degli effetti catastrofici della malattia mentale. Un approccio che intenda promuovere e favorire questo processo dovrebbe tener presente che esso si attiva sostanzialmente dall'interno, prima che come effetto di azioni esterne e perciò può aver luogo grazie al trattamento ma anche indipendentemente da esso, che non è vincolato a una particolare ipotesi eziopatogenetica della malattia, che può interrompersi e riprendere in modo non lineare, che ha un percorso unico per ogni individuo. Di conseguenza, le prassi dei servizi non dovrebbero essere basate solo sul trattamento, sull'intervento nella crisi, sulla riabilitazione, sul case management, ma dovrebbero anche attivamente promuovere il diritto alla speranza, alla scelta e all'autodeterminazione e fornire opportunità e sostegni concreti ai bisogni fondamentali, in modo da creare e mantenere le condizioni più facilitanti per i percorsi di recovery.²³

²⁰ Maone A., D'Avanzo B. (a cura di), *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2015, p. 18.

²¹ Anthony W.A., *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s*, in *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, Vol.16, n.4, p. 525.

²² Maone A., D'Avanzo B. (a cura di), *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015 p. 18.

²³ Maone A., *Il movimento per la recovery*, in *Il nuovo Faro*, 2016, n.3, p. 28.

Il concetto di recovery così riformulato si comincia perciò a delineare come un costrutto complesso e multidimensionale che sfugge alla misurabilità e alla standardizzazione. Esso è un processo più che un esito, una visione, un principio guida, più che un modello d'intervento.

Parallelamente, in un percorso che si intreccia con le rivendicazioni dei movimenti degli ex utenti psichiatrici, la letteratura sulla riabilitazione psichiatrica mette in discussione l'idea che il disturbo mentale grave sia immutabile per tutta la vita.²⁴

A partire dalla ricerca su scala planetaria svolta dall'OMS alla fine degli Anni '60 e nei tre decenni successivi, molti studi epidemiologici hanno contribuito a cambiare radicalmente il paradigma della cronicità per il disturbo mentale severo. "Un gran numero di pazienti guarisce dalla schizofrenia. La certezza della prognosi negativa è un mito", si legge nella rassegna degli studi longitudinali McGlashan del 1988.²⁵ La revisione sistematica di 37 studi a lungo termine sulla schizofrenia condotti in diversi paesi sviluppati e in via di sviluppo rileva che il 42% delle persone ha una guarigione completa, e il 34% un significativo miglioramento.²⁶

Contestualmente viene data un'enfasi sempre maggiore alle dimensioni funzionali dell'esito dei processi di guarigione della malattia mentale, nonché, più recentemente, alle dimensioni soggettive, ritenute ancora più significative soprattutto dai pazienti e familiari.²⁷ Questo ampliamento dell'orizzonte sembra riconducibile a un insieme di processi che si sono dipanati lungo la seconda metà del secolo scorso e che hanno costituito, spesso interagendo o sovrapponendosi, il terreno da cui la nuova accezione del concetto di recovery ha tratto legittimità e consistenza. In questo ampio arco temporale i concetti di salute, malattia e disabilità sono stati oggetto di profonde revisioni e riconcettualizzazioni che hanno prodotto riflessi importanti anche nel campo della salute mentale. Le posizioni espresse dall'OMS nel corso del tempo, che si può assumere riflettano il clima culturale nel suo evolversi, sono rappresentative di queste trasformazioni.²⁸ Su un piano generale si può ricordare il progressivo spostamento del

²⁴ Gruppo di Ricerca e Recovery, *La Carta della Recovery. I servizi di salute mentale e la guarigione*, Dipartimento di salute mentale di Trieste, Trieste, 2014, p. 6.

²⁵ Ibidem

²⁶ Menezes N.M., Arenovich T., Zipurski R.B., *A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis*, in *Psychological Medicine*. 2006, Vol.36, n.10, p. 1352.

²⁷ Maone A., D'Avanzo B. (a cura di), *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2015, p. 12.

²⁸ ibidem

focus verso una concezione positiva della salute, intesa come condizione di pieno benessere fisico, psichico e sociale, piuttosto che come mera assenza di malattia. Nel preambolo della costituzione dell'OMS si legge:

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition. The health of all peoples is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest co-operation of individuals and States. The achievement of any State in the promotion and protection of health is of value to all”²⁹

Contemporaneamente, le implicazioni sociali delle malattie croniche e della disabilità sono divenute oggetto di crescente interesse e approfondimento in ambito di salute pubblica, anche per effetto dell'incremento della prevalenza di queste condizioni nelle popolazioni. Di conseguenza anche le complesse relazioni fra malattia e disabilità sono state sottoposte a revisioni. Ciò ha contribuito allo sviluppo del modello dell'OMS che ha ridefinito le conseguenze delle malattie croniche e che ha rappresentato il riconoscimento esplicito del fatto che tali conseguenze possono estendersi dalla sfera medica a quella sociale. In particolare, la distinzione tra malattia, menomazione, disabilità e handicap, proposta dall'OMS nell'ICIDH del 1980, ha contribuito, insieme all'influenza del paradigma bio-psico-sociale, a far delineare, nell'ambito della psichiatria, la prospettiva di un campo autonomo rispetto alla clinica. Sulla base della distinzione fra disabilità, derivante dalla malattia, e l'handicap, risultante dall'interazione tra il soggetto malato e il contesto sociale, si è andato delineando l'oggetto di una nuova disciplina, la riabilitazione psichiatrica.³⁰

La riabilitazione psichiatrica si è andata evolvendo sia in senso tecnologico, coprendo un dominio distinto da quello della terapia in senso stretto, con il suo ambito di intervento³¹, i suoi statuti³², le figure professionali³³; sia in senso strategico, come

²⁹ Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), *Constitution of the World Health Organization*, New York, 19–22 giugno 1946, entrata in vigore il 7 aprile 1948, p. 1.

³⁰ Maone A., D'Avanzo B. (a cura di), *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2015, p. 13.

³¹ Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR), *Psychosocial Rehabilitation: A Consensus Statement*, Ginevra, World Health Organization, 1996.

³² Psychiatric Rehabilitation Association (PRA), *Code of Ethics*, approvato dalla Certification Commission for Psychiatric Rehabilitation and Recovery il 7 maggio 2018, Virginia, pp. 11-13

³³ Ministero della Sanità, *Decreto Ministeriale 29 marzo 2001, n. 182*, «Regolamento recante la definizione della figura professionale del tecnico della riabilitazione psichiatrica», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, n. 131 del 7 giugno 2001.

processo che deve fornire agli individui che abbiano una disabilità o handicap dovuto a una malattia mentale tutte le opportunità per raggiungere un livello ottimale di funzionamento indipendente dalla società. Quest'ultimo passaggio, che può essere tradotto in termini di restituzione di potere all'utente, è stato poi esplicitato dall'OMS con il Mental Action Plan del 2005 per l'Europa, in cui è sottolineato che:

"Human rights and respect for people with mental health problems must be protected. Empowerment is a crucial step towards meeting these objectives, as it enhances integration and social inclusion. The lack of empowerment of service users' and carers' organizations and poor advocacy hinder the design and implementation of policies and activities that are sensitive to their needs and wishes."³⁴

Nella stessa direzione si sono orientate le posizioni dell'OMS relative al concetto di responsabilità:

"Responsiveness of care is another important issue. It is one of three key measures of health systems performance identified in The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. It addresses people's non-medical expectations and comprises: respect for people, which covers respect for dignity, confidentiality and autonomy; and client orientation, which covers prompt attention, quality of amenities, access to social support networks and choice of provider"³⁵

Come indicato nel framework dell'OMS, essa riassume la capacità di un servizio di rispondere agli aspetti etici e non clinici dell'interazione fra il paziente il sistema sanitario e viene riconosciuta come un obiettivo fondamentale dei servizi sanitari, al di là della mera appropriatezza degli interventi specialistici, sulla base della valorizzazione dei fattori psico-sociali, culturali e ambientali come fondamentali determinanti di salute. In continuità con questa posizione è il supporto dell'OMS all'approccio centrato sulla persona:

"The need for patient-centredness has become an important global issue, having been identified by the Institute of Medicine of the United States National Academies of Science as one of six attributes of health care quality, the others being safety, timeliness, effectiveness, efficiency and equity. [...] That is, a people-centred approach involves a balanced consideration of the rights and needs as well as the responsibilities and capacities of all the constituents and stakeholders of the health care system."³⁶

³⁴ Organizzazione Mondiale della Sanità, *Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*, adottato alla WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, 12–15 gennaio 2005, p. 3.

³⁵ Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), *People-Centred Health Care: A Policy Framework*, WHO Western Pacific Regional Office, Manila, 2007, p. 3.

³⁶ ibidem

Si tende così a superare la vecchia tradizione del paternalismo medico, ma anche la modernità rappresentata dal predominio tecnologico e burocratico in salute pubblica e nel rapporto medico-paziente. Lo sforzo di andare al di là della visione tecnica, ampliando il focus alle dimensioni etiche, sociali e politiche della salute mentale, ha recentemente trovato una sintesi teorica nel concetto di “psichiatria postmoderna” sostenuto dal gruppo di Critical Psychiatric:

“good practice in psychiatry primarily involves engagement with the non-technical dimensions of our work such as relationships, meanings and values. [...] We are not seeking to replace one paradigm with another. A post-technological psychiatry will not abandon the tools of empirical science or reject medical and psychotherapeutic techniques but will start to position the ethical and hermeneutic aspects of our work as primary, thereby highlighting the importance of examining values, relationships, politics and the ethical basis of care and caring. [...] real collaboration with the service user movement can only happen when psychiatry is ready to move beyond the primacy of the technical paradigm”³⁷

Muovendosi nel solco concettuale della medicina postmoderna, esso solleva la questione della relativa inadeguatezza dell'epistemologia biomedica alla malattia mentale di fronte ai cambiamenti epocali dell'era postmoderna. Il venir meno della fede entusiastica nella scienza e nella tecnica, il relativismo, il pluralismo, la globalizzazione, nonché le crescenti evidenze circa la limitata efficacia delle cure e il peso prevalente che hanno in esse i fattori aspecifici, richiedono un ridimensionamento del mito dell'oggettività clinica e del paradigma tecnologico in psichiatria, una riformulazione dei rispettivi ruoli e responsabilità dei curanti e degli utenti, e un approccio che tenga conto della valutazione dei rischi dei trattamenti prima che dei benefici; dei valori, delle relazioni e dei significati prima che delle evidenze; dell'esperienza soggettiva del paziente e del suo essere informato e coinvolto nelle decisioni che lo riguardano.³⁸

La letteratura sulla recovery, come abbiamo visto, si è arricchita progressivamente e in varie direzioni (esperienze soggettive, studi qualitativi, approcci e pratiche dei servizi, politiche di riforma dei sistemi di assistenza psichiatrica). L'effetto di questa espansione, nonché la natura olistica, prevalentemente soggettiva e non lineare dei

³⁷ Bracken P., Thomas P., Timimi S., et al., *Psychiatry beyond the current paradigm*, in *The British Journal of Psychiatry*, 2012, n.201, pp. 430–433.

³⁸ Maone A., D'Avanzo B. (a cura di), *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015 p. 14.

processi di recovery, hanno comportato, inevitabilmente, un rischio di ambiguità e contraddittorietà nei tentativi di concettualizzazione.³⁹

Una prima approssimativa delimitazione del concetto, come abbiamo visto, viene fatta emergere dalla tensione fra differenti paradigmi: al paradigma scientifico, inerente ai criteri standardizzati per la valutazione degli esiti dei trattamenti e che informa le pratiche orientate alla riduzione dei sintomi e della disabilità, viene contrapposta la riformulazione di recovery per come scaturisce dall'esperienza vissuta.

Davidson e Roe distinguono così la "Recovery From" dalla "Recovery in":

"This sense of recovery does not require remission of symptoms or other deficits, nor does it constitute a return to normal functioning. Rather, it views mental illness as only one aspect of an otherwise whole person. Unlike in most physical illnesses, people may consider themselves to be "in" this form of recovery while continuing to have, and be affected by, mental illness. Recovery refers instead to overcoming the effects of being a mental patient – including poverty, substandard housing, unemployment, loss of valued social roles and identity, isolation, loss of sense of self and purpose in life, and the iatrogenic effects of involuntary treatment and hospitalization – in order to retain, or resume, some degree of control over their own lives"⁴⁰

Alla recovery come esito clinico, perciò, si contrappone la recovery personale, guidata dal paziente, centrata sul paziente, basata sul diritto all'autodeterminazione e all'inclusione nella vita della comunità, malgrado la persistenza della malattia. Sul fronte dei tentativi di concettualizzazione, occorre tener presente che non vi è in alcun modo una definizione formalizzata e universalmente condivisa. Piuttosto, una serie di temi o componenti fondamentali che ricorrono frequentemente, convergono in una visione abbastanza omogenea e riconoscibile. Ma la particolare enfasi conferita ora a una ora all'altra componente può generare delle differenze e dare un'impressione complessiva di indeterminatezza. Si potrebbe dire, in questo senso, che i processi di recovery si attivino innanzitutto, e spontaneamente, nell'individuo, a partire dall'esigenza di superare gli effetti catastrofici della malattia e recuperare un'identità positiva, la quale, per effetto della internalizzazione dello stigma, era stata soppiantata da quella di malato mentale o avviluppata in essa. Il recupero di qualcosa che a causa della malattia era andato perduto può avvenire anche in assenza di specifici interventi esterni e accadere come un fatto privato nella biografia del paziente. Ma nelle storie

³⁹ *ivi*, p. 19.

⁴⁰ Davidson L., Roe D., *Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery*, in *Journal of Mental Health*, 2007, Vol.16, n.4, p. 462.

dei sopravvissuti il risveglio della speranza di recuperare un'identità positiva, sulle cui basi ricostruirsi una vita, è possibile, o quanto meno facilitato, se la nuova identità venga riconosciuta, rispettata e valorizzata nell'ambito di un contesto interpersonale.⁴¹ Questo processo di riconoscimento sembra svolgersi su due piani: quello socio-politico, in termini di esplicita restituzione di diritti, e che quindi ha a che fare con aspetti di sistema (legislazione, risorse, pianificazione e organizzazione dei servizi), e quello più strettamente interpersonale e terapeutico (attitudini degli operatori, cambiamenti di mentalità, riformulazione dell'alleanza terapeutica eccetera) quale dominio autenticamente umano in cui, nell'atto del riconoscimento, si arricchiscono di valore entrambi i partner della relazione e aumenta il capitale sociale delle comunità. Su entrambi i piani, pertanto, si realizza un'azione di empowerment, poiché l'accettazione e la valorizzazione dell'identità positiva comporta la restituzione del potere di scelta e controllo, di competenza e di valore, di autonomia e responsabilità. Il percorso, unico e irripetibile, lungo il quale tale processo può aver luogo, è tipicamente non-sequenziale, poco prevedibile e soggetto a battute d'arresto, sospensioni e riprese; ciononostante, i processi di recovery per come a questo punto emergono, risultano essere descrivibili e concettualizzabili.⁴²

1.2 Le componenti centrali del processo di Recovery

Secondo il framework CHIME⁴³, uno dei modelli più utilizzati negli approcci orientati alla recovery, esistono cinque processi complementari che devono verificarsi affinché la recovery abbia luogo:

1. *Connectedness* (Connessione): Indica il senso di essere positivamente connessi ad altre persone. Ciò può avvenire attraverso il supporto tra pari o all'interno della comunità. Un sentimento di connessione può essere favorito anche tramite relazioni terapeutiche positive con i professionisti della salute.
2. *Hope* (Speranza): L'importanza della speranza nella recovery non può essere sottovalutata. Non può esserci cambiamento senza la convinzione che una vita

⁴¹ Maone A., D'Avanzo B. (a cura di), *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015 p. 21.

⁴² Maone A., *Il movimento per la recovery*, in *Il nuovo Faro*, 2016, n.3, p. 28.

⁴³ Leamy M., Bird V., Le Boutillier C., Williams J., Slade M., *Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis*, in *British Journal of Psychiatry*, 2011, vol.199, n.6, p. 449.

migliore sia possibile e raggiungibile. Questo talvolta richiede un atto di fiducia e la credenza che la recovery sia effettivamente possibile.

3. *Identity* (Identità): Si riferisce al mantenimento o alla costruzione di un senso positivo di sé. Richiede il rifiuto dello stigma e delle credenze stigmatizzanti. Invita a guardare oltre l'identità di utente dei servizi.
4. *Meaning* (Significato): Ciascuno di noi trova significato e scopo in modi diversi; perciò, questo aspetto può essere profondamente personale. Per alcuni può sovrapporsi al senso di connessione; per altri può essere legato alla fede. Molti lo ritrovano quando iniziano a sentirsi riconosciuti come parte preziosa e valorizzata del tessuto sociale comune.
5. *Empowerment*: Riguarda la fiducia della persona nella propria capacità di prendere in mano il percorso di recovery. Le persone che ci sostengono possono aiutarci a sentirci empowered enfatizzando scelta, autonomia e punti di forza. Possiamo favorire il nostro empowerment coltivando quello che è definito *growth mindset*, la convinzione che le capacità si sviluppino attraverso dedizione e impegno. Questo atteggiamento è associato all'amore per l'apprendimento, alla crescita e alla resilienza.⁴⁴

Un ulteriore contributo fondamentale proviene dalla definizione della SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), una succursale del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti, che definisce la recovery come un processo di cambiamento attraverso cui l'individuo migliora la propria salute e il proprio benessere, vive in modo self-directed e si impegna a vivere al meglio delle proprie potenzialità.

Secondo SAMHSA ci sono quattro grandi dimensioni che supportano la recovery:

1. *Health*: capacità di gestire la propria malattia e promuovere il benessere;
2. *Home*: avere un luogo sicuro e stabile dove vivere
3. *Purpose*: svolgere attività significative, ad esempio il lavoro, lo studio, il tempo libero

⁴⁴ Ferazzoli M.T., *Recovery-Based Approaches to mental health: discussion material*, IMPACT, The Health Foundation, UKRI-Economic and Social Research Council, 2024, p. 5.

4. *Community*: sentirsi parte di una rete sociale accogliente (ad esempio amici, famiglia, quartiere o paese dove si vive).

Questi valori si intersecano con dimensioni più ampie che investono i diritti umani, lo stigma, la partecipazione sociale e il ruolo delle reti comunitarie e che vanno a sostanziare l'essere in un percorso di recovery.⁴⁵

Il processo complessivo che le persone intraprendono entrando in recovery prevede, inizialmente, che si affronti l'insorgere del disturbo combattendo o ricavandosi una via d'uscita tra i danni che esso stesso provoca e ristabilendo una certa routine quotidiana: un senso di normalità che non va confuso con il solito significato della parola "normale" ma che si riferisce al fatto di potersi preoccupare solo dei problemi della vita di tutti i giorni. Le persone sono consapevoli di non essere più, in un certo senso, loro stesse, ma non hanno idea di come tornare a esserlo o a chi rivolgersi per ottenere aiuto.⁴⁶ Affinché questa consapevolezza venga incanalata in un'azione costruttiva da parte dell'individuo sembra sia necessario un gran numero di ingredienti. Innanzitutto, il ruolo della speranza che offre alla persona la possibilità di avere una vita migliore.⁴⁷

"Hope of knowing that everything that is, that I go through, would not continue the rest of my life, that there would be an end of it; and just knowing that I knew that, I could keep going."⁴⁸

Oltre a questo, la persona sembra aver bisogno di sentire il desiderio e l'impegno di contenere la malattia mentale e le sue conseguenze, cosa che viene definita come determinazione a stare meglio. Questa sfida di credere in se stessi e impegnarsi in prima persona per combattere la malattia mentale è resa più difficile per il fatto che la malattia stessa e gli effetti ad essa associati causano considerevoli danni alla percezione di sé della persona, alla sua fiducia e alle sue capacità. Questo processo di ricostruzione spesso deve iniziare con piccoli passi attraverso attività che possono sembrare banali ma per la persona possono richiedere sforzi notevoli, pazienza e

⁴⁵ Scovino C., *Il processo del recovery: appunti e spunti*, Nurse24, 18 dicembre 2021 (consultato il 18/10/2025) <https://www.nurse24.it/specializzazioni/salute-mentale/processo-recovery-appunti-spunti.html>

⁴⁶ Davidson L., Tondora J., et al., *Il Recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative*, Erickson, 2012 p. 52.

⁴⁷ Gruppo di Ricerca e Recovery, *La Carta della Recovery. I servizi di salute mentale e la guarigione*, Dipartimento di salute mentale di Trieste, Trieste, 2014

⁴⁸ Davidson L., Borg M., Marin I., Topor A., Mezzina R., Sells D., *Process of recovery in serious mental illness. Findings from a multinational study*, in American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 2005, Vol.8, n.3, p. 184.

perseveranza nel tempo.⁴⁹ Esse diventano possibili e concrete quando la persona inizia a prefissarsi e a raggiungere degli obiettivi realistici e a breve termine.⁵⁰ In ogni caso sono tutte attività che la persona deve fare da sola così che le si possa fornire l'opportunità di vedere una graduale ricostruzione delle sue abilità e competenze, senza più sentirsi completamente privata del suo valore.

Partendo da queste prime considerazioni e rifacendoci alle conclusioni dettagliate, di Davidson e colleghi⁵¹, di ricerche e interviste condotte con persone in recovery, andremo ad individuare le varie componenti dell'essere in recovery.

La prima, come già anticipato, riguarda l'importanza di rinnovare la speranza e l'impegno nella vita di una persona. Deegan riguardo l'importanza della speranza per chi soffre di malattia mentale dice:

"For those of us who have been diagnosed with mental illness and who have lived in the sometimes desolate wastelands of mental health programs and institutions, hope is not just a nice sounding euphemism. It is a matter of life and death. We know this because, like the sea rose, we have known a very cold winter in which all hope seemed to be crushed out of us"⁵²

Questa speranza si basa sulla sensazione, indipendentemente da quanto possa apparire vaga o insignificante, che la vita possa offrire più di quanto in realtà faccia, e ispira il desiderio e la motivazione per migliorare o per entrare in un percorso di recovery e portarlo avanti.⁵³ Questo senso di speranza potrebbe derivare, tra le altre cose, dal confronto con altre persone che in passato hanno sofferto nello stesso modo e hanno affrontato le stesse sfide, in quanto malati, e che adesso invece vivono delle vite migliori e più appaganti. Sembra quindi che il mentoring o il sostegno tra pari abbiano un ruolo centrale nella pratica orientata alla recovery. I modelli del sostegno tra pari sono solo una delle potenziali fonti di speranza ma individuano un altro

⁴⁹ Davidson L., Tondora J., et al., *Il Recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative*, Erickson, 2012 p. 53.

⁵⁰ Bird V., Leamy M., Le Boutillier C., Williams J., Slade M., *Promuovere la recovery nei servizi di salute mentale di comunità*. Edizione italiana a cura di: Starace F., Mazzi F., AUSL Modena, 2011, p. 19.

⁵¹ Davidson L., *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*, 2003, New York, New York University Press, pp. 175-180.

⁵² Deegan, P. E., *Recovery and the Conspiracy of Hope*, intervento presentato alla Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand, Brisbane, 16 settembre 1996, p. 3. <http://www.patdeegan.com/pat-deegan/lectures/conspiracy-of-hope>.

⁵³ Davidson L., Tondora J., et al., *Il Recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative*, Erickson, 2012, p. 54.

elemento centrale: trovare il modo di relazionarsi con gli altri nonostante la continua dirompenza della malattia.

Questa caratteristica descrive la seconda componente della recovery: l'essere sostenuto, accettato e amato dagli altri.⁵⁴ Relativamente a questa componente sembra di centrale importanza per le persone in recovery essere sostenute, accettate e amate come persone di valore e non come "pazienti psichiatrici". La sensazione di essere accettati e sostenuti può provenire dalla famiglia e dagli amici che conoscevano e amavano la persona prima dell'insorgenza di un disturbo mentale e che continuano a starle vicino, per altri questo sostegno può arrivare da persone che hanno conosciuto il paziente dopo l'insorgenza della malattia ma che sono in grado di considerarlo al di là della malattia stessa. Rispetto a questo Ridgway sostiene:

"People do not claim to recover on their own; they describe recovery as a process that involves many other people. Support and help flow from many people, including family members, spouses, and caring informal helpers. Peers can spark and support recovery through formal self-help, informal encounters, mutual assistance and exposure to their stories of recovery. Relationships with significant others are crucial for their success"⁵⁵

Avere a fianco persone che ti sostengono, siano esse familiari, operatori, membri di comunità, pari o animali, per fornire incoraggiamento nei momenti difficili e per aiutare a esaltare gli aspetti positivi è stato definito come un aspetto di cruciale importanza per la recovery. Le persone in recovery parlano anche dell'importanza di avere accanto qualcuno che sia, come loro, in recovery e che possa fungere da mentore o modello di riferimento. I modelli di riferimento aiutano le persone a capire com'è la recovery e a dare loro l'idea di cosa poter sperare. I servizi orientati alla recovery dovrebbero inoltre aiutare le persone a sviluppare delle relazioni durature con altri membri della comunità, della famiglia, del gruppo dei pari e con altre persone in recovery.

Tale aspetto ci porta alla terza componente della recovery: trovare il proprio posto nella comunità. Questo comporta lo sviluppo di ruoli sociali importanti nella comunità attraverso il coinvolgimento in attività rilevanti, che forniscono alla persona la sensazione di avere uno scopo e una direzione nella propria vita così come emerge dalle parole di Ridgway:

⁵⁴Ivi, p. 55.

⁵⁵ Ridgway P., *Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives*, in *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, n.24, p. 340.

“Prior to recovery, most narratives tell of a period of extreme social withdrawal and a quality of frozen inactivity. In recovery, people break through this frozen state of suspended animation and begin to participate actively in life again.[...] Employment serves as one important form of active participation in life. Work motivates, provides positive structure for her life, gives her new skills and something to look forward to on a daily basis, and increases her sense of being accepted and a part of her community. [...] Life takes on new meaning and people reclaim a sense of purpose.”⁵⁶

Dalle ricerche e interviste condotte in Europa e Stati Uniti da Davidson e colleghi, con persone in recovery o che avevano concluso il percorso negli ultimi quindici anni, infatti, più del 70% delle persone in recovery esprime il desiderio di lavorare, facendo dell'occupazione uno snodo fondamentale attraverso il quale dare un maggior senso e uno scopo alla propria vita e facendola diventare una via preferenziale per la recovery.⁵⁷

Come naturale conseguenza del sentirsi accettati come una persona di valore che occupa un ruolo sociale importante si delinea la quarta componente della recovery: ridefinire se stessi. Ridefinire se stesso come individuo la cui salute mentale è solo uno dei tanti elementi potrebbe essere considerato uno degli aspetti più importanti e onnicomprensivi della recovery. La malattia mentale è stata descritta come una malattia del sé. La persona sviluppa dei sintomi psicologici ed emotivi che hanno conseguenze sociali e legate allo stigma, ma questo non è l'unico aspetto.

Infatti, chi soffre di malattia mentale può anche essere portato ad assumere il ruolo e l'identità di un paziente psichiatrico. Tale ruolo potrebbe essere rinforzato dai sistemi di cura e dalle pratiche istituzionali che tradizionalmente hanno sempre approvato e ricompensato la compliance e la passività. Di conseguenza, per alcune persone il processo di recovery chiede di ripensare l'identità personale o di ridefinire il proprio sé andando oltre il ruolo limitato di paziente.⁵⁸

Il bisogno di ridefinire se stessi potrebbe essere causato non solo dallo stigma, dalla discriminazione e dalle esperienze negative nei servizi e nei contesti della salute mentale, ma anche da alcuni aspetti della malattia stessa.

⁵⁶ *ivi*, pp. 337-339.

⁵⁷ Davidson L., Tondora J., et al., *Il Recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative*, Erickson, 2012 p. 59.

⁵⁸ *ivi*, p. 61.

Questa componente si sovrappone così alla successiva: assimilare la malattia. Quest'ultima non va confusa con la nozione tradizionale di accettazione della malattia se con accettazione intendiamo un atteggiamento passivo di rassegnazione. Piuttosto, fa riferimento a un ruolo attivo della persona nel capire le sue esperienze anomale e nel trovare delle modalità di adattamento che le consentano di integrare questa comprensione nella quotidianità e nell'identità.⁵⁹ L'assimilazione della malattia si distingue dalla ridefinizione di sé poiché si focalizza più specificatamente sulla capacità della persona di "addomesticare" e comprendere a fondo la malattia, mentre la ridefinizione riguarda le implicazioni di questa assimilazione sulla percezione di sé. Questa componente si distingue anche dalla successiva, relativa alla gestione dei sintomi: basti pensare al fatto che alcuni sintomi possono essere assimilati senza essere gestiti, mentre altri possono essere gestiti senza necessariamente essere assimilati nella percezione di sé della persona ma ricondotti a qualcosa di esterno. Assimilare la malattia piuttosto fa riferimento a un ruolo attivo della persona nel capire le sue esperienze anomale e nel trovare delle modalità di adattamento che le consentano di integrare questa comprensione nella quotidianità e nell'identità. Secondo Ridgway infatti:

"Psychiatric problems become a fact of life, but not the core of one's life. [...] Life takes on new meaning and people reclaim a sense of purpose. [...] Recovery narratives strongly contest the dominant discourse in the mental health field, which provides only a decline narrative. [...] Recovery stories serve as 'quest narratives' that open up new pathways and present positive trajectories for a life course of discovery and personal growth"⁶⁰

Al fine di promuovere questo processo i servizi orientati alla recovery mirano a creare un ambiente accogliente e terapeutico in cui le persone possano riconoscere le proprie difficoltà ed essere informate sulla malattia senza perdere il loro status, valore e identità. Questo tipo di informazione può essere fornito da chi ha vissuto in prima persona esperienze di malattia e di recovery, ma anche da operatori del servizio di salute mentale.

La componente successiva è relativa al gestire i sintomi. La completa remissione dei sintomi non è necessaria affinché una persona intraprenda un percorso di recovery. Il

⁵⁹ Australian Health Ministers' Advisory Council, *A National framework for recovery-oriented mental health services: policy and theory*, Commonwealth of Australia, 2013, p. 19.

⁶⁰ Ridgway P., *Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives*, in *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, n.24, pp. 339-340.

fatto stesso che le persone agiscano sembra essere di per sé più importante dei metodi specifici che utilizzano per gestire i propri sintomi.⁶¹

Nel contributo di Ridgway si legge:

“One hallmark of recovery is the movement from a position of passive adjustment to a stance of active coping. Formal helpers often encourage passivity and adaptation to permanent disability. Recovery involves a resurgence of a sense of personal responsibility for one’s own state of being and the return to active self-help. Recovery does not mean people stop using formal helping services, but people are no longer passive recipients of expert services”⁶²

L’azione, poi, può essere diretta verso trattamenti medici, informazioni, sostegno tra pari, psicoterapia o metodi curativi alternativi e di auto-aiuto. In tutte queste opzioni, essere in recovery prevede quindi che l’individuo utilizzi attivamente le cure, le prestazioni, il sostegno o altre risorse, invece che essere solo un destinatario passivo di un’assistenza fornita da altri.⁶³

Secondo alcuni i processi, collegati tra loro, della ridefinizione di se stessi, dell’assimilazione della malattia e della gestione dei sintomi partono da un bisogno di orientarsi rispetto alla situazione presente.⁶⁴ Orientarsi verso il momento attuale, nonostante ciò a volte richieda un notevole sforzo congiunto, sembra avere un effetto liberatorio ed essere in grado di aprire nuove possibilità che la persona può considerare di cogliere. Basarsi sul presente non aiuta solo la persona a capire quali siano i passi da fare, ma le apre anche uno spazio in cui può iniziare a considerare quali aspetti della sua esperienza siano effettivamente dovuti alla malattia e ai suoi effetti (ad esempio, scarsa concentrazione, perdita di memoria) e quali siano parte di una “normale” vita quotidiana (ad esempio, essere nervosi prima di iniziare un nuovo lavoro). Questi elementi costituiscono la fase iniziale dell’assimilazione della malattia, poiché il disturbo stesso e i suoi vari effetti devono innanzitutto essere in qualche modo separati dalla percezione complessiva di sé.⁶⁵

⁶¹ Davidson L., Tondora J., et al., *Il Recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative*, Erickson, 2012, p. 63.

⁶² Ridgway, P., *Restoring psychiatric disability: learning from first person recovery narratives*, in *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, n.24, pp. 338-340.

⁶³ Bergamasco M.G., Schumann R., *Disturbi di malattia mentale: parliamo di recovery*, AIAMC, disponibile su <https://www.aiamc.it/recovery-malattia-mentale/> (consultato il 12/10/2025)

⁶⁴ Davidson L., Tondora J., et al., *Il Recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative*, Erickson, 2012, p. 63.

⁶⁵ *ivi*, p. 65.

Oltre che imparare a gestire gli effetti della malattia per chi soffre di un disturbo mentale è importante recuperare la “normalità” o ritornare a una vita ordinaria. Le ultime tre componenti sono collegate principalmente ai processi coinvolti in questo aspetto della recovery. Tali processi riguardano il reinserimento nelle normali attività della vita quotidiana, come andare a scuola, trovare un lavoro, sviluppare amicizie o relazioni e partecipare ad attività sociali e ricreative. Tuttavia, potrebbero anche esserci dei micro-processi quotidiani meno evidenti ma, forse, più importanti che rendono possibili queste attività. Attraverso questi primi e spesso impercettibili passi, coloro che soffrono di una malattia mentale sono in grado di ristabilire un semplice senso di routine nella loro quotidianità. Potrebbe apparire di poco conto ma se queste persone non avessero l'impressione di una stabilità e prevedibilità della vita e non percepissero di essere in grado di gestire le vicende quotidiane e ottenere risultati, per loro diventerebbe difficile considerare ulteriori passi avanti, come tornare a scuola o iniziare a lavorare.⁶⁶ Un elemento inevitabile del processo, anche se forse meno riconosciuto, riguarda il fatto che il piacere e il significato che le persone traggono quando queste attività si concludono con successo vengono in parte controbilanciati da altre esperienze. Questa questione ha a che fare con l'accettare che anche la cosiddetta vita “normale” ha i suoi problemi, i suoi alti e bassi, le sue gioie e delusioni, al di là delle attribuzioni alla malattia mentale e ai suoi effetti. Le persone potrebbero anche sentirsi sollevate da questa consapevolezza, perché implica che non tutti i segnali di tensione o angoscia derivano necessariamente dalla malattia mentale, ma possono invece essere qualcosa che tutti sperimentano nella loro vita. Diversamente dalle devastanti esperienze di malattia e disperazione, questo genere di turbamenti, frustrazioni o delusioni quotidiane possono essere un gradito segno di miglioramento.⁶⁷

Passiamo ora ai concetti dell'assumere il controllo, del combattere lo stigma e del maturare empowerment che costituiscono le ultime componenti principali della recovery. Assumere il controllo significa diventare protagonisti delle proprie scelte, sviluppare agency, poter decidere su aspetti che riguardano la propria vita. Il concetto fa riferimento ai processi con i quali le persone si assumono la principale responsabilità per la loro trasformazione da persona con una malattia mentale a persona in recovery. Assumersi la responsabilità della propria vita e, di conseguenza, della propria cura

⁶⁶ *ivi*, p. 67.

⁶⁷ *Ivi*, p. 68.

contribuisce all'aumento del senso di controllo su di sé e della percezione di essere efficaci nel mondo e, quando necessario, può aiutare una persona ad abbandonare il ruolo di vittima.⁶⁸

Per potersi assumere questa responsabilità e fare delle scelte, tuttavia, le persone devono avere l'opportunità di prendere delle decisioni autonomamente e devono avere a disposizione delle opzioni tra le quali scegliere. In caso contrario, non avrebbero modo di esercitare la loro capacità di azione. I servizi orientati alla recovery possono sostenere lo sviluppo del senso di responsabilità personale e di capacità di controllo fornendo delle opzioni tra le quali scegliere e permettendo loro di correre dei rischi e di sperimentare le conseguenze delle loro decisioni, insuccessi inclusi.⁶⁹

Combattere lo stigma invece, riguarda il superamento sia dello stigma interiorizzato sia di quello esterno. Quello interno, come definito da Cavelti e colleghi riguarda:

“Self-stigma implies that people with mental illness are not only aware of negative public stereotypes, they also agree with and internalize them, leading to negative emotional reactions, typically, lowered self-esteem and self-efficacy. Eventually, people lose their motivation to pursue behaviors related to life goals (eg, meaningful work, independent housing, and other personal aspirations) and may avoid accessing and using professional treatment that helps achieve these goals”⁷⁰

Quello esterno, imposto dalla società e dalle istituzioni, si riferisce invece al modo in cui la società rinforza questo vissuto di inferiorità percepito dai pazienti, favorendo la dipendenza e la negazione di tutte quelle opportunità che vengono invece concesse a tutti gli altri cittadini.⁷¹ Infatti, se lo stigma può inizialmente entrare nell'esperienza di una persona attraverso gli altri, sfortunatamente c'è anche la possibilità che, in circostanze tutt'altro che ideali, venga interiorizzato. Parte del processo di “addomesticamento” della malattia, dell'identificazione e distinzione della malattia dal senso di sé della persona, potrebbe così riguardare anche la lotta e il superamento di questo stigma interiorizzato, se esiste. Ridgway, a tal proposito, scrive:

⁶⁸ *ivi*, p. 69.

⁶⁹ *ibidem*

⁷⁰ Cavelti M., Kvrjic S., Beck E.M., Rüsç N., Vauth, R., *Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders*, in *Comprehensive Psychiatry*, 2012, vol.53, n. 5, p. 469.

⁷¹ Hoftman G.D., *The Burden of Mental Illness Beyond Clinical Symptoms: Impact of Stigma on the Onset and Course of Schizophrenia Spectrum Disorders*, in *The American Journal of Psychiatry – Residents' Journal*, 2016, vol.11, n.4, pp. 5–7.

“Another important passage in the journey of recovery involves working to reduce the sense of internalized stigma and addressing external stigma. Psychiatric problems become a fact of life, but not the whole of one’s life, not the core of one’s identity. They reclaim a sense of dignity and come to believe that they are making an important and valid contribution to others and to their communities”⁷²

Dal momento che lo stigma sociale non può essere semplicemente ignorato o accantonato, le persone in recovery sono spinte a trovare un modo personale per affrontare questo retaggio storico. Lo stigma, almeno in un futuro prossimo, rimarrà una realtà concreta e i servizi orientati alla recovery dovranno dunque trovare dei modi per affrontarlo. Sarà quindi necessario lavorare con le comunità locali per trasformare i diversi contesti in ambienti che accettano e valorizzano le differenze, così come sarà importante assicurare che gli stessi servizi di salute mentale non siano causa di stigma e discriminazione attraverso le loro pratiche.

La nona e ultima componente di un percorso di recovery è maturare l’empowerment. L’empowerment, cioè l’accresciuta sensazione di potere e di controllo sul proprio ambiente e su se stessi, potrebbe essere incluso nella componente relativa all’assunzione del controllo ma in questo contesto assume una maggiore connotazione sociale e politica diventando l’altra faccia dello stigma e della discriminazione.⁷³ Riprendere il controllo della propria vita non risulta indispensabile solo nella sfera privata, può iniziare in quell’ambito ma sconfinare nella sfera pubblica. L’empowerment, secondo la dichiarazione dell’OMS, viene definito come:

“un processo sociale multidimensionale attraverso il quale i singoli individui e i gruppi possono comprendere e controllare meglio i processi che stanno alla base dei rapporti sociali delle loro vite. Essere inclusi pienamente all’interno della società in cui si vive è vitale per un empowerment materiale, psicologico e politico che sostenga la salute e il benessere”⁷⁴

Come la salute è un diritto umano fondamentale, l’empowerment dei pazienti e delle loro famiglie, amici e altri operatori non professionali, è un compito sociale che incoraggia tutte le comunità, gli impiegati, i sindacati, le scuole ed università, le organizzazioni di volontariato a rispettare la salute ed il benessere dei singoli individui

⁷² Ridgway, P., *Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives*, in *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, n.24, pp. 339-340.

⁷³ Davidson L., Tondora J., et al., *Il Recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative*, Erickson, 2012, p. 71.

⁷⁴ World Health Organization, *L’empowerment dell’utente nella salute mentale. Una dichiarazione dell’ufficio regionale per l’Europa dell’OMS*, 2010 (traduzione italiana a cura dell’associazione Riabilita di Siena per conto del Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale), p. 2.

e della popolazione in modo che si attivino per aumentare il rispetto sia a livello individuale che collettivo del diritto alla salute ed al benessere di loro stessi e degli altri.

Secondo l’OMS, inoltre:

“A livello individuale l’empowerment è un importante elemento dello sviluppo umano. È il processo che permette di prendere il controllo e la responsabilità delle azioni proprie che hanno l’obiettivo e la potenzialità di guidare all’adempimento corretto”⁷⁵

Questo processo contiene al suo interno quattro dimensioni:

1. Autostima
2. Partecipazione alle decisioni
3. Dignità e rispetto
4. Appartenenza e contributo all’accrescimento della comunità

“Per l’individuo il processo di empowerment coincide col superamento di uno stato di impotenza e la conquista del controllo della propria vita tramite l’adozione di comportamenti volti all’autodeterminazione, autonomia decisionale e tesi all’esercizio di una maggiore influenza sui processi decisionali sociali e politici accrescendo così la propria autostima”⁷⁶

Le comunità possono supportare i singoli individui stabilendo delle reti sociali e mobilitando il supporto sociale potenziale; questa incentivata coesione tra individualità, può aiutare le persone attraverso le loro difficoltà e i periodi di vulnerabilità.

L’empowerment delle comunità comporta un livello più alto di empowerment dei singoli individui membri delle comunità stesse, un maggior senso di appartenenza alla comunità, lo sviluppo e la partecipazione alle attività politiche, la capacità di dominare il processo decisionale e l’accesso alle risorse per il miglioramento della comunità stessa.

“Nel contesto della salute mentale empowerment si riferisce al livello di scelta, capacità e controllo che gli utenti dei servizi di salute mentale possono esercitare sugli eventi attinenti le loro vite. La chiave dell’empowerment è la rimozione delle barriere formali ed informali e la trasformazione delle relazioni di potere fra individui, comunità, servizi e istituzioni”⁷⁷

⁷⁵ ibidem

⁷⁶ ivi, p. 3.

⁷⁷ ibidem

Il potere è l'idea portante nell'empowerment e un altrettanto importante elemento nella strategia dell'empowerment è la sfida al controllo e all'ingiustizia sociale attraverso i processi politici, sociali e psicologici che rendono evidente il meccanismo di controllo, le barriere strutturali e istituzionali, l'exasperazione delle norme culturali e sociali che impediscono alla gente di combattere efficacemente l'oppressione interiore. Storicamente le persone con problemi di salute mentale hanno mancato di una propria voce. Né loro né i loro familiari sono mai stati coinvolti nel processo decisionale dei servizi per la salute mentale e continuano ancora oggi ad essere a rischio di esclusione e discriminazione sociale in tutti gli aspetti della vita.

La privazione del potere degli utenti nei servizi per la salute mentale opera a tutti i livelli. A livello socio-strutturale, lo stigma è presente in tutte le varie società e ci sono spesso numerosi ostacoli all'ingresso completo nel mondo del lavoro e alle altre attività sociali. A livello di organizzazione di servizi e di sostegno, le persone che utilizzano i servizi per la salute mentale sono scarsamente informate, spesso, altrettanto scarsamente consultate e assistite. A livello individuale l'esperienza con i problemi di salute mentale può avere conseguenze durature sul senso di identità personale e l'autostima. I professionisti della salute mentale talvolta presumono che gli utenti del servizio e loro familiari mancano di capacità decisionale o meglio di prendere corrette decisioni. I servizi, perciò, talvolta adottano una posizione paternalistica limitando la qualità o il numero delle decisioni che gli utenti e le famiglie possono prendere senza alcun supporto nel processo decisionale, gli utenti sono così tenuti in una relazione di dipendenza nel lungo periodo.⁷⁸

“Le persone però non possono diventare indipendenti senza l'opportunità di adottare importanti decisioni per la loro vita. Il processo decisionale non avviene nel vuoto. Gli individui possono prendere decisioni corrette solo quando dispongono di precise informazioni tali da permettere la stima esatta delle possibili conseguenze delle varie opportunità: prendere cioè delle decisioni informate”⁷⁹

Ancora, a prescindere dal paternalismo, i professionisti della salute mentale talvolta limitano tali informazioni credendo di fare così gli interessi degli utenti. Questa può diventare una di quelle profezie che si auto avverano, mancando di adeguata informazione gli utenti possono prendere decisioni che alla fine confermeranno ai professionisti la loro inadeguatezza. Scelta consapevole vuol dire che agli utenti è

⁷⁸ *ivi*, p. 4.

⁷⁹ *ibidem*

offerta la possibilità di esplorare a fondo l'intera gamma di opzioni che possono avere rilevanza in uno specifico contesto e ricevere ogni supporto richiesto e ragionevole al fine di scegliere correttamente nell'ambito di tali opzioni.

Per raggiungere gli obiettivi dell'empowerment, alcune qualità, sia interne sia esterne all'individuo, assumono un ruolo cruciale. La prima riguarda la capacità di mantenere speranza e rispetto. La speranza, come abbiamo già visto precedentemente, costituisce una condizione indispensabile per ogni forma di crescita personale: una persona speranzosa riesce a immaginare la possibilità di un cambiamento e di un miglioramento futuri; al contrario, in assenza di speranza, qualsiasi sforzo appare inutile. È quindi paradossale che alcuni professionisti, dopo aver etichettato i pazienti come "incurabili" o "cronici", si aspettino da loro motivazione e impegno nel promuovere modifiche significative nella propria vita. Accanto alla speranza, il rispetto rappresenta un valore fondamentale: chi si prende cura della persona deve riconoscerne la dignità intrinseca, l'autonomia individuale e la piena appartenenza alla diversità umana. Accettare la differenza significa riconoscere che ogni individuo ha un proprio percorso, non riducibile alla diagnosi o al disturbo. Un'altra qualità essenziale è la capacità di rivendicare la guida della propria vita. Nel processo di diagnosi e trattamento psichiatrico gli utenti, insieme alle loro famiglie, si sono spesso visti trasformati in oggetti di osservazione clinica, ridotti a "case histories" attraverso cui raccontare la loro esperienza.⁸⁰ L'empowerment richiede, invece, il recupero di queste storie di vita, affinché la persona possa tornare a essere protagonista della propria narrazione. A ciò si accompagna la necessità di recuperare la percezione delle proprie competenze e di riconoscere le dinamiche di potere implicite nel contesto di cura. L'empowerment, infatti, non può maturare se tali relazioni di potere restano invisibili o incontestate. Un ulteriore elemento fondamentale riguarda la capacità di percepirsi in connessione con l'ambiente. L'empowerment non si realizza in isolamento: è un processo relazionale, radicato nell'esperienza condivisa e nella possibilità di sviluppare legami significativi con gli altri. Sentirsi parte di una comunità permette di accedere a risorse emotive, sociali e simboliche che sostengono il senso di efficacia personale e di appartenenza.

⁸⁰ *ivi*, p. 6.

Un'altra qualità rilevante è la consapevolezza che ogni persona possiede priorità differenti. Nella dichiarazione dell'OMS si legge:

“I professionisti della salute a volte si lamentano che gli utenti hanno scarse capacità e che non sembrano poter imparare capacità nuove. Allo stesso tempo, le competenze che i professionisti definiscono come importanti spesso non sono quelli che gli utenti trovano interessanti o importanti. Quando gli utenti hanno l'opportunità di imparare le cose che vogliono imparare, spesso sorprendono i professionisti (e a volte se stessi) con la loro capacità di impararle bene”⁸¹

Ciò conferma l'importanza di costruire percorsi personalizzati, orientati agli interessi e ai valori dell'utente. Una componente altrettanto importante riguarda il passaggio dalla segretezza alla trasparenza rispetto alla propria identità.

“Le persone con uno status sociale svalutato che possono nascondere questo fatto spesso scelgono di farlo, ma questa decisione paga il suo tributo in una diminuzione dell'autostima e la paura della scoperta. Quelli che raggiungono il punto in cui possono rivelare la loro identità come utenti dei servizi per la salute mentale sono più propensi a mostrare fiducia in se stessi. Le persone possono essere aiutate a prendere decisioni circa la divulgazione tramite il sostegno nel riconoscere che hanno molte caratteristiche diverse, molte delle quali sono positive. È importante sia per le persone con problemi di salute mentale che per la società riconoscere ed accettare che i problemi di salute mentale sono una fonte di apprendimento, crescita e sviluppo, e che portano ulteriori competenze e qualità”⁸²

Per l'individuo e per la società risulta quindi fondamentale riconoscere che l'esperienza di sofferenza mentale può essere anche fonte di apprendimento, crescita e sviluppo, contribuendo al patrimonio di competenze personali.

Infine, maturare empowerment significa comprendere che la crescita e il cambiamento sono processi illimitati e innati. Infatti, come sostenuto dall'OMS:

“L'empowerment non è una destinazione, ma un viaggio. Nessuno raggiunge una fase finale in cui ulteriore crescita e il cambiamento non sono né possibile né benefico”⁸³

L'empowerment, perciò, non va inteso come uno stato finale, un traguardo definitivo oltre il quale non sia possibile ulteriori sviluppi. Al contrario, esso è un percorso continuo: nessuno giunge a una fase in cui la crescita non sia più possibile o desiderabile. La possibilità di evolvere, cambiare e trasformarsi accompagna la

⁸¹ *ivi*, p. 8.

⁸² *ibidem*

⁸³ *ibidem*

persona lungo tutto l'arco della vita ed è proprio questa apertura al cambiamento che alimenta il processo di empowerment.

Affinché la retorica del coinvolgimento dell'utente si traduca in un effettivo empowerment, evitando il rischio che la restituzione del potere rimanga circoscritta in un'adesione formale o in un ruolo di mera consultazione "concesso" e controllato dai servizi, è necessario un profondo rinnovamento culturale degli operatori della salute mentale, che implichi la rinuncia, da parte loro, alla pretesa di detenere il monopolio del sapere, mettendolo piuttosto a disposizione degli utenti in un quadro di autentico riconoscimento delle reciproche competenze.

Nel prossimo capitolo seguirà una riflessione su come possa essere tradotto il paradigma della recovery nelle pratiche dei servizi di salute mentale.

2 L'impatto della Recovery sui servizi di salute mentale: per pratiche Recovery-Oriented

Soprattutto nell'ultima decade, in occidente, parallelamente ai ripetuti sforzi di definizione del concetto e alla sua diffusione, si è posto il problema di come il paradigma della recovery possa essere realmente ed efficacemente tradotto nelle pratiche dei servizi. Un primo gruppo di documenti consiste in linee di indirizzo emanate in alcuni paesi, che di fatto assimilano e promuovono i principi del recovery movement. Primo in ordine di importanza, per l'impatto che ha prodotto negli anni successivi, è il report pubblicato negli Stati Uniti dalla President's New Freedom Commission on Mental Health del 2003, che è stato considerato una conquista per i movimenti degli utenti.⁸⁴ Esso incorpora la visione insita nel paradigma della recovery e attesta la necessità di una profonda trasformazione dell'assistenza psichiatrica.

“Il sistema non è orientato verso l'obiettivo più importante per le persone a cui esso è diretto: la speranza di guarire [...]. La maggior parte delle persone può guarire anche dalle malattie mentali più gravi se viene assicurato l'accesso al trattamento e il sostegno appropriato ai loro bisogni [...]. Recovery si riferisce al processo attraverso il quale le persone divengono capaci di vivere, lavorare e appartenere pienamente alle loro comunità. Per alcuni individui è la capacità di vivere una vita piena e produttiva malgrado la disabilità. Per altri recovery è la riduzione o la completa remissione dei sintomi. La scienza ha dimostrato che la speranza è un fattore determinante nei processi di guarigione”⁸⁵

Un'analoga recovery orientation è stata introdotta in programmi di riforma dell'assistenza psichiatrica in Scozia, Inghilterra, Australia, Nuova Zelanda, Canada, Irlanda.⁸⁶ Significativi endorsements che includono esplicite raccomandazioni per l'organizzazione e le prassi dei servizi sono stati pubblicati dal 2000 al 2009, dall'American Psychiatric Association, dall'American Psychological Association e, in Gran Bretagna, dal Royal College of Psychiatrists e dalla British Psychological Society. Questo ampio consenso, se da una parte testimonia la portata della diffusione del paradigma della recovery anche a livello di policy, dall'altra resta ovviamente limitato a una condivisione di principi la cui applicazione è rimandata all'effettiva traduzione di

⁸⁴ McLean A., *Recovering consumers and a broken mental health system in the United States: Ongoing challenges for consumers/survivors and the new freedom commission on mental health. Part I: Legitimization of the consumer movement and obstacles to it*, in International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 2003, n.8, pp. 47-57.

⁸⁵ President's New Freedom Commission on Mental Health, *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, 2003, p. 3.

⁸⁶ Ramon S., Healy B., Renouf N., *Recovery from mental illness as an emergent concept and practice in Australia and the UK*, in International Journal of Social Psychiatry, 2007, n.53, pp. 108-122.

essi nelle pratiche. Nella dialettica tra fattori esterni e interni si può affermare che i servizi giochino un doppio ruolo. Da una parte, infatti, essi rappresentano, insieme alla famiglia, il contesto interpersonale con cui le persone con disabilità psichiatrica sono prevalentemente in contatto, costituendo così essi stessi fattori esterni nel promuovere o ostacolare i processi di recovery personale; dall'altra, possono assumere un ruolo attivo di mediazione strategica fra i fattori interni e il contesto sociale allargato, svolgendo cioè un'azione di advocacy.⁸⁷

Una recente analisi qualitativa della letteratura sulle pratiche recovery-oriented ha permesso di individuare quattro domini che ne delimitano la cornice concettuale.⁸⁸

Il primo riguarda l'ambito del diritto alla piena cittadinanza: i servizi dovrebbero promuovere attivamente l'accesso alle opportunità di inclusione sociale in tutte le sue dimensioni (abitazione indipendente, rete sociale, attività lavorative, ecc.) per persone con disturbi mentali gravi e persistenti. Il secondo dominio è l'impegno organizzativo che dovrebbe concentrarsi e adattarsi ai bisogni delle persone piuttosto che alle esigenze dei servizi. Il terzo riguarda il focus prioritario sui percorsi di recovery per come sono definiti dagli stessi utenti: questi dovrebbero essere incoraggiati e sostenuti nel definire autonomamente bisogni, obiettivi e ambizioni per il loro futuro e su queste basi i servizi dovrebbero modellare i contenuti delle pratiche di cura e assistenza. Il quarto dominio, working relationship, corrisponde sostanzialmente a ciò che nel campo della clinica e delle relazioni d'aiuto viene definito "alleanza di lavoro" o "alleanza terapeutica": i servizi dovrebbero mostrare un autentico desiderio di sostenere gli utenti e i familiari nella piena realizzazione delle loro potenzialità e nel determinare il loro futuro. Queste implicazioni decisive per le pratiche dei servizi si inseriscono nel complesso mandato di bilanciare i diversi imperativi che dominano il campo della salute mentale: da una parte quelli ascrivibili alle esigenze del controllo, della tutela, della sicurezza; dall'altra, quelli relativi alla promozione della dignità, dei diritti, dell'autodeterminazione. I principi della recovery, scaturiti dall'esperienza soggettiva e dai movimenti per i diritti degli utenti hanno impresso, come abbiamo visto, un decisivo

⁸⁷ Maone A., D'Avanzo B., (a cura di), *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015 p. 23.

⁸⁸ Le Boutillier C., Leamy M. et al., *What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance*, in *Psychiatric Service*, n.62, pp. 1470-1476.

orientamento verso il secondo polo, mettendo di fatto in discussione ogni residuo atteggiamento paternalistico implicito nel primo.

Un primo importante impatto di questa spinta propulsiva sulle pratiche dei servizi si riflette sulla dicotomia fra evitamento sistematico del rischio e assunzione/gestione del rischio. Il rischio è inteso come la probabilità che accadano eventi dannosi per l'individuo, per l'ambiente circostante o per entrambi. Tali eventi si riferiscono solitamente a comportamenti che sfociano nel suicidio, nell'autolesionismo, nell'aggressività, nella violenza, nella trascuratezza, nell'abuso e nello sfruttamento nei confronti di sé stessi o di altri.⁸⁹

La gestione del rischio è considerata il fondamento della cura della salute mentale e i professionisti hanno tradizionalmente un ruolo importante in tale compito, al fine di scongiurare eventuali situazioni pericolose.⁹⁰ Lavorare nei servizi psichiatrici territoriali comporta, quindi, valutare efficacemente i possibili rischi che i pazienti pongono a sé stessi e agli altri e attuare anche interventi contro la loro volontà, se essi rappresentano un reale pericolo per la propria vita o per quella altrui.

Di fatto, il rischio è una parte intrinseca della convivenza con la malattia mentale, una componente necessaria della riabilitazione psichiatrica e non è un costrutto rigido, ma dinamico, fluido, variabile e soggetto a fattori esterni.⁹¹ Come affermano Perkins e Repper, chi opera nella salute mentale è consapevole di non poter "far sentire totalmente sicuro" nessuno e dovrebbe chiedersi quanta incertezza è in grado di sopportare, se non riesce a dare tale garanzia. Rispetto a questo ultimo punto, è evidente che il livello di sopportazione di una condizione di incertezza varia tra i professionisti ed è cruciale nella scelta, più o meno convinta, di controllare la vita dei pazienti. Ma se questi ultimi devono essere ritenuti responsabili delle loro scelte e se devono esercitarsi a farlo, i professionisti devono accettare che il rischio non può essere ridotto a zero e che non esistono azioni prive di rischio.⁹²

⁸⁹ Morgan J. F., *Giving up the culture of blame. Risk assessment and risk management in psychiatric practice*, in Briefing document for the Royal College of Psychiatrists. London: Royal College of Psychiatrists, 2007, p. 34.

⁹⁰ Perkins R., Repper J., *Recovery versus risk? From managing risk to the co-production of safety and opportunity*, in *Mental Health and Social Inclusion*, 2016, Vol.20, n.2, pp. 101-109.

⁹¹ Jones M., *Risk: A conversation worth having in mental health care?*, in *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 2020, Vol.7, n.1, p. 97.

⁹² Morgan S., *Positive risk-taking: An idea whose time has come*, *Health Care Risk Report*, 2004, Vol.10, n.10, p. 18.

Se è l'utente a definire i propri obiettivi e a reclamare la "dignità del rischio" e il "diritto di sbagliare" come parte essenziale dell'esercizio di autodeterminazione (agency), occorrerà allora una ridefinizione della responsabilità dei servizi e delle "soglie" di rischio accettabile.⁹³ Infatti, l'evitamento sistematico del rischio comporta l'adozione di prassi difensive da parte dei servizi e restrittive dell'autodeterminazione dell'utente, o giustifica interventi più o meno palesemente coercitivi, agendo nel complesso come potente fattore di dis-empowerment. A questo proposito Slade distingue perciò il rischio nocivo, correlato a comportamenti illegali, violenti o autolesivi, da un'accezione positiva del rischio come parte integrante dei processi di crescita, cambiamento, resilienza, sviluppo e consolidamento dell'identità.⁹⁴

Si tratta, quindi, di una tensione immanente e inevitabile, che un servizio recovery-oriented dovrebbe tener presente e affrontare caso per caso, attraverso la ricerca di un equilibrio non delegata a un solo operatore, ma quanto più possibile allargata e condivisa fra più operatori, l'utente e i familiari.

Un'altra importante implicazione che l'orientamento alla recovery comporta per i servizi, connessa alla precedente, si rivela nella tensione fra gradualità e tempestività. Essa è evidente specialmente nei percorsi riabilitativi, classicamente impostati su due assi della "restituzione sociale" della disabilità psichiatrica, abitazione e lavoro, e che tipicamente prevedono programmi articolati in fasi successive, vincolate al raggiungimento di obiettivi parziali nel recupero del funzionamento personale e sociale. In entrambi gli assi, lungo tali percorsi e fasi successive che si attuano generalmente in contesti istituzionali separati dal resto della comunità, la prospettiva di una reale uscita dal circuito viene sistematicamente differita, il paziente rischia di strutturare ulteriormente lo stigma interno e di prolungare la dipendenza istituzionale, mentre il sistema nel suo complesso tende verso una prospettiva di re-istituzionalizzazione.⁹⁵ In questi ambiti, l'orientamento della recovery implica invece l'assunzione che le persone apprendono dalle esperienze reali quando queste sono concretamente disponibili, non dopo aver dimostrato un miglioramento dei sintomi e

⁹³ Deegan, P. E., *Recovery and the Conspiracy of Hope*, intervento presentato alla Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand, Brisbane, 16 settembre 1996, p. 4. <http://www.patdeegan.com/pat-deegan/lectures/conspiracy-of-hope>.

⁹⁴ Slade M., *The contribution of mental health services to recovery*, in *Journal of Mental Health*, 2009, Vol. 18, n.5, pp. 367-371.

⁹⁵ Priebe, S., *Institutionalization revisited – with and without walls*, in *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004, Vol.110, n.2, pp. 81-82.

del funzionamento. Larry Davidson descrive questa situazione ricorrendo metaforicamente all'ortopedia.

“È come se nel campo dell'ortopedia non si fosse ancora accettata l'idea stessa della sedia a rotelle e si continuasse a insistere perché i paraplegici ricevano assistenza e partecipino a programmi riabilitativi finché non abbiano recuperato l'uso delle gambe, e per tutto il tempo necessario finché la tecnologia non arrivi a restituire loro la modalità autonoma”⁹⁶

La sedia a rotelle metaforica corrisponderebbe, nel campo della salute mentale, agli strumenti e alle opportunità necessari affinché le persone con disturbi gravi e cronici possano avere accesso alla normalità di possedere una casa, un reddito e ricevere un'assistenza modellata sui loro effettivi bisogni. In questo senso rientrano nelle prassi recovery-oriented gli approcci all'housing basati sull'abitazione indipendente con supporto flessibile e i modelli di inserimento lavorativo supportato che hanno dimostrato risultati molto più convincenti dei modelli tradizionali.⁹⁷

Altri aspetti delle prassi dei servizi che l'orientamento della recovery mette potenzialmente in questione riguardano le complesse relazioni fra aderenza al trattamento (compliance), consapevolezza della malattia (insight) e stigma. La carenza di consapevolezza nei disturbi schizofrenici è riportata in circa la metà dei casi ed è generalmente considerata come un fattore prognostico negativo in quanto è associata a una minore aderenza al trattamento e a esiti sfavorevoli.⁹⁸ Insight e compliance sono quindi in relazione circolare in quanto si potenziano reciprocamente e tale potenziamento diviene esso stesso un obiettivo fondamentale degli interventi terapeutici. Ma se l'elemento cruciale dei processi di recovery è, come abbiamo già visto, l'esercizio dell'autodeterminazione, vale la pena chiedersi come poterlo conciliare con la ricerca della passiva aderenza al trattamento. Studi qualitativi su gruppi di utenti scarsamente collaborativi hanno messo a fuoco un paradosso critico: lo psichiatra disposto, ad esempio, a ridurre o interrompere il trattamento farmacologico, aderendo ad una richiesta del paziente, è da questi percepito come autenticamente rispettoso dal suo punto di vista, e ciò consolida l'alleanza terapeutica;

⁹⁶ Davidson L., Tondora J., et al., *Il Recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative*, Erickson, 2012, p. 24.

⁹⁷ Nelson G., *Housing for people with serious mental illness: Approaches, evidence, and transformative change*, in *Journal of Sociology and Social Welfare*, 2010, Vol.37, n.4, pp. 145-146.

⁹⁸ Maone A., D'Avanzo B. (a cura di), *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015, p. 25.

ma, allo stesso tempo e su un altro piano, lo psichiatra potrebbe così disattendere le linee guida e le raccomandazioni della psichiatria evidence-based.⁹⁹

Anche in merito all'insight, l'attenzione ai processi di recovery apre questioni inedite. Se è vero che la consapevolezza del paziente, contrapposta al diniego della malattia, facilita la collaborazione e la continuità terapeutica, è altrettanto vero che ad alti livelli di insight corrispondono vissuti soggettivi di depressione, disperazione e tendenze suicidarie, connessi allo stigma internalizzato, cioè al riflesso che lo stigma sociale di malato mentale produce sul senso di sé e sull'identità.¹⁰⁰ Un'ulteriore implicazione dell'orientamento alla recovery è rappresentata dall'imprescindibilità di un riequilibrio dell'esercizio del potere nella relazione terapeutica. Rispetto a questo Maone e D'Avanzo sostengono:

“Se i processi di recovery sono prevalentemente autodiretti e di proprietà dell'utente, lo status e l'autorità dell'operatore tendono a venire ridimensionati. E ciò può essere vissuto come una minaccia all'identità sociale e all'autostima dei professionisti della salute mentale”¹⁰¹

In questo senso, si può prospettare la necessità di un processo di recovery degli operatori, cioè di un'elaborazione critica dei pregiudizi verso la malattia mentale che sembrano sopravvivere negli addetti ai lavori in misura perfino più pesante che nella popolazione generale.¹⁰² Questo tema richiama strettamente la delicata questione del “rapporto tutorio”, continuamente riconoscibile nel rapporto servizio-utente.

Di fronte alla disabilità psichiatrica, specialmente quando in essa predominano aspetti “negativi” apparentemente immodificabili come l'apatia, il ritiro o il rifiuto, l'operatore e il servizio mettono in atto strategie per contrastare l'impotenza attraverso l'attribuzione al paziente di scopi e percorsi sostanzialmente eterodiretti e spesso standardizzati. L'orientamento alla recovery implica invece una sorta di rinuncia preliminare a tale attribuzione arbitraria di scopi e alla pretesa che essa rappresenti la risposta a “richieste implicite” di aiuto, e un lavoro molto più impegnativo di ascolto pazienza,

⁹⁹ Priebe S., Watts J., Chase M., Matanov A., *Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: Qualitative study*, in *British Journal of Psychiatry*, 2005, n.187, pp. 438-443.

¹⁰⁰ Karow A., Pajonk F.G., Reimer J., Hirdes F., Osterwald C., Naber D., Moritz S., *The dilemma of insight into illness in schizophrenia: Self-and-expert-rated insight and quality of life*, in *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2008, Vol.258, n.3, pp. 152-159.

¹⁰¹ Maone A., D'Avanzo B. (a cura di), *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015, p. 25.

¹⁰² Nordt C., Rössler W., Lauber C., *Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression*, in *Schizophrenia Bulletin*, 2006, Vol.32, n.4, pp. 709-714.

tolleranza dei limiti, flessibilità, al fine di creare le condizioni per l'emergenza di spunti autentici di autodeterminazione.

Le implicazioni dell'orientamento alla recovery fin qui discusse mettono in evidenza come la sua effettiva traduzione nelle pratiche dei servizi non possa limitarsi ad un cambiamento di cornice valoriale o di linguaggio, ma richieda una trasformazione più profonda delle modalità di progettazione, erogazione e valutazione degli interventi. Se la recovery è un processo prevalentemente autodiretto, se l'utente è chiamato a definire obiettivi, assumere decisioni e partecipare attivamente alla gestione del rischio, allora diventa necessario interrogarsi su come i servizi possano creare contesti realmente abilitanti all'esercizio di tale agency. In questa prospettiva, il tema della coproduzione assume un ruolo centrale.

2.1 Recovery e Coproduzione

La coproduzione non si configura come una semplice consultazione degli utenti né come un coinvolgimento formale nei processi decisionali, ma come una modalità di lavoro in cui persone con esperienza di sofferenza psichica, familiari e professionisti condividono potere, responsabilità e competenze nella costruzione dei percorsi di cura e di supporto. Essa rappresenta una risposta concreta alla critica del rapporto tutorio e alla necessità di un riequilibrio dell'esercizio del potere nella relazione terapeutica, più volte richiamata dalla letteratura recovery-oriented, come in questo contributo di Lucchi in cui si legge:

“La recovery e coproduzione si stanno affermando a livello internazionale come paradigmi sinergici per i servizi di salute mentale. Entrambi i concetti possono essere ricondotti a una tendenza più ampia che interessa il settore sanitario e sociale: la patient-centred care, la personalizzazione degli interventi, anche attraverso strumenti di spesa sanitaria che prevedono la partecipazione diretta degli utenti nel definire orientamenti e indirizzi di servizi”¹⁰³

Il tema della coproduzione nasce in ambito accademico con gli studi di Elinor Ostrom diventando centrale nella dialettica riflessiva, soprattutto in Inghilterra, riguardo i Servizi pubblici e, rispetto al tema della salute, permette un riconoscimento sempre maggiore del ruolo dei beneficiari nella progettazione degli interventi socio-sanitari.

¹⁰³ Lucchi F. (a cura di), *Coproduzione e recovery. Un progetto presso i Servizi di salute mentale della provincia di Brescia*, Erickson, Trento, 2017, p. 13.

La più semplice definizione di co-produzione è:

“le persone che usano i servizi contribuiscono a produrli”¹⁰⁴

Per specificarla è possibile inserire almeno due caratteristiche. La prima è la relazione che si costruisce tra tutti i membri di un servizio:

“La co-produzione degli utenti e della comunità può essere definita come la fornitura di servizi tramite relazioni, regolari e di lungo periodo, tra fornitori professionali di servizi e relativa utenza o altri membri della comunità, dove tutte le parti danno un contributo sostanziale”¹⁰⁵

L'altra caratteristica sono le abilità, le risorse, i beni di ogni singola persona che porta nel servizio:

“The public sector and citizens making better use of each other's assets and resources to achieve better outcomes or improved efficiency”¹⁰⁶

Elinor Ostrom a partire dagli anni Settanta del secolo scorso evidenzia la necessità di un cambio di paradigma rispetto al tradizionale schema gerarchico e per linee verticali di ideazione dei servizi alla persona. L'idea di fondo sottesa a tale riflessione è quella per cui l'inammissibilità di una centralizzazione nel percorso di costruzione dei servizi non può che condurre alla conseguenza di individuare una soluzione alternativa. Il concetto di coproduzione viene definito dalla Ostrom come:

“The process through which inputs used to produce a good or service are contributed by individuals who are not 'in' the same organization”¹⁰⁷

Ne viene sottolineata quindi la natura processuale e viene definito nei termini di un percorso attraverso il quale gli input utilizzati per fornire un certo servizio provengono dal contributo di soggetti che non appartengono alla stessa organizzazione. Si tratta di una definizione ampia di co-produzione, caratterizzata dal fatto di conferire rilevanza

¹⁰⁴ Needham C., *Co-Production: an Emerging Evidence Base for Adult Social Care Transformation*, SCIE, 2012, p. 4.

¹⁰⁵ Bovaird T., *Beyond Engagement and Participation – User and Community Co-Production of Public Services*, in *Public Administration Review*, 2007, Vol.67, n.5, p. 847.

¹⁰⁶ Bovaird T., Loeffler E., *From engagement to co-production: The contribution of users and communities to outcomes and public value*, in *Voluntas*, 2012, Vol.23, n.4, p. 1121.

¹⁰⁷ Ostrom, E., *Crossing the great divide: Coproduction, synergy, and development*, in *World Development*, 1996, Vol.24, n.6, p. 1073.

ad una relazione che si instaura in un momento antecedente rispetto a quello dell'erogazione di un certo servizio e comporta un contributo contestuale di risorse da parte degli attori in gioco. Tale concetto presuppone una convergenza di punti di vista che vengono a confrontarsi su un piano comune: la progettualità rappresenta l'espressione di un percorso in cui si incontrano e dialogano reciprocamente e fin dall'inizio portatori di conoscenze diverse tutte, comunque, concorrenti ad incrementare il livello qualitativo e quantitativo dei servizi che scaturiscono da questa collaborazione e condivisione.¹⁰⁸

La co-progettazione rappresenta, da questo punto di vista, la “forma” più concreta e definita in cui si attua il modello di coproduzione dei servizi di cui si è detto, quale risultato di un percorso in cui la co-progettazione rappresenta uno strumento per realizzare la condivisione ex ante dei “problemi” di fondo sottesi ai servizi stessi. La co-progettazione fornisce una chiave di lettura che va oltre la dimensione della fornitura-prestazione per rivolgersi a ciò che costituisce, in un'ottica preliminare, la fase del design e della definizione delle condizioni di contesto, del contenuto stesso di tali servizi o interventi e di tutto ciò che logicamente precede la loro materiale erogazione.

“La co-produzione collaborativa [...] diviene uno strumento caratterizzato per la sua attitudine a fornire un supporto metodologico a favore dell'amministrazione per decifrare la complessità di problemi altrimenti intrattabili”¹⁰⁹

e, al tempo stesso, garantire la scelta di soluzioni innovative che nascono “dal basso” in risposta ad uno specifico problema sociale.

All'interno del processo di co-produzione il cittadino passa da fruitore passivo di servizi o consumatore, a co-produttore. Infatti, i cittadini co-produttori:

- sono essenziali per far sì che un servizio vada avanti con i suoi requisiti (gli utenti come fattore critico di successo);

¹⁰⁸ Frediani E., *La co-progettazione dei servizi sociali. Un itinerario di diritto amministrativo*, Torino, Giappichelli, 2022, p. 10.

¹⁰⁹ Profeti S., Tarditi V., *Le pratiche collaborative per la co-produzione di beni e servizi: quale ruolo per gli enti locali?*, in *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, 2019, n.3, pp. 868–869.

- conoscono cose che molti professionisti non conoscono (gli utenti come persone pensanti);
- hanno tempo ed energie che possono offrire per aiutare altri (gli utenti come risorsa);
- hanno diverse capacità che potenzialmente li rendono preziosi collaboratori per le loro comunità, non semplicemente dei questuanti che chiedono all'amministrazione pubblica di rendere buoni alcuni loro deficit (gli utenti come titolari di risorse);
- possono promuovere il valore di un servizio che ricevono, così che è più probabile che altri cittadini lavorino insieme a questi servizi e accettino il loro finanziamento (gli utenti come testimonial);
- possono coinvolgersi in relazioni collaborative, piuttosto che paternalistiche, con lo staff, con altri utenti dei servizi e con altre persone.¹¹⁰

Se queste potenzialità si realizzano, allora con la co-produzione non possiamo più parlare di utenti di un servizio: non possiamo più pensare che la persona semplicemente usi un servizio, ma lo pensa, lo progetta, lo produce, lo utilizza e lo valuta. Si crea, allora, un nuovo senso di appartenenza costruita attorno ad un servizio di welfare.

La co-produzione può, quindi, essere interpretata come una nuova cultura e un nuovo stile di lavoro che pone al centro la relazione tra utente e professionista, aperta agli apporti delle reti sociali dell'uno (famiglia, amici, comunità, associazioni) e dell'altro (organizzazioni di appartenenza, reti di pari, enti locali), per la produzione di servizi personalizzati personalizzanti, e ossia costruiti con, a favore di, per la fioritura dell'utente stesso e della sua comunità di riferimento.

I principi fondamentali della co-produzione, quindi, riguardano essenzialmente la persona-utente, le sue relazioni di mondo vitale e i ruoli attinenti il servizio. Il primo,

¹¹⁰ Pestoff V., Brandsen T., Verschuere B., *New Public Governance, the Third Sector and Co-Production*, Routledge, London/New York, 2012, p. 112.

esplicitato da Needham, riguarda l'abilità di riconoscere le persone come risorsa e investire sulle capacità esistenti:

“Co-productive approaches assume that people who use services have expertise and assets, which are essential to effective service systems”¹¹¹

Il centro quindi, non è più il fallimento, lo svantaggio o la disabilità della persona; diviene fondamentale scommettere sulle sue capacità e sul come può utilizzarle, come sostenuto da Boyle e colleghi:

“Recognising people as assets: transforming the perception of people from passive recipients of services and burdens on the system into one where they are equal partners in designing and delivering services”¹¹²

Il punto di partenza è il riconoscimento e la crescita delle capacità personali già esistenti. Proprio per questo motivo la co-produzione è più relazionale che transazionale: gli outcome dei servizi si ottengono attraverso person-centred relationship, piuttosto che con meccanismi sostitutivi o di scambio commerciale.¹¹³

Il secondo principio, individuato da Boyle e Harris, riguarda reciprocità, mutualità e reti di supporto tra pari, nel loro contributo si legge:

“la ragione per cui i nostri attuali servizi sono così male attrezzati è che essi hanno largamente trascurato il sistema operativo sottostante da cui dipendono: l'economia sociale della famiglia e del quartiere”¹¹⁴

Proprio per ripartire da questa core economy, la co-produzione si sviluppa incentivando l'impegno, le relazioni reciproche e le responsabilità mutuali tra professionisti, utenti e famiglia.

¹¹¹ Needham C., *Co-Production: an Emerging Evidence Base for Adult Social Care Transformation*, in SCIE, 2012, p. 8.

¹¹² Boyle D., Coote A., Sherwood C., Slay J., *Right Here, Right Now. Taking Co-Production into the Mainstream*, London, NESTA, 2010, p. 9.

¹¹³ Orlandini M., Rago S., Venturi P., *Co-produzione. Ridisegnare i servizi di welfare*, AICCON, Short Paper 1/2014, p. 7.

¹¹⁴ Boyle D., Harris M., *The Challenge of Co-production. How equal partnerships between professionals and the public are crucial to improving public services*, London, nef-NESTA, 2009. p. 5.

Infine, sfuocare le distinzioni di ruolo, facilitando piuttosto che erogando è il terzo ed ultimo principio della co-produzione, la quale rende meno chiare le distinzioni tra professionisti ed utenti, così come tra produttori e consumatori di servizi. I primi sono chiamati a diventare più dei catalizzatori e dei facilitatori che dei meri esecutori e lo stesso è richiesto ai servizi. Ai secondi viene domandato uno sforzo per l'acquisizione di nuove conoscenze ed abilità, reinvestendo nel loro capitale umano.

Alla luce di questi principi, la coproduzione implica una ridefinizione profonda delle posizioni soggettive all'interno dei servizi. Il riconoscimento delle persone come portatrici di risorse, la centralità delle relazioni e la sfuocatura dei ruoli tradizionali rendono necessario interrogarsi su chi, concretamente, incarna tali presupposti all'interno di contesti di cura e di supporto. In questo quadro emerge la figura dell'esperto per esperienza (expert by experience), ovvero della persona che, a partire dalla propria esperienza vissuta di sofferenza psichica e di relazione con i servizi, sviluppa un sapere esperienziale riconosciuto come risorsa legittima nei processi di progettazione, erogazione e valutazione degli interventi.

2.2 Esperti “per esperienza” e Recovery

L'esperto per esperienza rappresenta una delle espressioni più compiute della coproduzione, poiché incarna il passaggio da un modello centrato sul deficit e sulla dipendenza a un approccio orientato alle capacità, all'autodeterminazione e alla responsabilità condivisa. Il suo contributo non si esaurisce nel racconto autobiografico, ma si configura come una competenza situata, capace di generare conoscenza utile, promuovere relazioni paritarie e attivare processi di empowerment e speranza, in linea con il paradigma della recovery.

Nel paradigma della recovery, l'esperienza vissuta della sofferenza psichica viene progressivamente riconosciuta come una forma di sapere legittima, distinta ma complementare rispetto a quella professionale.

Come sottolinea Mike Slade, la recovery non può essere intesa come un processo agito dai servizi sull'individuo, ma come un percorso autodiretto di trasformazione, nel quale la persona recupera dignità, agency e significato:

“Recovery is something worked towards and experienced by the person with mental illness. It is not something services can do to the person”¹¹⁵

Patricia Deegan descrive la recovery come un processo profondamente soggettivo e trasformativo, nel quale l’esperienza vissuta diventa il fondamento di una nuova conoscenza di sé e del mondo. Tale conoscenza, maturata nel confronto diretto con la sofferenza, non è riconducibile a quella clinica, ma costituisce una forma distinta di sapere, capace di orientare le pratiche dei servizi in modo più rispettoso e generativo:

“Recovery is often defined conservatively as returning to a stable baseline or former level of functioning. However many people [...] have experienced recovery as a transformative process in which the old self is gradually let go of and a new sense of self emerges”¹¹⁶

Su questa base si sviluppa il riconoscimento degli esperti per esperienza come portatori di sapere situato, capace di orientare in modo significativo le pratiche dei servizi. Repper e Perkins sottolineano come gli esperti per esperienza siano portatori di competenze specifiche, che derivano dall’aver attraversato in prima persona i servizi e i processi di guarigione, e che risultano essenziali per costruire interventi realmente efficaci e orientati alla persona. In particolare, il contributo degli esperti per esperienza consente di colmare la distanza tra modelli teorici e vita quotidiana:

“People with lived experience bring a different kind of knowledge – knowledge that comes from having ‘been there’ – which is essential to supporting recovery”¹¹⁷

Il supporto tra pari e l’impiego di peer workers rendono concreto il principio di co-produzione, collocando l’esperienza vissuta al centro dei sistemi di cura:

“Working together, ‘co-producing’ services alongside traditional mental health professionals, they can offer a truly comprehensive and integrated model of care”¹¹⁸

Slade esplicita ulteriormente questo cambio di paradigma distinguendo nettamente tra servizi tradizionali e servizi orientati alla recovery. In questi ultimi, la conoscenza non è più appannaggio esclusivo dei professionisti, ma nasce dall’incontro tra diversi

¹¹⁵ Slade M., *100 ways to support recovery*, Rethink Mental Illness, London, 2009, p. 3.

¹¹⁶ Deegan P.E., *Recovery as a Self-Directed Process of Healing and Transformation*, in *Occupational Therapy in Mental Health*, 2002, Vol.17, n.3, p. 5.

¹¹⁷ Repper J., Perkins R., *Social Inclusion and Recovery*, Baillière Tindall, 2012, p. 45.

¹¹⁸ Repper J., *Peer Support Workers: Theory and Practice*, Centre for Mental Health – ImROC Briefing Paper, London 2013, p. 1.

saperi, inclusa l'esperienza diretta delle persone che vivono o hanno vissuto la sofferenza mentale:

“Staff and patients: experts by training and experts by experience”¹¹⁹

i servizi orientati alla recovery devono quindi riconoscere la complementarità tra saperi diversi, ridefinendo le tradizionali asimmetrie di potere tra professionisti e utenti:

“Recovery-oriented services value both professional expertise and experiential expertise”¹²⁰

Il riconoscimento dell'expertise dell'utente, oltre ad una ridefinizione delle relazioni di potere all'interno dei servizi, favorisce il passaggio da modelli paternalistici a relazioni di partenariato. Gli esperti per esperienza contribuiscono così non solo al supporto diretto di altri utenti, ma anche alla trasformazione culturale delle organizzazioni, promuovendo pratiche basate su speranza, responsabilità personale e valorizzazione delle risorse individuali:

“Peer support is about being an expert in not being an expert – and that takes a lot of expertise”¹²¹

Anche Larry Davidson colloca l'esperienza vissuta al centro dei processi di recovery, sottolineando come essa rappresenti una risorsa fondamentale non solo per i singoli individui, ma per la trasformazione complessiva dei servizi. Secondo l'autore, il sapere che nasce dall'esperienza diretta della sofferenza mentale contribuisce a ridefinire la recovery come processo sociale e relazionale, oltre che individuale:

“Recovery is not something that professionals do to or for people, but something people do for themselves, with the support of others”¹²²

In una prospettiva più marcatamente politica e orientata ai diritti, Peter Beresford sottolinea come il riconoscimento del sapere esperienziale costituisca un passaggio cruciale per la democratizzazione dei servizi e per il superamento dei modelli

¹¹⁹ Slade M., *100 ways to support recovery*, Rethink Mental Illness, London, 2009, p. 6.

¹²⁰ Australian Health Ministers' Advisory Council, *A National framework for recovery-oriented mental health services: policy and theory*, Commonwealth of Australia, 2013 p. 3.

¹²¹ Repper J., *Peer Support Workers: Theory and Practice*, Centre for Mental Health – ImROC Briefing Paper, London 2013, p. 9.

¹²² Davidson L., et al., *Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle?*, in *Professional Psychology: Research and Practice*, 2005, Vol.36, n.5, p. 481.

paternalistici. L'esperienza degli utenti diventa così una forma di conoscenza sociale e collettiva, capace di incidere sui processi decisionali. Beresford, infatti, sostiene:

“User research highlights the value of experiential knowledge – what service users know from direct or ‘lived’ experience – and is explicit about its inherently political nature. Because of this, it clearly comes into collision with the positivist values of ‘objectivity’, ‘neutrality’ and ‘distance’ traditionally associated with scientific research”¹²³

Al contrario, Rose e Kalathil evidenziano come, in assenza di un reale equilibrio del potere decisionale, la coproduzione possa trasformarsi in una pratica retorica che non valorizza pienamente il sapere esperienziale e la partecipazione:

“What appeared on the surface in one project as a successful partnership hid the persistent power relations based on both status and knowledge possession”¹²⁴

2.3 I Recovery Colleges

Tra le esperienze che maggiormente incarnano questo approccio si collocano i Recovery College, nati come contesti di apprendimento condiviso, non clinici e orientati alla cittadinanza, nei quali il sapere esperienziale delle persone in recovery assume pari dignità rispetto al sapere professionale. Il Recovery College può essere letto come un dispositivo organizzativo capace di rendere operativi i principi della recovery e della coproduzione, offrendo uno spazio in cui la persona non è definita a partire dal deficit o dalla diagnosi, ma dal proprio progetto di vita, dalle risorse e dalle aspirazioni future.

Le origini dei Recovery College si collocano all'interno del più ampio sviluppo del paradigma della recovery in salute mentale e, in particolare, nell'esperienza dei Recovery Education Centres negli Stati Uniti tra la fine degli anni Novanta e i primi anni Duemila. In questo contesto, alcune esperienze pionieristiche, come il Centre for Psychiatric Rehabilitation di Boston e il Recovery Innovations di Phoenix, hanno introdotto per la prima volta un approccio esplicitamente educativo alla recovery, in alternativa ai modelli prevalentemente clinico-terapeutici. Come afferma Lori Ashcraft,

¹²³ Beresford P., *User Involvement, Research and Health Inequalities*, in *Health and Social Care in the Community*, 2007, Vol.15, n.4, p. 308.

¹²⁴ Rose D., Kalathil J., “*Power, Privilege and Knowledge*”, in *Frontiers in Sociology*, 2019, Vol.4, n.54, p. 2.

allora direttrice di Recovery Innovations, la scelta di adottare il modello formativo rispondeva all'esigenza di spostare il focus dai deficit alle risorse delle persone:

“We decided to use education as the model for approaching recovery, rather than develop more traditional alternatives... we want our center to be about reinforcing and developing people's strengths rather than adding to the attention on what is wrong with them”¹²⁵

Questo orientamento educativo, fondato sul riconoscimento delle capacità, sull'apprendimento autodeterminato e sull'integrazione tra sapere professionale ed esperienziale, costituisce il nucleo concettuale che verrà successivamente ripreso e sistematizzato nel modello dei Recovery College sviluppato nel Regno Unito. Come sottolineato da ImROC (Implementing Recovery through Organisational Change), i Recovery Education Centres statunitensi hanno rappresentato un riferimento fondamentale per la costruzione di servizi orientati alla recovery:

“Recovery Education Centres have been central to the development of recovery-focused services in the USA, such as those in Boston, Massachusetts and Phoenix, Arizona”¹²⁶

Il passaggio dal contesto statunitense a quello britannico avviene a partire dal 2009, quando viene avviato il primo progetto pilota di Recovery College presso il South West London and St George's Mental Health NHS Trust. Questa esperienza segna l'inizio di una fase di sistematizzazione del modello, che trova nel lavoro di ImROC il principale motore di diffusione e consolidamento. Come indicato da Ashcraft, il Recovery College nasce con l'obiettivo di tradurre i principi della recovery in un cambiamento organizzativo profondo dei servizi di salute mentale, attraverso l'adozione di un paradigma educativo che affianchi e completi gli interventi clinici tradizionali:¹²⁷

“We decided to use education as the model for approaching recovery, rather than develop more traditional alternatives. We did this because we want our center to be about reinforcing and developing people's strengths rather than adding to the attention on what is wrong with them. The guiding vision

¹²⁵ Ashcraft L., *The Recovery Education Center Model*, Recovery Innovations, Phoenix (AZ), in *Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC)*, *Recovery Colleges*, briefing paper, 2000, p. 2.

¹²⁶ Perkins R., Repper J., Rinaldi M., Brown H., *Recovery Colleges*, *Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC)*, briefing paper, Londra, 2012, p. 3.

¹²⁷ Ashcraft L., Anthony W., *A story of transformation: an agency fully embraces recovery*, in *Behavioral Healthcare Tomorrow*, Aprile, 2005, Vol.14, n.2, pp. 12-22.

we had for the Recovery Education Center is reflected in the mission statement: people will discover who they are, learn skills and tools to promote recovery, find out what they can be, and realize the unique contribution they have to offer”¹²⁸

Dopo l’esperienza londinese, il modello viene rapidamente esteso ad altri contesti del Regno Unito, in particolare a Nottingham, dove nel 2011 viene istituito un secondo Recovery College, destinato a diventare uno dei principali riferimenti internazionali.¹²⁹ Parallelamente, la letteratura scientifica internazionale riconosce i Recovery College come una delle innovazioni più significative nel campo della salute mentale orientata alla recovery. Whitley sottolinea come questi dispositivi rappresentino un’evoluzione diretta delle esperienze educative statunitensi, adattate e sviluppate nel contesto britannico:

“Recovery colleges are a new initiative aimed at people with mental illness to support their recovery... The first recovery colleges emerged in the USA in the 1990s, informing a model that has been adapted and implemented across the world in the last decade”¹³⁰

Il Recovery College non viene concepito come una forma di terapia né come una tecnica riabilitativa in senso tradizionale, ma come un dispositivo fondato su un paradigma educativo che permea l’intero modello organizzativo e culturale del College. Nei documenti ImROC è esplicitato che il Recovery College

“uses an educational paradigm to complement traditional treatment approaches”¹³¹

Tale orientamento implica uno spostamento radicale del focus: dall’intervento sui deficit e sui sintomi alla valorizzazione delle capacità, delle risorse e delle potenzialità delle persone, in una prospettiva coerente con i principi della recovery. Coerentemente con questa impostazione, l’accesso e la partecipazione al Recovery College avvengono secondo modalità analoghe a quelle di un contesto formativo tradizionale. Le persone sono prese in carico come pazienti ma si iscrivono come studenti,

¹²⁸ Ashcraft L., Anthony W., *A story of transformation: an agency fully embraces recovery*, in Behavioral Healthcare Tomorrow, Aprile, 2005, Vol.14, n.2, p. 12.

¹²⁹ Perkins R., Meddings S., Williams S., Repper J., *Recovery Colleges: 10 Years On*, Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC), Londra, 2017, p. 6.

¹³⁰ Whitley R., Shepherd G., Slade M., *Recovery colleges as a mental health innovation*, in *World Psychiatry*, 2019, vol.18, n. 2, p. 141.

¹³¹ Perkins R., Repper J., Rinaldi M., Brown H., *Recovery Colleges*, ImROC, Centre for Mental Health, 2012, <https://www.imroc.org/publications/1-recovery-colleges?rq=recovery%20college> (consultato il 09/01/2026)

selezionano i corsi di interesse da un prospetto formativo e costruiscono un percorso di apprendimento sulla base dei propri interessi, bisogni e obiettivi personali senza ricevere prescrizioni su ciò che devono fare:

“students select courses from a prospectus, they are not told what is good for them[...] The College is not a day centre , nor does it offer treatment or co-ordination of care” ¹³²

Lo studio empirico condotto presso il Nottingham Recovery College conferma questa impostazione, evidenziando che:

“students are encouraged to take ownership of their ILP (individual learning plan) [...] it is axiomatic in the college that students work towards their own goals and to overcome personal challenges identified”¹³³

All'interno del Recovery College la relazione educativa tra studenti, docenti e tutor assume una configurazione collaborativa e non gerarchica. I formatori non agiscono come esperti che definiscono problemi e prescrivono soluzioni, ma come facilitatori del processo di apprendimento, supportando gli studenti nel raggiungimento di obiettivi formativi personalizzati. Come riportato da McGregor, Repper e Brown:

“it is not just about problems, it is about solutions, they are coming up with the solutions themselves”¹³⁴

In questo senso, è lo studente a mantenere un ruolo attivo e decisionale rispetto al proprio percorso, configurandosi come protagonista del processo educativo. Questa impostazione è efficacemente sintetizzata dallo slogan “essere studenti del proprio benessere”, espressione che, pur emergendo in modo emblematico nell'esperienza del Nottingham Recovery College, restituisce un obiettivo condiviso dall'intero modello dei Recovery College. L'intento non è quello di “trattare” le persone, ma di metterle nelle condizioni di apprendere, scegliere e sviluppare competenze utili alla propria vita quotidiana e al proprio percorso di Recovery. Lo studio di McGregor e colleghi evidenzia come i partecipanti descrivano l'esperienza del Recovery College come un contesto in cui:

¹³² ibidem

¹³³ McGregor J., Repper J., Brown H., *The college is so different from anything I have done: A study of the characteristics of Nottingham Recovery College*, in *Journal of Mental Health Training, Education and practice*, 2014, vol. 9, n. 1, p. 10.

¹³⁴ *ivi*, p. 9.

“The ILP and induction gives you confidence [...] You have skills from the past that you have lost regaining them increases your confidence, it is empowering”¹³⁵

Chi frequenta il Recovery College assume dunque un ruolo attivo che favorisce il protagonismo non solo del proprio percorso di apprendimento, ma anche nella relazione con gli operatori e con l’organizzazione del servizio. Il Recovery College è infatti strutturalmente fondato sulla co-produzione, intesa come collaborazione tra persone con esperienza vissuta e professionisti nella progettazione, realizzazione e valutazione dell’offerta formativa.

“There should be co-production at every level and every stage, from initial planning and development to decision about operation, curriculum and quality assurance”¹³⁶

In questo quadro utenti e operatori lavorano insieme come formatori e facilitatori contribuendo alla costruzione di programmi formativi che possono avere durata semestrale o annuale e che si sviluppano in un’ottica di apprendimento condiviso e trasformativo.

Questi principi sono stati elaborati in sei “critical dimension” di successo che le attività dei Recovery Colleges dovrebbero soddisfare:

- Educational: basata sui principi educativi e su un curriculum co-prodotto e orientato alla recovery, nel quale ogni studente dispone di un piano di apprendimento individuale fondato sui propri desideri e aspirazioni. Gli studenti scelgono i corsi che desiderano frequentare senza invio o prescrizione e dispongono di un tutor personale, anche con il contributo di peer-supporter, così da favorire l’accesso e la frequenza di persone che richiedano un elevato livello di individualizzazione.
- Collaborative: prevedono prassi orientate alla co-produzione in tutti gli aspetti del funzionamento del Recovery College: dalla progettazione del curriculum e dei corsi, alla co-facilitazione e al co-apprendimento, che mettono in relazione competenze derivanti dall’esperienza vissuta, dall’esperienza di vita, dalla professionalità e dal sapere disciplinare.

¹³⁵ *ivi*, p. 12.

¹³⁶ Perkins R., Repper J., Rinaldi M., Brown H., *Recovery Colleges*, ImROC, Centre for Mental Health, 2012, <https://www.imroc.org/publications/1-recovery-colleges?rq=recovery%20college> (consultato il 09/01/2026)

- Strengths-based and person-centered: i punti di forza, le competenze, le qualità e le potenzialità di studenti e operatori vengono individuati, valorizzati e sviluppati. Per entrambi, risultati, abilità e qualità sono riconosciuti, potenziati e valorizzati.
- Progressive: sostiene attivamente gli studenti nel procedere nel proprio percorso di vita, nel raggiungere gli obiettivi da loro stessi individuati e nell'esplorare possibilità al di fuori dei servizi
- Community facing: prevede un coinvolgimento attivo delle organizzazioni di comunità e delle istituzioni educative ordinarie presenti nel territorio, con una forte enfasi sul lavoro di partnership. I Recovery College non sono un sostituto dei college ordinari, è fondamentale che agiscano come ponte verso le opportunità formative di apprendimento ordinarie presenti nella comunità, piuttosto che come un'alternativa segregata. Allo stesso tempo, è altrettanto importante che fungano da collegamento, e non da sostituto, anche rispetto ad altre opportunità comunitarie.
- Inclusive: i Recovery College accolgono studenti di ogni tipo, cultura, abilità e livello di istruzione. Non vi sono requisiti diagnostici, esclusioni né valutazioni formali del rischio. Accolgono inoltre professionisti della salute mentale, altri operatori, familiari, amici, caregiver e persone della comunità locale, e sono gratuiti per tutti. Tutti apprendono insieme gli uni dagli altri.¹³⁷

La questione relativa alla necessità di disporre di una sede fisica può risultare più controversa e, ad oggi, non sono state condotte ricerche specifiche volte a indagarne l'importanza. Molti Recovery College hanno tuttavia riscontrato che una sede centrale offre un nucleo fondamentale, una rappresentazione tangibile dell'impegno verso il modello, in grado di conferire un'identità riconoscibile e di creare opportunità di incontro tra formatori e studenti. Sebbene la maggior parte dei Recovery College organizzino corsi satellite in sedi diverse, essi ritengono generalmente importante disporre di un "hub" centrale da cui si diramano le diverse attività. La presenza di una sede consente inoltre agli studenti provenienti da corsi differenti di incontrarsi e condividere esperienze. In ogni ambiente di apprendimento è fondamentale che gli

¹³⁷ Perkins, R., Meddings, S., Williams, S., & Repper, J., *Recovery Colleges: 10 Years On*. ImROC – Implementing Recovery through Organizational Change, Londra, 2017, <https://www.imroc.org/publications/recovery-colleges-10-years-on> (consultato il 05/01/2026)

studenti abbiano la possibilità di svolgere ricerche autonome e una sede fisica consente di offrire tale opportunità attraverso una Recovery Library, dotata di computer, materiali di lettura, DVD e altre risorse. Una biblioteca di questo tipo può rappresentare uno strumento rilevante per promuovere l'agenda della recovery in modo più ampio all'interno dei servizi: sia le persone con problemi di salute mentale sia gli operatori possono accedere a materiali significativi sulla recovery e i professionisti possono indirizzare le persone che seguono verso la biblioteca affinché possano reperire tali risorse.¹³⁸

Vari ma tendenzialmente ricorrenti sono i temi proposti dai corsi dei Recovery College:

- Comprensione dei vari aspetti della salute mentale con riferimenti più o meno specifici alle diagnosi e alle opzioni di trattamento o focus su un disturbo in particolare.
- Comprensione della Recovery e dell'importanza di narrare la propria storia per acquisire maggiore consapevolezza, attraverso corsi che spaziano dalla scrittura, problem-solving, storie di recovery a interventi sulla spiritualità, self-management e tecniche che possono supportarlo (mindfulness, conoscenza delle terapie farmacologiche, gestione dei momenti di crisi ecc.)
- Acquisizione di life skills da spendere nella comunità di riferimento oppure nel rapporto con i servizi come la gestione economica personale, saper trovare e mantenere un lavoro o impostare un percorso di studi, sapersi interfacciare e interagire in modo proficuo con i Servizi di salute mentale.
- Formazione per utenti interessati a svolgere un ruolo di utente esperto di supporto tra pari nella rete dei servizi che fanno riferimento a un Recovery College o in altri servizi con posizioni aperte.
- Opportunità formative o di supporto a familiari o carers intenzionati ad acquisire competenze per gestire efficacemente il rapporto e l'assistenza dei propri congiunti affetti da un disturbo psichico.¹³⁹

Nel contesto italiano, la diffusione dei Recovery College non avviene attraverso un recepimento istituzionale unitario del modello, ma si sviluppa come esito di una

¹³⁸ ibidem

¹³⁹ Lucchi F. (a cura di), *Coproduzione e Recovery. Un progetto presso i servizi di salute mentale della provincia di Brescia*, Erickson, Trento, 2017, p. 16.

pluralità di esperienze locali e sperimentazioni territoriali, fortemente radicate nei servizi di salute mentale e nelle reti di comunità.¹⁴⁰ Il primo progetto di Recovery College in Italia, il programma For (Formazione e opportunità per la recovery) è stato avviato a Brescia nel 2014 da un gruppo di progetto composto da soggetti pubblici e del privato sociale e che attualmente è entrato a far parte dell'offerta routinaria dei servizi della ASST (azienda socio sanitaria territoriale) locale. Questa esperienza nasce esplicitamente in dialogo con il modello britannico del Nottingham Recovery College e prende forma a seguito di un percorso di confronto che, già nel 2013, coinvolge operatori, utenti e familiari dei servizi bresciani in un incontro diretto con esponenti del contesto inglese, tra cui Julie Repper e Geoff Shepherd.¹⁴¹ L'obiettivo era quello di promuovere la Recovery nell'ambito della salute mentale e, in linea con le caratteristiche generali dei Recovery Colleges, il progetto intendeva:

- Stimolare nei servizi una trasformazione culturale e organizzativa favorevole alla filosofia della recovery
- Favorire la sperimentazione di percorsi di Recovery nelle organizzazioni e l'assunzione di best practice per la salute mentale
- Restituire protagonismo all'utenza, considerata non solo come singolo cittadino, ma anche, soprattutto, come "gruppi di interesse" orientati al benessere e alla proattività.¹⁴²

Il progetto è stato realizzato attraverso l'organizzazione di due semestri di percorsi formativi proposti alla comunità. Nel primo semestre del 2014 il programma prevedeva diciassette corsi a catalogo, in aggiunta ad alcuni incontri monotematici di una giornata. Nel secondo semestre 2014-2015 i corsi sono divenuti venti con il mantenimento degli incontri monotematici.

Questa prima esperienza si è poi ripetuta negli anni ed è stata di ispirazione per altre realtà dove sono nati altri Recovery College come a Trento, Milano, Ivrea, Mantova, Rovereto e Bologna, alcuni dei quali con il supporto diretto del gruppo di lavoro bresciano.

¹⁴⁰ CoLab Torre Cimabue – Brescia, *Recovery College*, <https://www.colab-brescia.it/recovery-college/> (consultato il 14/10/2025)

¹⁴¹ ibidem

¹⁴² Lucchi F. (a cura di), *Coproduzione e Recovery. Un progetto presso i servizi di salute mentale della provincia di Brescia*, Erickson, Trento, 2017, p. 21.

L'esperienza del Recovery College di Bologna si colloca all'interno di un più ampio percorso di innovazione delle politiche e delle pratiche di salute mentale, fondato sull'idea che il benessere individuale e collettivo sia strettamente connesso ai contesti di vita, alle relazioni sociali e alle risorse presenti nei territori. Tale prospettiva trova una sintesi efficace nell'espressione "la salute mentale come bene comune...perché ci vuole una città", che dà il nome al progetto promosso dall'Azienda USL di Bologna in collaborazione con l'Alma Mater Studiorum Università di Bologna, il Comune di Bologna e la Città Metropolitana di Bologna.¹⁴³ L'obiettivo dichiarato dell'iniziativa è quello di promuovere pratiche orientate alla recovery e di creare, nel territorio metropolitano bolognese, un Recovery College capace di dialogare con le comunità locali e di valorizzarne le risorse sociali, culturali, relazionali e associative. Il progetto nasce in un contesto storico e sociale segnato da trasformazioni profonde. Nel 2022, infatti, l'OMS ha indicato il tema della Salute mentale e del benessere per tutti come una priorità globale facendo riferimento a un suo recente rapporto nel quale si rileva che una persona su otto vive con un disturbo mentale e che la pandemia da Sars Covid-19 ha incrementato del 25% i disturbi depressivi e dello spettro ansioso.¹⁴⁴ Inoltre, lo stigma e le discriminazioni rivolte alle persone con problemi di salute mentale continuano ad essere forti barriere all'inclusione e all'accesso alle cure adeguate creando forti iniquità in tema di salute e benessere. Parallelamente, i servizi di salute mentale sono stati sottoposti a una sorta di "stress test" che ha messo in luce la necessità di ripensare modelli organizzativi e pratiche di intervento, anche attraverso il confronto con esperienze regionali, nazionali e internazionali. In questo quadro, emerge l'esigenza di costruire servizi più prossimi ai contesti di vita, capaci di integrare competenze cliniche aggiornate con pratiche di partecipazione e di protagonismo attivo di utenti, familiari e cittadini. È a partire da questa visione che prende forma un nuovo "disegno trasformativo" per la salute mentale a Bologna.

Su queste basi, nel marzo 2022 viene avviato formalmente il percorso partecipativo "la salute mentale come bene comune...perché ci vuole una città", concepito come processo aperto e inclusivo finalizzato alla creazione del Recovery College di Bologna. L'idea alla base è che il benessere di ciascuno di noi è tale in relazione con il contesto

¹⁴³ *La salute mentale come bene comune... Perché ci vuole una città — Progetto Recovery*, Università di Bologna, <https://site.unibo.it/ci-vuole-una-citta/it/progetto-recovery> (consultato il 20/10/2025)

¹⁴⁴ ibidem

in cui viviamo, con le persone con cui condividiamo attività, progetti ed esperienze che si esprimono nei luoghi di vita: ecco perché, per fare salute mentale, ci vuole una città.¹⁴⁵ Fin dall'inizio, il progetto si caratterizza come un'iniziativa rivolta non solo agli utenti dei servizi di salute mentale, ma all'intera cittadinanza, con l'intento di promuovere una concezione della recovery come processo condiviso e collettivo. L'innovazione proposta risiede proprio nella scelta di costruire il Recovery College come spazio di incontro tra servizi, università, istituzioni locali, associazioni del terzo settore e comunità, in una logica di reale integrazione sociosanitaria.

Nel corso del 2022 si sviluppa una fitta rete di alleanze territoriali: numerosi incontri, svolti in contesti differenti (aule universitarie, sedi istituzionali, spazi informali come bar e scuole) consentono di iniziare a immaginare e progettare un Recovery College bolognese. In questi momenti di confronto, i servizi incontrano la comunità: utenti, operatori dei servizi sociali e sanitari, accademici, cooperative sociali e associazioni contribuiscono a gettare le basi di un progetto pensato non solo come risposta a bisogni specifici, ma come possibile prototipo per un cambiamento sistemico delle pratiche di salute mentale. All'interno di questo percorso, una delegazione bolognese impegnata nella coproduzione del progetto visita l'esperienza di "Futuro in Circolo" a Rovereto, riconosciuta come Recovery College di riferimento, rafforzando il dialogo con altre esperienze italiane già avviate.¹⁴⁶

Un passaggio significativo avviene nell'ottobre 2022, quando, in occasione della Giornata Mondiale della Salute Mentale, viene promosso un processo partecipativo orientato alla recovery. In una prima fase si costruisce un gruppo di lavoro interessato a conoscere e sperimentare attività di recovery nel territorio bolognese, con il supporto metodologico e scientifico dell'Università di Bologna. Successivamente, una serie di iniziative pubbliche e tavoli di conversazione coinvolge portatori di interesse e sensibilità diverse, con l'obiettivo di favorire il miglioramento delle pratiche esistenti e di generare nuove progettualità. L'idea di fondo esplicitamente condivisa, è che attraverso percorsi formativi di gruppo ciascuno possa diventare "studente del proprio benessere", acquisendo consapevolezza e capacità di agire in modo attivo nei propri percorsi di vita. Il percorso si conclude simbolicamente il 14 ottobre 2022 in Piazza

¹⁴⁵ ibidem

¹⁴⁶ ibidem

Lucio Dalla, con un evento di restituzione dei lavori dei tavoli e con la riaffermazione, da parte delle istituzioni coinvolte, del valore della salute mentale come bene comune.¹⁴⁷

Nel 2023 il progetto entra in una fase di ulteriore consolidamento. A febbraio si svolge una giornata di riflessione dedicata a “esperienze e idee per un progetto futuro”, focalizzata sul significato del benessere individuale e collettivo e sulle pratiche più efficaci per promuoverlo. Nel maggio 2023, durante una giornata aperta con la partecipazione di ospiti internazionali, professionisti e ricercatori, viene presentata l’offerta formativa del Recovery College: un insieme di corsi ed esperienze promossi da associazioni del terzo settore, orientati alla valorizzazione delle risorse personali, al contrasto dello stigma e alla riduzione della solitudine. A partire da questo momento, viene reso disponibile un catalogo di corsi aperto a tutti e costantemente aggiornato, che rappresenta uno degli elementi qualificanti e fondativi del Recovery College bolognese. La sua organizzazione si fonda su una rete di cinque poli territoriali ciascuno collegato a un Centro di Salute Mentale dell’area metropolitana (CSM Bologna area Est; CSM Bologna area Ovest; CSM Bologna area Reno, Lavino, Samoggia; CSM Bologna area San Lazzaro e CSM Bologna Budrio). Le attività formative si svolgono in diversi spazi del territorio, tra cui due Centri per la Recovery (centro per la recovery Tasso e centro per la recovery Margotti) configurandosi come un dispositivo diffuso e radicato nei contesti di vita.¹⁴⁸

Le iniziative proseguono anche negli anni successivi, in particolare in occasione delle Giornate Mondiali della Salute Mentale. Nel 2023 l’attenzione si concentra sul tema della salute mentale come diritto universale, con eventi rivolti anche ai giovani e alle scuole secondarie di primo grado e con il lancio di laboratori co-progettati con gli insegnanti per sostenere il benessere a scuola. Nel 2024, con i “Recovery Talks”, il percorso si arricchisce di giornate dedicate alla coprogettazione del benessere in città, includendo mostre, laboratori, dibattiti e momenti di restituzione, con il contributo di esperti internazionali. Nel 2025, infine, il progetto raggiunge un livello di ampia diffusione territoriale, con oltre quaranta incontri locali dedicati a temi quali giovani e formazione, riprogettazione dei servizi sanitari, ruolo della comunità, comunicazione

¹⁴⁷ ibidem

¹⁴⁸ ibidem

arte e benessere, e con la presentazione dei risultati di ricerche scientifiche promosse dall'Università di Bologna.¹⁴⁹

Un ulteriore sviluppo significativo riguarda l'ingresso del modello del Recovery College all'interno dell'Università di Bologna. Il Recovery College UniBo, attualmente in fase di costruzione, si propone come spazio formativo aperto e collaborativo, in cui studenti, professionisti e persone con esperienza vissuta co-progettano corsi e attività dedicate al benessere mentale, alla recovery e all'inclusione. Anche in questo caso, il Recovery College non si presenta come un programma definito, ma come un processo in divenire, modellato sui bisogni reali della comunità universitaria e orientato a sperimentare nuove modalità di apprendimento e supporto tra pari.¹⁵⁰

Il Recovery College di Bologna emerge quindi come un laboratorio aperto di innovazione sociale e istituzionale, in cui la salute mentale viene ripensata come responsabilità condivisa e come bene comune, da costruire attraverso il coinvolgimento attivo delle persone, dei servizi e dei territori.

L'analisi delle esperienze di Recovery College, così come il più ampio riferimento al paradigma della recovery e alla co-produzione dei servizi, mette in luce un cambiamento profondo non solo nelle finalità degli interventi di salute mentale, ma anche nei ruoli, nelle responsabilità e nelle pratiche quotidiane degli operatori. Se la recovery è intesa come un processo personale, autodiretto e situato nei contesti di vita, agli operatori è richiesto di superare un ruolo prevalentemente prescrittivo per assumere funzioni di accompagnamento, facilitazione e sostegno ai percorsi di autodeterminazione delle persone. Questa trasformazione implica anche una revisione degli strumenti utilizzati nei servizi, chiamati a sostenere il dialogo, la definizione condivisa degli obiettivi e la valorizzazione delle risorse individuali e relazionali. In tale prospettiva si colloca l'attenzione verso strumenti recovery-oriented che consentano di rendere visibile il punto di vista della persona e orientare il lavoro professionale su obiettivi di vita significativi. Il capitolo successivo si concentrerà quindi sul ruolo degli operatori nei percorsi di recovery e sull'analisi di uno di questi strumenti, la Mental Health Recovery Star™.

¹⁴⁹ ibidem

¹⁵⁰ ibidem

3 Il ruolo dell'operatore nei percorsi di Recovery

Fin dal Report on Mental Health del 1999 emesso dal Direttore della sanità pubblica, si è incoraggiato il settore della salute mentale ad accettare che tutti gli interventi rivolti a persone affette da disturbi mentali dovrebbero essere orientati al consumatore e focalizzati sull'agevolazione della recovery, come emerge dal seguente passaggio:

“Mental health services continue to be refined and shaped by the consumer and recovery emphasis. [...] Champions of recovery assert that its greatest impact will be on mental health providers and the future design of the service system. They envision services being structured to be recovery-oriented to ensure that recovery takes place. They envision mental health professionals believing in and supporting consumers in their quest to recover”¹⁵¹

Cioè l'assistenza nella salute mentale, in generale, dovrebbe essere organizzata in base agli obiettivi personali dell'utente, a partire dal riconoscimento della natura e delle potenzialità della recovery, e dovrebbe essere orientata ad agevolare gli sforzi che ognuno fa in direzione del proprio recovery, in tutte le sue forme.¹⁵²

La recovery dei disturbi mentali, per come è andata finora delineandosi nei capitoli precedenti, viene vissuta e spiegata come un processo sia individuale che sociale, nel quale gli aspetti ambientali sono considerati ingredienti essenziali.¹⁵³

Come sostiene Farkas infatti:

“While recovery is not an intervention that providers can make, all services can contribute (or not) to the outcomes and experience of recovery (e.g., well-being, self-esteem, valued roles, symptom reduction, empowerment, etc.). [...] recovery oriented services encourage the assessment and development of talents and strengths rather than narrowly focusing on deficits. “Person orientation” also guides services to promote access to resources and environments outside the mental health system where meaningful, socially valued roles can be attained”¹⁵⁴

Ciò richiama i servizi alla necessità di concentrare l'attenzione sulle potenzialità e sulle capacità di funzionamento personale, sulle risorse e sulle barriere dell'ambiente, sui

¹⁵¹ U.S. Department of Health and Human Services, *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, Center for Mental Health Services & National Institute of Mental Health, Rockville (MD), 1999. p. 100.

¹⁵² Davidson L., Tondora J., et al., *Il Recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative*, Erickson, 2012, p. 167.

¹⁵³ Maone A., D'Avanzo B. (a cura di), *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2015, p. 97.

¹⁵⁴ Farkas M., *The vision of recovery today: What it is and what it means for services*, in *World Psychiatry*, 2007, Vol.6, n.2, pp. 70-71.

ruoli riconosciuti e sugli esiti della riabilitazione, un'importante inversione di rotta rispetto ai modelli orientati alla patologia e al deficit che hanno caratterizzato i servizi del passato. Dalla ricerca quantitativa basata sulla prospettiva degli utenti di Russinova e colleghi però emerge una perplessità riguardo all'effettiva disponibilità e capacità dei servizi di tradurre nella pratica questo orientamento.

“Contrary to our initial expectations, the RPRS scale demonstrated very limited criterion validity vis-à-vis clients' selfreported recovery outcomes. [...] This finding suggests that although practitioners' competencies are an essential prerequisite for the delivery of recovery-oriented care and services, they cannot singularly guarantee clients' overall recovery outcomes. [...] although other competency measures assess providers' knowledge and attitudes about recovery, the RPRS focuses on providers' effectiveness in promoting recovery as perceived by their clients”¹⁵⁵

Nel contempo, tuttavia, la ricerca ha dimostrato l'efficacia di esperienze di formazione sul campo nel modificare le attitudini degli operatori, anche attraverso l'utilizzo di peer support workers così come mostrato nel contributo di Shepherd e colleghi

“There is a recognition that recovery principles and values are important, but few systematic attempts have been made to implement them by changing staff behavior. Staff are familiar with the general principles, but unclear about their implications for practice. [...] A range of evidence confirms the increased profile of user- and carer-led training on recovery, [...] Positive practice changes are routinely implemented as a result of the training. [...] The Centre also runs programmes to train service users as 'peer professionals' to work alongside traditional mental health professionals as direct care staff”¹⁵⁶

Anche Tsai e colleghi evidenziano questo aspetto sostenendo:

“Staff who received specific/practical training had a greater increase in agency recovery attitudes than staff who received only general/inspirational training or no training. [...] General/inspirational trainings may have less “staying power” because they can abstract and do not always translate directly to clinical techniques. In contrast, specific/practical training may present staff with various “hands-on” methods and techniques that they can use as part of their client care [...] correlational analyses did reveal that the more recovery-oriented trainings staff had, the higher their consumer optimism.[...] Although didactic training alone is insufficient to build skills and promote actual changes in behavior, interactive methods

¹⁵⁵ Russinova Z., Rogers E.S., et al., *Conceptualization and measurement of mental health providers' recovery-promoting competence: The Recovery Promoting Relationship Scale (RPRS)*, in *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2013, Vol.36, n.1, p. 12.

¹⁵⁶ Shepherd G., Boardman J., Burns M., *Implementing Recovery: A Methodology for Organizational Change*, Centre for Mental Health, 2010, pp. 8-10.

[...] and multiple exposure to the material are also promising methods of imparting new practice information”¹⁵⁷

Nonostante le criticità emerse rispetto alla traduzione operativa dell’orientamento alla recovery, la letteratura non si limita a evidenziarne i limiti applicativi. Al contrario, numerosi contributi teorici ed empirici permettono di individuare gli elementi professionali che appaiono maggiormente correlati alla promozione della recovery nella pratica dei servizi. A partire da tali contributi, è possibile delineare un insieme di competenze, atteggiamenti e abilità operative che il professionista della salute mentale è chiamato a sviluppare per sostenere in modo efficace i percorsi di recovery delle persone.

3.1 Le competenze Recovery-Oriented per gli operatori della salute mentale

Affinché l’operatore divenga esperto dei processi di recovery è necessario innanzitutto che si ponga domande nuove.¹⁵⁸ Se si esplora l’esperienza che una persona ha della malattia mentale da un punto di vista tradizionale, le domande tendono normalmente a indirizzarsi sul numero di ricadute, sul contenuto dei sintomi, sul tipo di farmaci prescritti e sugli effetti ottenuti. Se ci si muove invece in una prospettiva di recovery, l’interesse dell’operatore si dirige sulle risorse della persona: per esempio le modalità che questa utilizza per far fronte agli episodi critici, quali sono le cose che preferisce fare, che cosa sognava di fare nella vita.

Riscoprire i propri talenti, doni e potenzialità rende più semplice riconoscere e accettare i limiti che la malattia impone, ma questo non significa accettare l’identità di persona con una malattia mentale, ha piuttosto a che fare con la ridefinizione del modo in cui si pensano e capiscono le sfide della vita così come emerge dalle parole di Ridgway:

“Attainment of a more positive sense of self does not mean that the challenges people face are ignored or forgotten. In fact, acceptance of certain personal limitations or vulnerabilities is a valuable aspect of

¹⁵⁷ Tsai J., Salyers M.P., Lobb A.L., *Recovery-oriented training and staff attitudes over time in two state hospital*, in *Psychiatric Quarterly*, 2010, n.81, pp. 335-345.

¹⁵⁸ Maone A., D’Avanzo B. (a cura di), *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2015, p. 99.

recovery. [...] Recovery involves a renewed sense of self and a redefinition of meaning and purpose in life”¹⁵⁹

Deegan, ad esempio, descrive così ciò che si può definire come il “paradosso della recovery”:

“Recovery often involves a transformation of the self wherein one both accepts ones limitation and discovers a new world of possibility. This is the paradox of recovery i.e., that in accepting what we cannot do or be, we begin to discover who we can be and what we can do”¹⁶⁰

Avere una prospettiva sui propri punti di forza e debolezza quindi, permette di identificare, perseguire e raggiungere i propri obiettivi di vita nonostante la prolungata presenza del disturbo mentale. Da questo punto di vista, come sostenuto da Sayce e Perkins:

“Rather than being an occasion for despair, we find that our personal limitations are the ground from which spring our own unique possibilities”¹⁶¹

L’assistenza, per essere orientata alla recovery, deve suscitare, arricchire e coltivare gli elementi positivi poiché, concentrandosi sui punti di forza invece che sui deficit, le persone possono iniziare a identificare e sviluppare le competenze e le risorse che possiedono a partire dalle quali possono ampliare le loro abilità.¹⁶²

Un’altra competenza fondamentale per favorire la recovery riguarda l’esaminare criticamente le proprie convinzioni relative alla malattia mentale, influenzate dallo stigma e mentalismo già analizzati precedentemente che, in alcuni casi possono condurre a una perdita della condizione dell’essere umano delle persone affette da disturbo mentale e a prenderne le distanze.¹⁶³ Per evitare questa tendenza Strauss e

¹⁵⁹ Ridgway, P., *Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives*, in *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, n.24, p. 339.

¹⁶⁰ Deegan P. E., *Recovery and the Conspiracy of Hope*, intervento presentato alla Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand, Brisbane, 1996, p. 13.

¹⁶¹ Sayce L., Perkins R., *Recovery: Beyond Mere Survival*, in *Psychiatric Bulletin*, 2000, vol.24, n.2, p. 75.

¹⁶² Rapp C.A., Wintersteen R., *The strengths model of case management: results of twelve demonstrations*, in *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1989, vol.13, n.1, pp. 25-27.

¹⁶³ Davidson L., Tondora J., et al., *Il Recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative*, Erickson, 2012, pp. 183-184.

Davidson suggeriscono che gli operatori si basino sulle proprie esperienze riavvicinandosi agli utenti nel contesto della loro vita quotidiana.¹⁶⁴

Rowe chiama questa funzione “immaginazione sociale”

“Social imagination starts with an ability to cross cultural barriers by drawing upon our own experiences and imaginatively inserting ourselves into the situation of others. Having taken this leap, social imagination then involves working with the other to achieve certain negotiated goals. By this definition and in this context, fantasy and the projection of our desires and fears onto others are debased forms of imagination that keep others at bay and protect us from having to acknowledge our frightening kinship with and difference from them.”¹⁶⁵

L’immaginazione sociale richiede una forte dose di umiltà che, se applicata, la rende un altro importante strumento del bagaglio dell’operatore orientato alla recovery.

Oltre a questa consapevolezza è necessario che l’operatore esplori i confini all’interno dei quali si esercita il potere nelle relazioni con gli utenti. Come abbiamo già indagato nei capitoli precedenti molte persone con disturbi psichiatrici sono state abituate dagli operatori a ricevere aiuto e a lasciare che altri prendano le decisioni al loro posto e così sentono di non avere molto da poter condividere. Possono anche essersi abituate a vedersi rifiutate le loro offerte di reciprocità poiché i tradizionali ruoli e limiti terapeutici proibiscono questa relazione a doppia direzione.¹⁶⁶

Quando esistono delle relazioni asimmetriche e principalmente unidirezionali tra gli operatori e gli utenti gli operatori possiedono il potere di dare o concedere a loro discrezione.¹⁶⁷ Ciò probabilmente contribuisce anche a creare passività negli utenti e si estende ad altre relazioni più informali. Gli operatori possono aiutare gli utenti a sviluppare agency e autostima in un’ottica di riappropriazione di potere trattandoli da pari, accettando le loro azioni di reciprocità e incoraggiandoli a partecipare ad attività di auto-aiuto così come emerge dal contributo di Mead e Copeland:

¹⁶⁴ Strauss J.S., Davidson L., *Mental disorder, work and choice*, in Bonnie R., Monahan J. (a cura di), *Mental disorder, work disability, and law*, Chicago, University of Chicago Press, 1997, p. 110.

¹⁶⁵ Rowe M., *Crossing the border: encounters between homeless people and outreach workers*, Berkeley, CA, University of California Press, 1999, p. 116.

¹⁶⁶ Davidson L., Tondora J., et al., *Il Recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative*, Erickson, 2012, p. 175.

¹⁶⁷ Curtis L., Hodge M., *Old standars, new dilemmas: ethics and boundaries in community support services*, in *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1994, n.18, p. 25.

“As people are introduced to communities and services that focus on recovery, relationships change to being more equal and supportive in both directions. As we feel valued for the help we can offer as well as receive, our self-definitions are expanded.[...] Mutual support is a process in which the people in the relationship strive to use the relationship to become fuller, richer human beings.[...] We believe that the need for mutual support extends into clinical settings. Though clinical relationships may never truly be mutual or without some assumptions, we can all work to change our roles with each other in order to discard the kinds of paternalistic relationships some of us have experienced in the past. [...] Treat the person as a fully competent equal with equal capacity to learn, change, make life decisions, and take action to create life change, no matter how severe the symptoms.”¹⁶⁸

In ogni caso è necessario che l’assistenza venga gestita dalla persona e ciò prevede che l’individuo in difficoltà stia alla guida. L’assistenza così concepita rappresenta dunque i suoi desideri, bisogni e preferenze, coinvolge le sue relazioni primarie come fonti di aiuto, si concentra sulle capacità e sui punti di forza, accetta i rischi, i fallimenti, le insicurezze e le battute d’arresto come elementi previsti e naturali che fanno parte dell’apprendimento e dell’autodeterminazione.¹⁶⁹ Come sostenuto da Rapp con questo modello:

“Case managers should do nothing without the client’s approval, involving clients in decisions regarding every step of the process. Opportunities to move each client closer to being the director of the case management scenario should be found, created, and exploited”¹⁷⁰

Questo cambiamento paradigmatico nell’esercizio del potere è necessario affinché le capacità di collaborazione, insegnamento, ispirazione e facilitazione della scelta vengano impiegate attraverso modalità che promuovano una relazione equa, il rispetto per il diritto e la capacità della persona di formarsi una propria idea di ciò che rappresenta una vita significativa e di ricevere dall’operatore il supporto necessario a raggiungere questi obiettivi.¹⁷¹

La capacità di collaborare riguarda competenze che vengono tradizionalmente insegnate nei percorsi formativi per gli operatori della salute mentale, come l’ascolto attivo o la dimostrazione di empatia e autenticità. Ma ne vanno prese in considerazione

¹⁶⁸ Mead S., Copeland M.E, *What recovery means to us: consumers’ perspectives*, in *Community Mental Health Journal*, 2000, Vol.36, n.3, pp. 318-327.

¹⁶⁹ O’Brien J., Lovett H., *Finding a way toward everyday lives: the contribution of person-centred planning*, Harrisburg, PA, Pennsylvania Office of Mental Retardation. 1992, pp. 5-19.

¹⁷⁰ Rapp C.A., *the active ingredients of effective case management: a research synthesis*, in *Community Mental Health Journal*, 1998, Vol.34, n.4, p. 374.

¹⁷¹ Maone A., D’Avanzo B. (a cura di), *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2015, p. 101.

anche altre, come quella di comprendere lo stile proprio della persona nel mettersi in relazione o quella di esprimere disaccordo e risolvere un conflitto all'interno di una relazione paritaria con l'utente.¹⁷² Nel sostenere questo ruolo di partner, l'operatore può manifestare disaccordo in maniera costruttiva ed essere aperto a diverse possibilità, senza per questo compromettere la validità della relazione né fingere che non vi siano difficoltà. Anche le capacità relative all'ispirare, all'insegnare e al coaching consentono agli operatori di mettere in atto un metodo sistematico per far recuperare fiducia in se stessi o riattivare speranze che potrebbero essere momentaneamente sopite.¹⁷³ L'insieme di queste attitudini relazionali rendono l'operatore più ricettivo rispetto alla natura autenticamente umana delle aspirazioni, dei desideri e delle preferenze dell'utente o delle situazioni che egli considera negative. Se a tali attitudini si associa la capacità di creare situazioni di vita confortevoli e sicure, l'utente sarà ancora più incoraggiato ad assumersi il rischio di tornare a credere nel futuro. La capacità di insegnamento e di coaching vanno al di là degli obiettivi educativi elementari su cui sono usualmente centrati i programmi riabilitativi (ad esempio rifare il letto, avere un aspetto pulito e ordinato). Esse devono essere finalizzate a preparare le persone a occuparsi attivamente della propria vita piuttosto che rimanere destinatarie passive dei servizi.¹⁷⁴

Le capacità di facilitare la scelta si esprimono tipicamente nelle strategie di decision making, in cui una persona con un disturbo mentale può essere informata delle possibili opzioni di trattamento ed essere messa in grado di negoziare e scegliere tra esse; o nel far sì che la persona sia in grado di individuare i ruoli sociali che desidera e che considera importanti per dare senso alla propria vita.¹⁷⁵

Diversi resoconti in prima persona hanno descritto sensazioni di mancanza di rispetto, di scoraggiamento e di mancanza di speranza prodotte dall'interazione con professionisti della salute mentale. Allo stesso tempo, però, sia utenti che operatori sottolineano il ruolo inestimabile che la relazione terapeutica può giocare nel processo di recovery come evidenziato nel contributo di Deegan:

¹⁷² ibidem

¹⁷³ *ivi*, p. 102.

¹⁷⁴ ibidem

¹⁷⁵ ibidem

“Wisdom demands that we whole heartedly enter into a relationship with human beings in order to understand them and their experience. Only then are we able to help in a way that is experienced as helpful. [...] It is imperative that we teach students that relationship is the most powerful tool they have in working with people.”¹⁷⁶

Le persone in recovery, infatti, spesso attribuiscono i loro successi a qualcuno che crede davvero in loro o che vede in loro cose che loro stessi non riescono a vedere.¹⁷⁷

Anthony ne parla asserendo:

“People who are recovering talk about the people who believed in them when they did not even believe in themselves, who encouraged their recovery but did not force it, who tried to listen and understand when nothing seemed to be making sense.”¹⁷⁸

Indipendentemente dal numero di strumenti e trattamenti utilizzati da un operatore, il fulcro di ogni intervento efficace risulta essere la relazione tra l'operatore e l'utente. Per promuovere la recovery gli operatori devono saper immaginare un futuro per il loro utenti, basato sui loro desideri e sui loro valori, e devono condividere questa immagine trasmettendo loro aspettative e speranze positive. Secondo questo approccio, stabilire delle relazioni di sostegno e fiducia per mezzo della perseveranza e della coerenza viene considerato il requisito principale dell'assistenza orientata alla recovery.¹⁷⁹ Con un aiuto incoraggiante di questo tipo le persone potrebbero essere in grado di assumersi dei rischi che prima non correvano.

Infine, come si è già detto il processo di recovery è dinamico e sociale e deve muoversi in una prospettiva sia individuale che ambientale, tenendo conto anche dell'interazione di queste due dimensioni e radicando l'assistenza nel contesto di vita della persona. Un approccio fondato sul contesto di vita implica che l'attenzione venga diretta verso le conseguenze che si manifestano nella vita quotidiana della persona.¹⁸⁰ L'orientamento alla recovery implica anche la comprensione del fatto che, se è vero che il disagio dovuto ai problemi di salute mentale è spesso devastante sul piano

¹⁷⁶ Deegan P.E., *Recovery as a journey of the hearth*, in *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1996, Vol.19, n.3, p. 92.

¹⁷⁷ Davidson L., Stayner D.A., Nickoll C., Styron T.H., Rowe M., Chinman M.L., *Simply to be let in: inclusion as a basis for recovery*, in *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, n.24, p. 377

¹⁷⁸ Anthony W.A., *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s*, in *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993, Vol.16, n.4, p. 531.

¹⁷⁹ Davidson L., Tondora J., et al., *Il Recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative*, Erickson, 2012, p. 180.

¹⁸⁰ Maone A., D'Avanzo B. (a cura di), *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2015, p. 103.

personale, le conseguenze che ne derivano sul piano sociale sono spesso ancora più disabilitanti e vanno affrontate prioritariamente. Per essere un operatore recovery-oriented è necessario quindi che le conoscenze ed esperienze specialistiche siano indirizzate verso le effettive condizioni di vita delle persone, verso la comprensione di come il disturbo mentale condiziona la realtà quotidiana, riconoscendo e valorizzando le “piccole cose”, poiché esse possono assumere un valore profondo e un grande impatto soggettivo.¹⁸¹ Favorire la recovery implica quindi, necessariamente, la capacità di considerare gli ambienti e le attività ordinarie come contesto di elezione.

Accanto a questo il modello della recovery aiuta, nel tempo, a ridurre al minimo il ruolo che gli operatori ricoprono nella vita dei loro utenti e mira a massimizzare la funzione degli aiuti informali, ad esempio gli amici, la famiglia, i vicini e altri membri della comunità.¹⁸² Gli operatori non si sostituiscono a queste reti sociali ma aiutano gli utenti a riconquistare un senso di cittadinanza attraverso l'accesso a diritti, doveri, ruoli e risorse che la società offre ai propri membri per mezzo delle istituzioni pubbliche e delle associazioni, come evidenziato da Rowe in questi passaggi:

“Citizenship [...] involves the strength and form of the individual's connection to the rights, responsibilities, and resources that society offers through public and social institutions. [...] Outreach workers cannot bequeath full citizenship. [...] This implies the question of where social services end and 'natural' community support begins, since moving from clienthood to community membership requires developing positive relationships with people who are not paid to be part of their lives”¹⁸³

Gli operatori aiutano le persone a mobilitare la loro rete informale di aiuti attraverso lo sviluppo di nuovi legami e il rafforzamento di quelli vecchi.¹⁸⁴ Per aiutare le persone a creare queste relazioni, gli operatori devono conoscere le comunità di appartenenza e le risorse disponibili in esse. Come sostenuto da Gilmartin infatti:

¹⁸¹ ibidem

¹⁸² Davidson L., Tondora J., et al., *Il Recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative*, Erickson, 2012, p. 180.

¹⁸³ Rowe M., *Crossing the border: encounters between homeless people and outreach workers*, Berkeley, CA, University of California Press, 1999, pp. 6-7;154.

¹⁸⁴ Biegel D.E., Tracy E.M., *Strengthening social networks*, in *Health & Social Work*, 1994, n.19, p. 210.

"Practitioners working with ex-patients may facilitate their clients in drawing on the experiences of others [...] referring clients to informal groups in the community. Integrating the experience into the life narrative in a meaningful way [...] promotes self-growth" ¹⁸⁵

In questa prospettiva diventa compito degli operatori essere al corrente delle realtà di sostegno informale presenti nella comunità, che possono essere utilizzate per aiutare le persone a creare nuove relazioni in modo che gli utenti possano avere accesso a un ventaglio di attività e ruoli sociali di valore, così da potersi lasciare alle spalle l'identità del paziente psichiatrico e interiorizzare un ruolo più positivo.

Il valore cruciale della vita quotidiana consiste quindi nell'offrire, lungo il percorso di recovery, un'arena in cui mettersi alla prova, per sperimentare una vita ordinaria, accanto ai propri simili che possono fungere da modello e fonte di ispirazione. In definitiva è nella quotidianità che la vita assume senso e significato e, come tale, essa deve rappresentare non solo un luogo di pratica ma il punto di arrivo, il luogo in cui la vita si svolge.¹⁸⁶ Gli operatori devono utilizzare creatività, coraggio e professionalità per fornire questo supporto, consentendo e facilitando l'assunzione di un ruolo di cittadinanza, con tutti i doveri e diritti che ciò implica. Pertanto, la conoscenza della vita della comunità di appartenenza della persona e delle richieste che insistono nella quotidianità deve diventare una parte centrale dell'agenda dell'operatore recovery-oriented.¹⁸⁷

Le competenze e le abilità descritte trovano piena espressione quando l'operatore dispone di strumenti che facilitano il dialogo, la riflessione condivisa e la costruzione di significato attorno al percorso di recovery. In questa direzione si colloca la Mental Health Recovery Star™, che si propone non come strumento di valutazione, ma come supporto alla relazione e alla co-progettazione, coerente con un approccio orientato alla recovery.

¹⁸⁵ Gilmartin R.M., *Personal narrative and the social reconstruction of the lives of former psychiatric patients*, in *Journal of Sociology and Social Welfare*, 1997, vol.24, n.2, pp. 100-101.

¹⁸⁶ Maone A., D'Avanzo B. (a cura di), *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2015, p. 103.

¹⁸⁷ Ivi, p. 104.

3.2. La Mental Health Recovery Star™

La Mental Health Recovery Star™ è uno strumento elaborato da Triangle Consulting nel 2011 su mandato del Mental Health Providers Forum in Inghilterra, dove è stata oggetto dello studio di validazione delle proprietà psicometriche e dove ha trovato un impiego in un'ampia gamma di servizi e progetti, al punto da essere presa in considerazione per la definizione delle misure d'esito all'interno dei progetti governativi sui "payments by results".¹⁸⁸ Il Mental Health Providers Forum raggruppa erogatori di servizi del privato-sociale impegnati nella promozione della recovery che lavorano in modo collaborativo per migliorare la vita delle persone con un disturbo mentale. Lavorando insieme i membri del MHPF dimostrano la loro scelta verso la collaborazione, lo scambio di esperienze ed il lavoro di partenariato, la ricerca dell'eccellenza dei servizi, l'innovazione, le pratiche basate sulle prove di efficacia ed una tensione al miglioramento continuo. Il Mental Health Providers Forum si è impegnato per sviluppare, promuovere, implementare la Recovery Star al fine di creare un linguaggio comune ed una opportunità di apprendimento collaborativo per migliorare le pratiche dei servizi.¹⁸⁹ Il Triangle Consulting Social Enterprise è un'organizzazione innovativa e orientata alla missione sociale, nata nel 2003 dalle co-fondatrici Joy MacKeith e Sara Burns, con l'obiettivo di sostenere le persone nel raggiungimento del proprio potenziale e nel costruire vite significative e soddisfacenti, in particolare in contesti segnati da svantaggio sociale, trauma, disabilità o malattia.¹⁹⁰ L'organizzazione opera principalmente attraverso lo sviluppo e la diffusione degli strumenti Outcomes Star e di altri approcci metodologici, progettati per valorizzare il cambiamento sia delle persone supportate sia degli operatori e delle organizzazioni che le accompagnano. La creazione di strumenti di misurazione degli esiti si fonda su un approccio rigoroso all'analisi del comportamento umano, integrato con una profonda comprensione dei processi di cambiamento e delle condizioni concrete in cui i servizi operano. L'approccio di Triangle combina competenze analitiche, attenzione

¹⁸⁸ Placentino A., Lucchi F., *La Recovery Star per la salute mentale. Dalla Lombardia gli esiti della sperimentazione italiana sullo strumento nato nel Regno Unito*, in *Lavoro Sociale la rivista per le professioni sociali*, 2019, vol.19, n.1, p. 23.

¹⁸⁹ Burns S., MacKeith, J., *Mental Health Recovery Star. Guida per le organizzazioni*, trad. italiana a cura di Burns P., et al., Triangle Consulting Social Enterprise Ltd e Mental Health Providers Forum, Hove (UK), 2014, p. 4. Copyright - © Triangle Consulting Social Enterprise Ltd
www.outcomesstar.org.uk

¹⁹⁰ Outcomes Star, *Our values*, Triangle Consulting Social Enterprise, (consultato il 20 gennaio 2026)
<https://www.outcomesstar.org.uk/about-triangle/our-values/>

alle motivazioni e ai significati personali, e un orientamento pratico all'azione, con l'intento di rendere i processi di cambiamento osservabili, condivisibili e sostenibili nel tempo.¹⁹¹

La Recovery Star fa parte di una famiglia di strumenti pensati per un'ampia gamma di settori per favorire e misurare il cambiamento che è conosciuta con il nome delle Outcomes Stars. Fin dal suo primo lavoro con i “senza dimora”, insieme a Mungo's e alla London Housing Foundation, Triangle ha lavorato con più di cinquanta collaboratori provenienti dal mondo del volontariato, dei servizi pubblici e del privato-sociale per creare e pubblicare quelle che al momento sono le quarantatré stelle che compongono le Outcomes Star.¹⁹² La Mental Health Recovery Star™ (MHRS) è quindi il prodotto di una ricerca-azione condotta con la partecipazione di operatori e utenti di diversi Servizi di salute mentale di area londinese, utilizzando metodi qualitativi e quantitativi.¹⁹³ Lo strumento è considerato una misura di esito olistica e personalizzata con un focus sull'approccio di recovery¹⁹⁴. La sua finalità è quella di supportare l'utente e 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 tradizionale e non si pone neppure in alternativa a strumenti come Honos, VADO, LSP, ecc.¹⁹⁵

Essa serve a promuovere la partecipazione attiva e la responsabilizzazione degli utenti e della loro rete naturale nell'individuazione e nel raggiungimento degli obiettivi dei piani di trattamento individualizzati. Il quadro teorico di riferimento della Recovery Star contempla, quindi, la coproduzione, l'empowerment, la valorizzazione dell'esperienza vissuta in prima persona dagli utenti dei servizi e il ruolo di facilitatori degli operatori rispetto a un percorso di cambiamento personale.¹⁹⁶ La MHRS rileva il percorso di recovery dell'utente mediante una descrizione linguistica e una mappa visiva, per

¹⁹¹ ibidem

¹⁹² Burns S., MacKeith J., Mental Health Recovery Star™. *Guida per le organizzazioni*, trad. it. di Burns P., et al., Triangle Consulting Social Enterprise Ltd e Mental Health Providers Forum, Hove 2014, p. 5. Copyright - © Triangle Consulting Social Enterprise Ltd | www.outcomesstar.org.uk

¹⁹³ Lucchi F. (a cura di), *Coproduzione e recovery. Un progetto presso i Servizi di salute mentale della provincia di Brescia*, Erickson, Trento, 2017, p. 43.

¹⁹⁴ Placentino A., Lucchi F., et al., *La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana*, in *Rivista di Psichiatria*, 2017, Vol.52, n.6, p. 248.

¹⁹⁵ Lucchi F. (a cura di), *Coproduzione e recovery. Un progetto presso i Servizi di salute mentale della provincia di Brescia*, Erickson, Trento, 2017, p. 43.

¹⁹⁶ ibidem

favorire l'individuazione del punto in cui il soggetto si trova nel proprio "viaggio di recovery".¹⁹⁷ In aggiunta, consente alla persona di tracciare i propri progressi e pianificare le azioni necessarie per soddisfare i propri obiettivi di cambiamento. Principalmente sono due gli elementi che costituiscono la MHRS: il primo, la scala del cambiamento, descrive cinque passi del cammino di recovery, ciascuno dei quali è suddiviso in due fasi e descritti con specifici punteggi di ancoraggio a ciascuna area.¹⁹⁸ La scala costituisce il motore concettuale dello strumento e offre all'utente e all'operatore indicazioni non solo per valutare il punto a cui è arrivato un percorso individuale, ma anche per identificare gli interventi più adatti nelle diverse fasi della scala del cambiamento.¹⁹⁹ L'altro elemento è lo schema visivo a forma di stella a dieci punte che riporta le dimensioni di vita alla base del percorso di recovery e su cui si segna il punteggio rilevato. La star consente di valutare dieci aree, ciascuna delle quali corrisponde a una delle punte della stella: salute mentale, life-skills, lavoro, dipendenze, responsabilità, reti sociali, relazioni personali, speranza, cura di sé, identità e autostima.²⁰⁰ Le dieci aree vengono valutate attraverso una scala qualitativa del cambiamento da utilizzare all'interno di un colloquio tra l'operatore di riferimento e il paziente. I punteggi vengono riportati graficamente nella stella e fotografano lo stato del momento permettendo di definire un piano di intervento individualizzato e coprodotto.²⁰¹ Al termine della prima rilevazione dei punteggi e concordati gli obiettivi di cambiamento, la valutazione verrà effettuata nuovamente a distanza di un tempo congruo. Lo strumento si caratterizza per l'utilizzo di un linguaggio semplice, senza ricorso a un'esplicita terminologia clinica, con uno stile informale e con esempi concreti, coadiuvato da un ampio utilizzo di soluzioni grafiche che, ancor più della parte testuale, ne veicolano i contenuti. Complessivamente la MHRS è costituita da diversi ausili: la guida dell'utente, contenente la descrizione delle dieci aree di vita e i relativi punteggi di ancoraggio secondo la scala del cambiamento; la guida per le organizzazioni, comprendente le indicazioni per la compilazione e le FAQ; il modulo

¹⁹⁷ Placentino A., Lucchi F., et al., *La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana*, in Rivista di Psichiatria, 2017, Vol.52, n.6, p. 248.

¹⁹⁸ Ibidem

¹⁹⁹ Lucchi F. (a cura di), *Coprodotto e recovery. Un progetto presso i Servizi di salute mentale della provincia di Brescia*, Erickson, Trento, 2017, p. 44.

²⁰⁰ Ibidem

²⁰¹ Pasqualotto, L., Carozza, P., Cibin M. (a cura di), *ICF, salute mentale e dipendenze. Strumenti per la riabilitazione orientata alla recovery*, Roma: Carocci, 2020, p. 141.

per la rilevazione dei punteggi: la stella; e il modulo del piano d'azione per pianificare l'intervento sulle aree prioritarie per il paziente.²⁰²

Si tratta di uno strumento estremamente flessibile, che può essere proposto dagli operatori agli utenti, individualmente o in gruppo, ma che può anche essere presentato da utenti formati ad altri utenti.

In Italia la MHRS è stata tradotta e validata nel 2013 nell'ambito di un progetto collaborativo che ha coinvolto i Servizi di Salute Mentale lombardi di quattro Enti pubblici²⁰³ e di due organizzazioni del privato sociale.²⁰⁴ La MHRS è stata tradotta in italiano, previa autorizzazione delle autrici, e sottoposta a processo di traduzione e adattamento secondo i suggerimenti della letteratura scientifica sull'argomento.²⁰⁵ Il disegno dello studio ha previsto la compilazione della MHRS da parte di oltre un centinaio di pazienti in contatto con le strutture psichiatriche appartenenti agli enti che hanno collaborato al progetto. Lo studio si è articolato in due valutazioni condotte a distanza di un mese circa, in cui sono state usate, oltre alla MHRS, anche scale cliniche di funzionamento personale e globale. Al termine della prima valutazione è stata stimata l'accettabilità della MHRS, rilevando i livelli di gradimento e di difficoltà d'uso dello strumento soggettivamente percepiti dall'operatore e dall'utente nella sua compilazione.²⁰⁶ Tutti gli operatori di riferimento (case manager) sono stati coinvolti nello studio e formati all'utilizzo della MHRS. A termine dello studio di validazione della MHRS, l'esperienza dell'Ente coordinatore del progetto, la UOP 23 DSMD ASST Spedali Civili di Brescia, con lo strumento è proseguita e si è tradotta in ulteriori prospettive e azioni recovery-oriented.²⁰⁷ In particolare, lo strumento ha contribuito a un cambiamento della cultura e delle modalità operative, in cui il paziente è divenuto effettivamente centrale nell'operatività clinica all'interno del Servizio: si sono poste così le basi culturali per lo sviluppo di rapporti di co-produzione tra operatori, utenti e familiari, tradotti successivamente nell'attivazione del primo Recovery College italiano,

²⁰² Placentino A., Lucchi F., et al., *La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana*, in Rivista di Psichiatria, 2017, Vol.52, n.6, p. 249.

²⁰³ UOP 23 DSMD ASST Spedali civili di Brescia, DSM ASST del Garda, DSM ASST di Crema, DSM ASST Vallecamonica

²⁰⁴ Associazione "il Chiaro del Bosco", Cooperativa "Liberamente"

²⁰⁵ Placentino A., Lucchi F., *La Recovery Star per la salute mentale. Dalla Lombardia gli esiti della sperimentazione italiana sullo strumento nato nel Regno Unito*, in Lavoro Sociale la rivista per le professioni sociali, 2019, vol.19, n.1, p. 23.

²⁰⁶ *ivi*, p. 24.

²⁰⁷ *ibidem*

di cui abbiamo già parlato precedentemente.²⁰⁸ La MHRS viene attualmente impiegata in modo routinario o sperimentale in più servizi pubblici e privati della Lombardia dove si sono tenuti corsi di formazione legati al suo utilizzo.²⁰⁹ Per padroneggiare l'uso della MHRS è necessario un training formativo di due giornate, che consente all'operatore di lavorare direttamente con gli utenti, così come indicato dalle autrici.²¹⁰ Recentemente è stato concluso un accordo fra l'Associazione "il Chiaro del Bosco" e Triangle Consulting, che detiene i diritti per l'utilizzo della MHRS, in base al quale l'Associazione diventa detentrica della licenza di utilizzo dello strumento per l'Italia.²¹¹

Le dieci aree della MHRS sono:²¹²

1. Gestione della propria salute mentale: l'area fa riferimento alla gestione della propria salute mentale, non significa necessariamente non avere più sintomi o non assumere più medicine, anche se può essere una possibilità, ma riguarda l'apprendere come ci si prende cura di se stessi, dei propri sintomi e come organizzare la propria vita in modo soddisfacente, senza che i sintomi la condizionino o limitino.
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, partecipare alla vita del proprio quartiere, iscriversi ad una associazione o a un

²⁰⁸ ibidem

²⁰⁹ Lucchi F. (a cura di), *Coproduzione e recovery. Un progetto presso i Servizi di salute mentale della provincia di Brescia*, Erickson, Trento, 2017, p. 44.

²¹⁰ Placentino A., Lucchi F., et al., *La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana*, in Rivista di Psichiatria, 2017, Vol.52, n.6, p. 249.

²¹¹ Lucchi F. (a cura di), *Coproduzione e recovery. Un progetto presso i Servizi di salute mentale della provincia di Brescia*, Erickson, Trento, 2017, p. 44.

²¹² Burns S., MacKeith J., *Mental Health Recovery Star™: guida per l'utente*. Traduzione italiana a cura di Burns P., et al., Triangle Consulting Social Enterprise Ltd e Mental Health Providers Forum, Hove (UK), 2014, pp. 8-9. Copyright - © Triangle Consulting Social Enterprise Ltd |

www.outcomesstar.org.uk

- 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 l'occupazione che si desidera, 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 e si valuta il grado di vicinanza che si desidera avere. La relazione individuata potrebbe essere con un familiare, un amico stretto o un rapporto affettivo (in corso o, se non c'è, trovare un partner con cui instaurare questo tipo di relazione) Potrebbe essere qualcuno che è importante per la persona ma con cui si è in contatto in questo momento.
 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, cibo). Prende in considerazione la consapevolezza di tali problemi e un eventuale impegno per ridurre i danni che possono causare alla persona o agli altri.
 8. Responsabilità: l'area fa riferimento alle responsabilità riguardanti il posto in cui si vive (casa o altro tipo di struttura residenziale). Include il pagamento dell'affitto, andare d'accordo con i vicini o gli altri ospiti della struttura oppure, se si abita da soli, l'assumersi la responsabilità nei confronti di chi va a trovare la persona. L'area include anche la mancanza di rispetto della legge, avere problemi con la polizia ed in generale con la giustizia.
 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, delle proprie fragilità e più in generale dell'accettazione di sé.
 10. Fiducia e speranza: l'area fa riferimento alla percezione della fiducia che la persona può riporre negli altri e alle aspettative positive per il futuro. Prende in considerazione il credere in sé stessi, la fiducia negli altri, nella vita e l'aspettativa di poter trovare delle soluzioni positive.

Le cinque fasi della scala del cambiamento su cui la Mental Health Recovery Star™ si basa sono:²¹³

Blocco: caratterizzato dalla sensazione di non sentirsi in grado di fare fronte al problema o di non essere nelle condizioni di accettare un aiuto.

La fase del blocco ha al suo interno due step consecutivi. Il paziente si trova nel primo se non ha voglia di parlare della sua situazione e vive un forte pessimismo. Si sente tagliato fuori, non ha consapevolezza dei problemi oppure ci pensa tantissimo, ma è spaventato all'idea di parlarne e non crede che ci sia qualcuno di cui si possa fidare. Per questo motivo la situazione è bloccata. Nel secondo step invece alla persona può capitare di tanto in tanto di pensare che le cose non dovrebbero essere in questo modo o di avere l'impulso di cercare un po' d'aiuto.

Accettazione dell'aiuto: in questa fase vogliamo allontanarci dal problema e speriamo che qualcuno possa intervenire e risolverlo per noi. Nel primo step di questa fase la persona potrebbe aver sviluppato un forte desiderio che le cose siano diverse. Il cambiamento può sembrare impossibile o essere fonte di paura, il paziente potrebbe non avere chiaro cosa vuole ma è consapevole che non vuole andare avanti a vivere come ha fatto fino ad ora. Inizia ad accettare offerte di aiuto, soprattutto per risolvere problemi contingenti, anche se qualche volta potrebbe essere troppo e preferirebbe tirarsi indietro. In questo step, pur essendoci un desiderio di cambiamento, non è ancora attiva una presa in carico della persona. Nel secondo step invece è presente l'aiuto di operatori o altre figure in modo attivo, costante e progettato nel tempo. La persona accetta di essere aiutata sempre di più, parlando apertamente con gli operatori e attenendosi alle indicazioni concordate. Il paziente fa molto riferimento agli operatori anche per fare cambiamenti e passi avanti. Senza gli operatori che supervisionano il percorso la persona potrebbe fare dei passi indietro oppure, se le cose funzionano non bene, potrebbe essere critico nei loro confronti. Il passo successivo è quello di mettersi al posto di guida, in modo da portare avanti la propria vita nella direzione voluta.

²¹³ Burns S., MacKeith J., *Mental Health Recovery Star™: guida per l'utente*. Traduzione italiana a cura di Burns P., et al., Triangle Consulting Social Enterprise Ltd e Mental Health Providers Forum, Hove (UK), 2014, pp. 6-7. Copyright - © Triangle Consulting Social Enterprise Ltd | www.outcomesstar.org.uk

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.

Il passaggio al crederci avviene quando il paziente individua un proprio obiettivo personale, pur non avendo ancora le abilità necessarie per realizzarlo, e prende la decisione di lavorare per raggiungerlo. Il primo step di questa fase vede la persona iniziare davvero a credere che la propria vita possa essere diversa e avere un'idea più chiara di ciò che vuole e non vuole. Il paziente si rende conto che i cambiamenti veri e durevoli non si verificano senza il suo impegno. Questo cambiamento di prospettiva prepara il terreno per il passaggio all'azione. Nel secondo step invece la persona inizia a credere al cambiamento facendo le cose in modo diverso. Il paziente inizia a mettere in atto i suoi piani e a fare cose nuove. Fare le cose in modo differente ed abbandonare i vecchi e consueti stili di comportamento richiede coraggio, per questo il paziente ha bisogno di aiuto per fronteggiare gli inevitabili alti e bassi. Il passo successivo è possibile se la persona rimane convinta e continua ad andare avanti, anche quando avverte fatica.

Apprendimento: in questa fase impariamo a rendere concreto il nostro percorso di recovery iniziando a sperimentare concretamente. Nel primo step di questa fase la persona nello sperimentare cose nuove e lavorare per raggiungere i propri obiettivi apprenderà che alcune cose vanno bene e altre meno. È infatti un percorso che si sviluppa per prove ed errori. Durante il percorso il paziente potrebbe incontrare degli ostacoli, avere una ricaduta e demoralizzarsi, potrebbe essere tentato di arrendersi e tornare a vecchie modalità di comportamento. È importante quindi avere qualcuno con cui parlare, che aiuti la persona a riconoscere e apprezzare i suoi successi e a leggere le ricadute come opportunità per imparare e diventare ancora più esperta nel conseguire i propri obiettivi. Nel secondo step il paziente ha maggiore consapevolezza, iniziativa e concretezza rispetto al precedente. Con il supporto infatti riesce a superare le ricadute e impara a conoscere ulteriormente cosa lo tiene sul suo percorso di cambiamento anche nei momenti più difficili. La persona si fa un'idea sempre più precisa di cosa è efficace per raggiungere i suoi obiettivi e mette da parte ciò che invece non funziona, questo gli è di aiuto per consolidare la motivazione, la fiducia in se stessa e la capacità di raggiungere ciò che si è prefissata. Per questa ragione il

paziente inizia ad essere più concreto, mettendo in atto dei comportamenti che servono davvero nel suo percorso e lo portano più vicino alla sua meta.

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. Nel primo step le nuove modalità di fare sono ormai ben consolidate e il paziente le attua in modo più spontaneo e naturale, facendo in modo che il cambiamento continui ad avvenire senza supporto. In caso dovessero sopraggiungere momenti di crisi e la persona dovesse sentirsi vulnerabile allora può essere utile che si metta in contatto con qualcuno per controllare che tutto proceda bene, che lo aiuti a riconoscere i segni di pericolo e, qualora ce ne fosse bisogno, a prendere le opportune contromisure. Nel secondo step di quest'area il paziente è alla fine del percorso e non ha particolari problemi attivi che potrebbero portarlo fuori strada e minacciare la sua capacità di vivere in modo indipendente. La persona si comporta efficacemente per se stessa e per chi gli sta vicino. Non ha bisogno di aiuti esterni per mantenere il modo in cui gestisce le cose ma sa come ottenere aiuto in caso di necessità.

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.

Il percorso di recovery non avviene necessariamente passando dal primo punto al successivo fino all'ultimo: ogni persona può essere in punti diversi del percorso e può andare avanti o indietro al mutare delle circostanze. In qualsiasi punto la persona sia del proprio percorso, trovare la sua posizione sulla scala può aiutarla a vedere da che punto è partita, quale è la sua prossima tappa e come può essere aiutata al meglio.²¹⁴

La Recovery Star è stata pensata per essere usata come parte integrante della presa in carico dell'utente e presuppone un'analisi e una compilazione condotta insieme

²¹⁴ Burns S., MacKeith J., *Mental Health Recovery Star™: guida per l'utente*. Traduzione italiana a cura di Burns P., et al., Triangle Consulting Social Enterprise Ltd e Mental Health Providers Forum, Hove (UK), 2014, p. 3. Copyright - © Triangle Consulting Social Enterprise Ltd | www.outcomesstar.org.uk

dall'utente e dal suo operatore di riferimento. Non deve essere considerata un esercizio da fare in pochi minuti, ma piuttosto un processo pensato e riflessivo in cui operatore e utente si incontrano per questo specifico scopo, si fermano e ragionano insieme. Per portare a termine il primo grafico di solito sono richiesti dai quarantacinque minuti alle due ore ma il tempo può variare in base a quanto si discute per ciascuna delle dieci aree. Se necessario il primo grafico della stella può essere completato in due incontri da fissare a non troppa distanza uno dall'altro in modo da fornire una corretta istantanea della situazione dell'utente in un preciso momento.²¹⁵

La Recovery Star può essere presentata e descritta all'utente durante l'incontro in cui viene completata o prima della compilazione, anche in gruppo, fornendo agli utenti interessati una copia della guida per l'utente da leggere prima dell'incontro.²¹⁶ Quando l'operatore introduce la stella è importante che spieghi innanzitutto che non si tratta di uno strumento che misura la gravità di un problema ma che fotografa un percorso di cambiamento e la posizione soggettiva dell'utente in questo viaggio. All'inizio del percorso si può partire da qualsiasi punteggio, si può avanzare o retrocedere e il punteggio dieci è il massimo della scala, ma non corrisponde necessariamente alla fine del percorso. È importante anche chiarire che l'obiettivo non è ottenere un punteggio complessivo di cento, ma costruire una mappa della situazione attuale, delle esperienze e del percorso. I numeri, infatti, non rappresentano un giudizio di valore, se il paziente è sufficiente o insufficiente rispetto a un'area della propria vita, quanto più una coordinata su una mappa, identificando la posizione del paziente nel suo percorso di cambiamento così che possa capire i passi da compiere in senso evolutivo.

Prendere in esame le dieci aree e relative scale del cambiamento insieme all'utente è il cuore di tutto il percorso di applicazione della Recovery Star. Il modo in cui viene fatto dipende dall'utente del servizio e dalla sua posizione nel percorso di cambiamento. Le risposte variano da persona a persona: alcuni apprezzano la rappresentazione grafica e gradiscono parlare di sé con l'aiuto di questo formato, altri considerano gli argomenti di alcune scale molto intimi e personali, per cui possono sentirsi vulnerabili ed eccessivamente esposti, altri ancora all'inizio trovano difficile rapportarsi al materiale proposto ma poi gradualmente riconoscono che le scale li

²¹⁵ Burns S., MacKeith J., *Mental Health Recovery Star™. Guida per le organizzazioni*, p. 10.

²¹⁶ Burns S., MacKeith J., *Mental Health Recovery Star™: guida per l'utente*. p. 11.

Copyright - © Triangle Consulting Social Enterprise Ltd | www.outcomesstar.org.uk

inducono a parlare in modo molto più completo di quanto non farebbero altrimenti.²¹⁷ È necessario quindi che l'operatore adatti l'approccio alla persona e lasci che sia l'utente a decidere da quale scala iniziare proponendo, in caso il paziente non sia convinto, quella che pensa possa essere la più semplice da discutere. Spesso, infatti, le persone trovano più facile partire dalle scale con un contenuto più concreto, come le abilità per la vita quotidiana, piuttosto che da quelle che si focalizzano su dimensioni più psicologiche, come la fiducia e la speranza, l'identità e l'autostima. Potrebbe essere utile avere un colloquio franco su ogni area prima di esaminare la scala, ponendo all'utente domande relative a come si sente rispetto a quell'ambito della sua vita, se tutto funziona bene o se ci sono dei problemi aperti, cosa vorrebbe che fosse diverso o dove vorrebbe essere fra qualche mese in termini di obiettivi da raggiungere. Dopo questo confronto l'operatore potrebbe invitare l'utente a guardare la scala e dire a che punto della stessa si collocherebbe, suggerendogli la posizione in caso l'utente abbia difficoltà a posizionarsi, spiegandone le ragioni e accogliendone le reazioni. Ciò può essere utile per conoscere meglio l'utente e aiutarlo a riflettere sulla sua situazione vedendola in modi diversi. Questo processo di negoziazione richiede specifiche abilità relazionali per l'operatore, un'approfondita conoscenza della relazione e una buona alleanza terapeutica. Una volta trovato l'accordo su un punteggio, nel foglio per le Note Recovery Star possono essere registrati i punti emersi dal confronto di cui si vuole tenere traccia, come le ragioni di un punteggio, una riflessione particolarmente consapevole fatta dall'utente o, nel caso di opinioni discordanti, le motivazioni del dissenso fra operatore e utente. Le note, seppur facoltative, possono essere utili nella fase di revisione del grafico della MHRS a quale mese di distanza.²¹⁸

Il metodo che guida l'operatore nell'incontro e confronto con il paziente è quello del colloquio motivazionale. Il colloquio motivazionale viene definito come uno stile comunicativo collaborativo e orientato, che presta particolare attenzione al linguaggio del cambiamento volto a rafforzare la motivazione personale e la perseveranza a raggiungere un obiettivo specifico, attraverso l'esplorazione delle ragioni proprie che spingono la persona a cambiare, il tutto in un'atmosfera di accettazione e aiuto che ne

²¹⁷ibidem

²¹⁸ Burns S., MacKeith J., *Mental Health Recovery Star™: guida per l'utente*, p. 12.
Copyright - © Triangle Consulting Social Enterprise Ltd | www.outcomesstar.org.uk

facilita il percorso.²¹⁹ 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:²²⁰

1. Stabilire una relazione: viene definito un rapporto proficuo, tra professionista ed utente, che si basa sulla collaborazione.
2. Focalizzare un'agenda specifica: insieme all'utente si chiarisce e delinea la direzione e l'orizzonte verso cui si vuole andare.
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

²¹⁹ Miller W.R., Rollnick S., *Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare*, Trento, Erikson, 2014, p. 52.

²²⁰ *ivi*, pp. 48-75.

scelte che la persona mette in pratica con il fine di raggiungere l'obiettivo (o gli obiettivi) pianificati in precedenza.²²¹

Nei percorsi di recovery è la stella compilata a fungere da base per la costruzione del piano d'azione. Una volta completata la compilazione del grafico della Stella, il lavoro non si esaurisce nella semplice restituzione visiva della situazione dell'utente, ma prosegue attraverso una serie di passaggi orientati alla riflessione, alla pianificazione e all'apprendimento. Il grafico consente innanzitutto di rendere immediatamente visibile la posizione della persona nelle diverse aree della vita, offrendo un'istantanea condivisa che può essere discussa e interpretata insieme all'operatore.

A partire da questa rappresentazione, utente e operatore sono invitati a soffermarsi sulla forma complessiva della Stella, riflettendo su quali ambiti risultino maggiormente sviluppati, quali presentino maggiori difficoltà e su quali aree la persona desideri concentrare il proprio lavoro. Questa fase favorisce un confronto attivo, in cui l'utente è incoraggiato a esprimere il significato che attribuisce al grafico e a individuare, in modo partecipato, le priorità di intervento.

Il passaggio successivo consiste nel collegare quanto emerso dalla lettura della Stella alla pianificazione concreta delle azioni, attraverso la definizione di obiettivi, dei passi successivi e delle responsabilità reciproche. In questa fase viene compilato il Piano d'Intervento, che può assumere la forma del progetto individualizzato già in uso nel servizio, mantenendo però la coerenza con il modello della Recovery Star e con la posizione dell'utente lungo la Scala del Cambiamento.

Gli obiettivi individuati dal paziente con il supporto dell'operatore devono essere obiettivi S.M.A.R.T. 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:²²²

²²¹ *ivi*, pp. 75-217.

²²² Doran G.T., *There's a S.M.A.R.T. Way to Write Managements' Goals and Objectives*, in *Management Review*, 1981, pp. 35-36.

- 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 la persona 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

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 utile ed efficace per fissare gli obiettivi e, di conseguenza, per valutarne l’andamento.

La Mental Health Recovery Star™ prevede che la recovery venga rivalutata periodicamente nel corso delle verifiche, riconoscendo il carattere dinamico, non lineare e soggettivo dei percorsi di cambiamento. La rivalutazione non ha la funzione di misurare una performance o di giudicare l’utente, ma rappresenta un momento di riflessione condivisa sul percorso intrapreso, sui cambiamenti avvenuti e sul significato che questi assumono per la persona.²²³

Durante le verifiche, utente e operatore tornano a compilare insieme la Stella, confrontando la nuova rappresentazione grafica con quella precedente. Questo confronto consente di rendere visibili eventuali progressi, stasi o regressioni,

²²³ Burns S., MacKeith J., *Mental Health Recovery Star™. Guida per le organizzazioni*, p. 13.
Copyright - © Triangle Consulting Social Enterprise Ltd | www.outcomesstar.org.uk

favorendo una lettura che tenga conto del contesto, delle esperienze vissute e delle difficoltà incontrate. È esplicitamente riconosciuto che il percorso di recovery non segue un andamento lineare e che battute d'arresto, rallentamenti o arretramenti possono costituire parte integrante del processo di apprendimento e di crescita personale.²²⁴

La rivalutazione offre inoltre l'opportunità di esplorare i motivi che hanno portato a cambiamenti nella posizione lungo la Scala del Cambiamento, aiutando l'utente a riflettere su ciò che ha funzionato, su ciò che non ha prodotto gli effetti desiderati e su quali condizioni abbiano facilitato o ostacolato il percorso. Questo processo rafforza la consapevolezza e l'agency della persona, sostenendo una lettura attiva e partecipata della propria esperienza.

In questa fase, particolare attenzione viene posta al mantenimento di un approccio collaborativo e rispettoso, in cui l'operatore sostiene il dialogo senza imporre interpretazioni o obiettivi. La rivalutazione diventa così uno spazio di negoziazione e ridefinizione del progetto, in cui è possibile rivedere le priorità, aggiornare gli obiettivi e modificare i passi successivi in modo coerente con il momento di vita della persona.

Infine, la raccolta sistematica delle rivalutazioni consente ai servizi di disporre di informazioni utili per monitorare l'andamento complessivo dei percorsi, favorire l'apprendimento organizzativo e riflettere sull'efficacia delle pratiche adottate. In questo senso, la rivalutazione della Recovery Star assume un duplice valore: da un lato sostiene il percorso individuale di recovery, dall'altro contribuisce a una lettura più ampia dei processi di cambiamento all'interno dei servizi, mantenendo al centro la prospettiva e l'esperienza degli utenti.²²⁵

²²⁴ ibidem

²²⁵ Burns S., MacKeith J., *Mental Health Recovery Star™. Guida per le organizzazioni*, p. 14.
Copyright - © Triangle Consulting Social Enterprise Ltd | www.outcomesstar.org.uk

Conclusioni

Il presente lavoro ha avuto come obiettivo principale quello di esplorare il paradigma della recovery in salute mentale, ricostruendone le origini teoriche e storiche, analizzandone le principali componenti e interrogandosi sulle implicazioni che tale paradigma comporta per l'organizzazione dei servizi e per il ruolo degli operatori. Nel corso della trattazione è emerso con chiarezza come la recovery non possa essere intesa come un concetto univoco e riducibile a criteri esclusivamente clinici, ma come un costrutto complesso, multidimensionale e profondamente radicato nell'esperienza soggettiva delle persone che vivono una sofferenza mentale.

Nel primo capitolo si è visto come, accanto a una concezione tradizionale di recovery intesa come esito clinico – centrata sulla remissione dei sintomi e sul ripristino del funzionamento – si sia progressivamente affermata una seconda accezione, definita recovery personale, che mette al centro la soggettività, l'identità e il vissuto delle persone. Questa prospettiva, nata dall'esperienza diretta degli utenti e dai movimenti di rivendicazione dei diritti, ha contribuito a scardinare il paradigma della cronicità e a rimettere in discussione l'idea che la malattia mentale coincida inevitabilmente con un destino di passività, dipendenza e perdita di valore sociale. La recovery, in questa accezione, non coincide con la scomparsa della sofferenza, ma con la possibilità di costruire una vita significativa e autodeterminata anche in presenza di limitazioni e vulnerabilità.

La ricostruzione storica ha mostrato come tale cambiamento di paradigma sia stato favorito da una pluralità di fattori: l'emergere dei first-person accounts, la critica ai modelli istituzionali segreganti, l'evoluzione della riabilitazione psichiatrica e il progressivo spostamento, promosso anche dall'OMS, verso una concezione della salute come benessere globale e partecipazione sociale. In questo contesto, la recovery si è configurata sempre più come un processo dinamico e non lineare, che coinvolge dimensioni cliniche, relazionali, sociali e politiche, e che richiede un ripensamento profondo delle pratiche di cura e dei rapporti di potere all'interno dei servizi di salute mentale.

Nel secondo capitolo l'attenzione si è spostata sull'impatto che il paradigma della recovery esercita sui servizi di salute mentale, evidenziando come l'adozione di un

orientamento recovery-oriented non possa limitarsi a un'adesione formale ai principi, ma debba tradursi in cambiamenti concreti nelle pratiche, nelle culture organizzative e nelle relazioni tra operatori e utenti. In particolare, sono stati analizzati i temi della coproduzione, del ruolo degli Esperti per Esperienza e dei Recovery Colleges, che rappresentano tentativi significativi di riconoscere e valorizzare il sapere esperienziale come risorsa legittima e indispensabile nei processi di cura.

Tuttavia, è emerso anche il rischio che tali pratiche si riducano a forme di coinvolgimento simbolico o retorico, qualora non venga realmente messo in discussione l'asimmetrico equilibrio di potere tra professionisti e utenti. Senza un autentico riconoscimento della competenza esperienziale e senza spazi reali di decisione condivisa, la coproduzione rischia di essere svuotata del suo potenziale trasformativo, mantenendo intatte le gerarchie tradizionali e riproducendo forme più sottili di esclusione.

Il terzo capitolo ha approfondito il ruolo dell'operatore nei percorsi di recovery, mostrando come lavorare in un'ottica recovery-oriented richieda competenze che vanno oltre quelle tecniche e cliniche. All'operatore è richiesto un cambiamento di postura professionale che implica la capacità di tollerare l'incertezza, di sostenere la "dignità del rischio", di riconoscere l'altro come soggetto attivo e competente rispetto alla propria vita. In questo senso, strumenti come la Mental Health Recovery Star™ possono rappresentare un supporto utile, purché vengano utilizzati come occasioni di dialogo e riflessione condivisa e non come dispositivi valutativi rigidi o normativi.

Nel complesso, la recovery si delinea come un paradigma che interpella non solo i servizi e gli operatori, ma l'intera comunità. Promuovere percorsi di recovery significa lavorare contro lo stigma, favorire l'inclusione sociale, garantire diritti e opportunità concrete di partecipazione. Significa, soprattutto, riconoscere che le persone con esperienza di sofferenza mentale non sono semplicemente destinatarie di cure, ma portatrici di saperi, desideri e risorse che possono contribuire in modo significativo al benessere collettivo.

In conclusione, adottare una prospettiva di recovery non equivale ad applicare un modello predefinito, ma a mantenere uno sguardo aperto e critico sui processi di cura, accettando la complessità e la singolarità dei percorsi individuali. La recovery non è

una destinazione finale, ma un cammino in continuo divenire, che richiede impegno, riflessività e responsabilità condivisa. In questo senso, il paradigma della recovery rappresenta non solo una sfida per la salute mentale contemporanea, ma anche un'opportunità per ripensare in modo più umano, equo e partecipativo il rapporto tra persone, servizi e comunità.

Bibliografia

Anthony W.A., *“Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s”*, in Psychosocial Rehabilitation Journal 1993, Vol.16, n.4, pp. 521–538.

Ashcraft L., Anthony W., *“A story of transformation: an agency fully embraces recovery”*, in Behavioral Healthcare Tomorrow, 2005, Vol.14, n.2, pp. 12-22.

Ashcraft L., *The Recovery Education Center Model*, Recovery Innovations, Phoenix (AZ), in Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC), *Recovery Colleges*, briefing paper, 2000.

Australian Health Ministers' Advisory Council, *A National framework for recovery-oriented mental health services: policy and theory*, Commonwealth of Australia, 2013.

Bellack A.S., *“Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts and implications”*, in Schizophrenia Bulletin, Vol.32, n.3, pp. 432-442.

Beresford P., *“User Involvement, Research and Health Inequalities”*, in Health and Social Care in the Community, 2007, Vol.15, n.4, pp. 306-312.

Bergamasco M.G., Schumann R., *Disturbi di malattia mentale: parliamo di recovery*, AIAMC, disponibile su <https://www.aiamc.it/recovery-malattia-mentale/> (consultato il 12/10/2025).

Biegel D.E., Tracy E.M., *“Strengthening social networks”*, in Health & Social Work, 1994, n.19, pp. 206-217.

Bird V., Leamy M., Le Boutillier C., Williams J., Slade M., *Promuovere la recovery nei servizi di salute mentale di comunità*, Edizione italiana a cura di: Starace F., Mazzi F., AUSL Modena, 2011.

Bovaird T., *“Beyond Engagement and Participation – User and Community Co-Production of Public Services”*, in Public Administration Review, 2007, Vol.67, n.5, pp. 846-870.

Bovaird T., Loeffler E., *“From engagement to co-production: The contribution of users and communities to outcomes and public value”*, in Voluntas, 2012, vol.23, n.4, pp. 1119–1138.

Boyle D., Coote A., Sherwood C. e Slay, J., *Right Here, Right Now. Taking Co-Production into the Mainstream*, London, NESTA, 2010.

Boyle D., Harris M., *The Challenge of Co-production. How equal partnerships between professionals and the public are crucial to improving public services*, London, nef–NESTA, 2009.

Bracken P., Thomas P., Timimi S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., Bhunnoo, S., Browne, I., Chhina, N., Double, D., Downer, S., Evans, C., Fernando, S., Garland, M. R., Hopkins, W., Huws, R., Johnson, B., Martindale, B., Middleton, H., Moldavsky, D., Moncrieff, J., Mullins, S., Nelki, J., Pizzo, M., Rodger, J., Smyth, M., Summerfield, D., Wallace, J., Yeomans, D., “*Psychiatry beyond the current paradigm*”, in *The British Journal of Psychiatry*, 2012, 201, pp. 430–434.

Burns S. & MacKeith J., *Mental Health Recovery Star™: guida per l'utente*. Traduzione italiana a cura di Burns P., et al., Triangle Consulting Social Enterprise Ltd e Mental Health Providers Forum, Hove (UK), 2014, Copyright - © Triangle Consulting Social Enterprise Ltd | www.outcomesstar.org.uk.

Burns, S., MacKeith, J., *Mental Health Recovery Star™. Guida per le organizzazioni*, traduzione italiana a cura di Burns P. et al., Triangle Consulting Social Enterprise Ltd e Mental Health Providers Forum, Hove (UK), 2014 Copyright - © Triangle Consulting Social Enterprise Ltd www.outcomesstar.org.uk.

Cavelti M., Kvrpic S., Beck E.M., Rüsç N., Vauth, R., “*Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders*”, in *Comprehensive Psychiatry*, 2012, Vol.53, n.5, pp. 468–479.

CoLab Torre Cimabue – Brescia, *Recovery College*, <https://www.colab-brescia.it/recovery-college/> (consultato il 14/10/2025).

Curtis L., Hodge M., “*Old standars, new dilemmas: ethics and boundaries in community support services*”, in *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1994, n.18, pp. 13-33.

Davidson L., et al., “*Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle?*”, in *Professional Psychology: Research and Practice*, 2005, Vol.36, n.5, pp. 480–487.

Davidson L., Borg M., Marin I., Topor A., Mezzina R., Sells D., “*Process of recovery in serious mental illness. Findings from a multinational study*”, in *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 2005, Vol.8, n.3, pp. 177-201.

Davidson L., *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*, New York University Press, New York, 2003.

Davidson L., Roe D., “*Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery*”, in *Journal of Mental Health*, 2007, Vol.16, n.4, pp. 459–470.

Davidson L., Stayner D.A., Nickoll C., Styron T.H., Rowe M., Chinman M.L., “*Simply to be let in: inclusion as a basis for recovery*”, in *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2001, n.24, pp. 375-388.

Davidson L., Tondora J., et al., *Il Recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative*, Erickson, 2012.

Deegan P.E., “*Recovery as a journey of the hearth*”, in *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1996, vol.19, n.3 pp. 91-97.

Deegan P.E., “*Recovery as a Self-Directed Process of Healing and Transformation*”, in *Occupational Therapy in Mental Health*, 2002, Vol.17, n.3, pp. 5-21.

Deegan P.E., “*Spirit breaking: When the helping professions hurt*”, in *The Humanistic Psychologist*, 1990, Vol.18, n.3, pp. 301-313.

Deegan, P. E., *Recovery and the Conspiracy of Hope*, intervento presentato alla Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand, Brisbane, 16 settembre 1996.
<http://www.patdeegan.com/pat-deegan/lectures/conspiracy-of-hope>.

Doran G.T., “*There’s a S.M.A.R.T. Way to Write Managements’ Goals and Objectives*”, in *Management Review*, 1981, pp. 35-36.

Farkas M., “*The vision of recovery today: What it is and what it means for services*”, in *World Psychiatry*, 2007, Vol.6, n.2, pp. 68-74.

Ferazzoli M.T. *Recovery-Based Approaches to mental health: discussion material*, IMPACT, The Health Foundation, UKRI-Economic and Social Research Council, 2024.

Frediani E., *La co-progettazione dei servizi sociali. Un itinerario di diritto amministrativo*, Giappichelli, Torino, 2022.

Gilmartin R.M., “*Personal narrative and the social reconstruction of the lives of former psychiatric patients*”, in *Journal of Sociology and Social Welfare*, 1997, vol.24, n.2, pp. 77-102.

Gruppo di Ricerca e Recovery, *La Carta della Recovery. I servizi di salute mentale e la guarigione*, Dipartimento di salute mentale di Trieste, Trieste, 2014

Hoftman G.D., “*The Burden of Mental Illness Beyond Clinical Symptoms: Impact of Stigma on the Onset and Course of Schizophrenia Spectrum Disorders*”, in *The American Journal of Psychiatry – Residents’ Journal*, 2016, Vol.11, n.4, pp. 5–7.

Jones M., “*Risk: A conversation worth having in mental health care?*”, in *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 2020, vol.7, n.1, pp. 97-101.

Karow A., Pajonk F.G., Reimer J., Hirdes F., Osterwald C., Naber D., Moritz S., “*The dilemma of insight into illness in schizophrenia: Self-and-expert-rated insight and quality of life*”, in *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2008, Vol.258, n.3, pp.152-159.

La salute mentale come bene comune... Perché ci vuole una città — Progetto Recovery, Università di Bologna, <https://site.unibo.it/ci-vuole-una-citta/it/progetto-recovery> (consultato il 20/10/2025).

Le Boutillier C., Leamy M. et al., “*What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance*”, in *Psychiatric Services*, n.62, pp. 1470-1476.

Leamy M., Bird V., Le Boutillier C., Williams J., Slade M., “*Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis*”, in *British Journal of Psychiatry*, 2011, vol.199, n.6, pp. 445–452.

Lieberman J.A., Drake R.E., Sederer L.I., Belger A., Keefe R., Perkins D., Stroup S., “*Science and recovery in schizophrenia*”, in *International Review of Psychiatry*, 2008, Vol.59, n.5, pp. 487-496.

Lucchi F. (a cura di), *Coproduzione e recovery. Un progetto presso i Servizi di salute mentale della provincia di Brescia*, Erickson, Trento, 2017.

Maone A., “*il movimento per la recovery*”, in *Il nuovo Faro*, 2016, n.3, pp. 24-29.

Maone A., D'Avanzo B. (a cura di), *Recovery nuovi paradigmi per la salute mentale*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2015.

McGregor J., Repper J., Brown H., “*The college is so different from anything I have done: A study of the characteristics of Nottingham Recovery College*”, in *Journal of Mental Health Training, Education and practice*, 2014, vol. 9, n. 1, pp. 3-15.

McLean, A., “*Recovering consumers and a broken mental health system in the United States: Ongoing challenges for consumers/survivors and the new freedom commission on mental health. Part I: Legitimization of the consumer movement and obstacles to it*”, in *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 2003 n.8, pp. 47-57.

Mead S., Copeland M.E., “*What recovery means to us: consumers' perspectives*”, in *Community Mental Health Journal*, 2000, Vol.36, n.3, pp. 315-328.

Menezes N.M., Arenovich T., Zipurski R.B. “*A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis*”, in *Psychological Medicine*. 2006, Vol.36, n.10, pp. 1349-1362.

Miller W.R., Rollnick S., *Il colloquio motivazionale. Aiutare le persone a cambiare*, Trento, Erikson, 2014.

Ministero della Sanità, *Decreto Ministeriale 29 marzo 2001, n. 182*, «Regolamento recante la definizione della figura professionale del tecnico della riabilitazione psichiatrica», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, n. 131 del 7 giugno 2001.

Morgan J. F., *Giving up the culture of blame. Risk assessment and risk management in psychiatric practice*, In Briefing document for the Royal College of Psychiatrists. London: Royal College of Psychiatrists, 2007.

Morgan S., *“Positive risk-taking: An idea whose time has come”*, in Health Care Risk Report, 2004, vol.10, n.10, pp. 18-19.

Needham C., *Co-Production: an Emerging Evidence Base for Adult Social Care Transformation*, Social Care Institute for Excellence, 2012.

Nelson G., *“Housing for people with serious mental illness: Approaches, evidence, and transformative change”*, in Journal of Sociology and Social Welfare, vol.37, n.4, pp. 123-146.

Nordt C., Rössler W., Lauber C., *“Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression”*, in Schizophrenia Bulletin, Vol.32, n.4, pp. 709-714.

O'Brien J., Lovett H., *Finding a way toward everyday lives: the contribution of person-centred planning*, Harrisburg, PA, Pennsylvania Office of Mental Retardation, 1992.

Onken S.J., Craig C.M., Ridgway P., Ralph R.O., Cook J.A., *“An analysis of the definitions and elements of recovery: a review of the literature”*, in Psychiatry Rehabilitation Journal. 2007, Vol.31, n.1, pp. 9-22.

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), *Constitution of the World Health Organization*, New York, 19–22 giugno 1946, entrata in vigore il 7 aprile 1948.

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), *People-Centred Health Care: A Policy Framework*, WHO Western Pacific Regional Office, Manila, 2007.

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR), *Psychosocial Rehabilitation: A Consensus Statement*, Ginevra, World Health Organization, 1996.

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS/WHO), *Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*, adottato alla WHO European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, 12–15 gennaio 2005.

Orlandini M., Rago S., Venturi P., *Co-produzione. Ridisegnare i servizi di welfare*, AICCON, Short Paper 1/2014.

Ostrom, E., “*Crossing the great divide: Coproduction, synergy, and development*”, in *World Development*, 1996, vol.24, n.6, pp. 1073–1087.

Outcomes Star, “*Our values*,” Triangle Consulting Social Enterprise, (consultato il 20 gennaio 2026) <https://www.outcomesstar.org.uk/about-triangle/our-values/>.

Pasqualotto, L., Carozza, P., Cibir, M. (a cura di), *ICF, salute mentale e dipendenze. Strumenti per la riabilitazione orientata alla recovery*, Roma: Carocci, 2020.

Perkins R., Meddings S., Williams S., Repper J., *Recovery Colleges: 10 Years On*, Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC), Londra, 2017.

Perkins R., Repper J., “*Recovery versus risk? From managing risk to the co-production of safety and opportunity*”, in *Mental Health and Social Inclusion*, 2016, vol.20, n.2, pp. 101-109.

Perkins R., Repper J., Rinaldi M., Brown H., *Recovery Colleges*, Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC), briefing paper, Londra, 2012.

Perkins R., Repper J., Rinaldi M., Brown H., *Recovery Colleges*, ImROC, Centre for Mental Health, 2012, <https://www.imroc.org/publications/1-recovery-colleges?rq=recovery%20college> (consultato il 06/01/2026).

Perkins R., Repper J.M., *Dilemmas in Community Mental Health Practice. Choise or Control*, Radcliffe Medical Press, Oxford, 1998.

Perkins, R., Meddings, S., Williams, S., & Repper, J., *Recovery Colleges: 10 Years On*. London: ImROC – Implementing Recovery through Organisational Change, 2017 <https://www.imroc.org/publications/recovery-colleges-10-years-on> (consultato il 05/01/2026).

Pestoff V., Brandsen T., Verschuere B., *New Public Governance, the Third Sector and Co-Production*, Routledge, London/New York, 2012, pp. 112-115.

Placentino A., & Lucchi F., “*La Recovery Star per la salute mentale. Dalla Lombardia gli esiti della sperimentazione italiana sullo strumento nato nel Regno Unito*”, in *Lavoro Sociale la rivista per le professioni sociali*, 2019, vol.19, n.1, pp. 22-27.

Placentino A., Lucchi F., et al., "*La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana*", in Rivista di Psichiatria, 2017, Vol.52, n.6, pp. 247-254.

President's New Freedom Commission on Mental Health, *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*. U.S. Department of Health and Human Services, Rockville (MD), 2003, pp. 1-39.

Priebe S., Watts J., Chase M., Matanov A., "*Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: Qualitative study*", in British Journal of Psychiatry, 2005, n.187, pp. 438-443.

Priebe, S., "*Institutionalization revisited – with and without walls*", in Acta Psychiatrica Scandinavica, 2004, Vol.110, n.2, pp. 81-82.

Profeti S., Tarditi V., "*Le pratiche collaborative per la co-produzione di beni e servizi: quale ruolo per gli enti locali?*", in Rivista Italiana di Politiche Pubbliche, 2019, n.3, pp. 867–889.

Psychiatric Rehabilitation Association (PRA), *Code of Ethics*, approvato dalla Certification Commission for Psychiatric Rehabilitation and Recovery il 7 maggio 2018, Virginia, pp. 11-13.

Ramon S., Healy B., Renouf N., "*Recovery from mental illness as an emergent concept and practice in Australia and the UK*", in International Journal of Social Psychiatry, 2007, n.53, pp 108-122.

Rapp C.A., "*The active ingredients of effective case management: a research synthesis*", in Community Mental Health Journal, 1998, Vol.34, n.4, pp. 363-380.

Rapp C.A., Wintersteen R., "*The strengths model of case management: results of twelve demonstrations*", in Psychosocial Rehabilitation Journal, 1989, vol.13, n.1, pp. 23-32.

Repper J., *Peer Support Workers: Theory and Practice*, Centre for Mental Health – ImROC Briefing Paper, London 2013.

Repper J., Perkins R., *Social Inclusion and Recovery*, Baillière Tindall, 2012.

Ridgway, P., "*Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives*", in Psychiatric Rehabilitation Journal, 2001, n.24, pp. 335-343.

Rogers A., Pilgrim D. "*Pulling down churches': Accounting for the mental health users' movement*", in Sociology of Health and Illness, 1991, Vol.13, n.2, pp. 129-148.

Rose D., Kalathil J., "*Power, Privilege and Knowledge*", in Frontiers in Sociology, 2019, Vol.4, n.54, pp. 1-11.

Rowe M., *Crossing the border: encounters between homeless people and outreach workers*, Berkeley, CA, University of California Press, 1999.

Russinova Z., Rogers E.S., Cook K., Ellison-Langer M., Lyass A., “*Conceptualization and measurement of mental health providers’ recovery-promoting competence: The Recovery Promoting Relationship Scale (RPRS)*”, in *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2013, Vol.36, n.1, pp. 7-14.

Sayce L., Perkins R., “*Recovery: beyond mere survival*”, in *Psychiatric Bulletin*, 2000, Vol.24, n.2, pp. 74-80.

Scovino C., *Il processo del recovery: appunti e spunti*, Nurse24, 18 dicembre 2021 (consultato il 18/10/2025) <https://www.nurse24.it/specializzazioni/salute-mentale/processo-recovery-appunti-spunti.html>.

Shepherd G., Boardman J., Burns M., *Implementing Recovery: A Methodology for Organizational Change*, Centre for Mental Health, 2010, pp. 1-20.

Slade M., *100 ways to support recovery*, Rethink Mental Illness, London, 2009.

Slade M., *the contribution of mental health services to recovery*, in *Journal of Mental Health*, 2009, Vol.18, n.5, pp. 367-371.

Strauss J.S., “*Prognosis in schizophrenia and role of subjectivity*”, in *Schizophrenia Bulletin*, 2008, Vol.43, n.2, pp. 201-203.

Strauss J.S., Davidson L., *Mental disorder, work and choice*. In Bonnie R., Monahan J. (a cura di), *Mental disorder, work disability, and law*, Chicago, University of Chicago Press, 1997, pp. 105-130.

Strauss J.S., *La schizofrenia può migliorare?*, in Cazzullo C.L., Clerici M., Bertrando P. (a cura di), *Schizofrenia e ambiente*, Franco Angeli, Milano, pp. 79-91

Tsai J., Salyers M.P., Lobb A.L., “*Recovery-oriented training and staff attitudes over time in two state hospitals*”, in *Psychiatric Quarterly*, 2010, n.81, pp. 335-347.

U.S. Department of Health and Human Services, *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, Center for Mental Health Services & National Institute of Mental Health, Rockville (MD), 1999.

Whitley R., Shepherd G., Slade M., “*Recovery colleges as a mental health innovation*”, in *World Psychiatry*, 2019, vol.18, n. 2, pp. 141-142.

World Health Organization, *L'empowerment dell'utente nella salute mentale. Una dichiarazione dell'ufficio regionale per l'Europa dell'OMS*, 2010 (traduzione italiana a cura dell'associazione Riabilita di Siena per conto del Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale).