



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BRESCIA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE CLINICHE E SPERIMENTALI

Corso di Laurea

in Educazione Professionale

Elaborato di Tesi

OLTRE IL DISAGIO:

La My Mind Star nella costruzione del progetto di vita dell'adolescente

Relatore: Dott.ssa Migliorati Simonetta Maria

Correlatore: Dott. Scarsato Gianpaolo

Laureando:

Jose Isaac Gutierrez Diaz

Matricola n. 743551

Anno Accademico 2024/2025

Indice

Sommario

Introduzione	5
Premessa	11
CAPITOLO I – Il concetto di <i>Recovery</i>: evoluzione teorica e storica	12
1.1. Introduzione al concetto di <i>Recovery</i>	12
1.2. Origini storiche del movimento di <i>Recovery</i>	13
1.3. Definizioni di <i>Recovery</i> nella letteratura	17
1.4. <i>Recovery clinica</i> e <i>Recovery personale</i>	19
1.4.1. <i>Recovery clinica</i>	19
1.4.2. <i>Recovery personale</i>	20
1.5. <i>Recovery</i>, coproduzione, empowerment, autodeterminazione	22
1.6. Il ruolo della speranza	25
1.7. La <i>Recovery</i> nel contesto italiano	27
CAPITOLO II – Le <i>Outcomes Star</i> e la <i>Recovery Star</i>: modello di riferimento per la <i>My Mind Star</i>	32
2.1. Le <i>Outcomes Star</i>	32
2.2. La <i>Mental Health Recovery Star</i> come modello di <i>Outcomes Star</i>	34
2.3. Origini e sviluppo della <i>Recovery Star</i>	36
2.4. Il modello della Scala del Cambiamento	39
2.4.1. Fondamenti teorici della Scala del Cambiamento	40
2.4.2. Le cinque fasi della Scala del Cambiamento	40
2.5. Caratteristiche e campi di applicazione dello strumento	42
2.5.1. Caratteristiche principali dello strumento	42
2.5.2. Campi di applicazione dello strumento	43
2.6. Studi di validazione e affidabilità	45

2.6.1. Prime evidenze sulla validazione dello strumento.....	45
2.6.2. La <i>Recovery Star</i> nel panorama degli strumenti di <i>Recovery</i>	46
2.6.3. Percezioni professionali e condizioni di utilizzo	46
2.6.4. Evidenze empiriche sull'uso nei servizi.....	47
2.7. Validazioni e adattamenti internazionali	49
2.8. Limiti e critiche emerse.....	51
CAPITOLO III – <i>My Mind Star</i>: utilizzo del paradigma della <i>Recovery</i> con i giovani	54
3.1. Nascita e finalità della <i>My Mind Star</i>	54
3.2. Presupposti teorici di riferimento.....	57
3.3. Struttura dello strumento e analisi dei domini.....	59
3.4. Differenze e continuità con la <i>Recovery Star</i>	63
3.5. Evidenze scientifiche e studi presenti	64
CAPITOLO IV – Il progetto “VOICE”: un’esperienza bresciana	68
4.1. Il progetto.....	69
4.2. La realizzazione del progetto.....	72
4.3. Lo strumento, come e perché.....	75
4.4. Esiti esemplificativi dell’uso dello strumento nel territorio	78
4.4.1. Valutazione d’impatto sociale del progetto “VOICE”	78
4.4.2. Interviste ai formatori della <i>My Mind Star</i>	81
Conclusioni	86
Bibliografia	91
Sitografia	102

Introduzione

Il presente elaborato nasce da un interesse per il modello della *Recovery*, maturato nel corso dell'esperienza di tirocinio. Un primo avvicinamento a tale prospettiva è avvenuto attraverso l'introduzione della *Mental Health Recovery Star* e, successivamente, l'incontro con uno strumento più recente — la *My Mind Star* — ispirato ai principi della *Recovery* per dare supporto nei percorsi di salute mentale, e specificamente rivolto ai giovani, ha fatto emergere il bisogno di approfondirne il significato, le potenzialità applicative e l'adeguatezza rispetto a questa particolare fase del ciclo di vita.

Dunque, l'aspetto che ha orientato maggiormente l'interesse verso questo strumento e approccio riguarda la possibilità di riconoscere alla persona un ruolo attivo all'interno del proprio percorso, favorendone la partecipazione alla lettura di sé, all'individuazione delle aree di bisogno, la valorizzazione delle persone e delle risorse, nonché alla definizione di obiettivi per il cambiamento. Tale prospettiva assume una particolare rilevanza nel lavoro con gli adolescenti, che si trovano in una fase evolutiva ancora aperta, caratterizzata dalla costruzione dell'identità, dalla ricerca di autonomia e dalla progressiva elaborazione del proprio futuro. Da qui è emersa la domanda su come lo strumento possa risultare utile nel sostenere ragazzi e ragazze non soltanto nella comprensione del proprio disagio, ma anche nella costruzione del proprio progetto di vita.

Per questo motivo, la presente tesi si propone di comprendere in che modo la *My Mind Star* possa incidere sull'approccio educativo, rendendo l'adolescente protagonista del processo di lettura di sé e di costruzione del proprio percorso di vita. Il quesito di fondo riguarda la possibilità di individuare strumenti che non si limitino a rilevare il disagio quando esso è già evidente o strutturato, ma che consentano di promuovere ascolto, partecipazione, consapevolezza e orientamento nel percorso di crescita del giovane.

Questo interesse si colloca all'interno di una riflessione più ampia sul ruolo dell'educatore nei contesti della salute mentale. In molti casi, infatti, il lavoro educativo rischia di essere chiamato in causa solo quando il disagio è già manifesto, mentre appare altrettanto importante interrogarsi sugli strumenti che permettono di intervenire prima, in un'ottica di prevenzione, promozione del benessere e accompagnamento evolutivo. In tale quadro, si inserisce anche l'esperienza del progetto VOICE, promosso nel territorio bresciano dalle cooperative sociali Il Calabrone, Fraternità Giovani e La Rondine, all'interno del quale è stata sperimentata la *My Mind Star*, rendendone successivamente possibile anche la traduzione in Italia. L'interesse verso questo strumento richiama però, prima ancora della sua applicazione concreta, la necessità di chiarire quale concezione di salute e di benessere ne renda possibile il significato e l'utilizzo in ambito educativo.

Per comprendere il senso della *My Mind Star*, è necessario chiarire preliminarmente quale idea di salute e di benessere orienti oggi il lavoro educativo con gli adolescenti. Nella tradizione medica occidentale si è a lungo affermato un modello di tipo biomedico, fondato su una lettura della malattia come alterazione organica individuabile, descrivibile e trattabile principalmente sul piano fisico. In questa prospettiva, il corpo viene considerato come una sorta di meccanismo biologico, mentre la salute coincide sostanzialmente con l'assenza di patologia, di dolore o di disfunzione. Il pregio di questo modello è stato senza dubbio quello di favorire lo sviluppo della diagnostica e della medicina scientifica; tuttavia, il suo limite consiste nella difficoltà a comprendere tutte quelle situazioni in cui il malessere non è riconducibile in modo lineare a una causa organica, ma emerge dall'intreccio tra vissuti psicologici, relazioni, ambiente di vita e condizioni sociali (Engel, 1977; Szadejko, 2020).

A partire dal secondo dopoguerra, questa impostazione è stata progressivamente messa in discussione da una concezione più ampia della salute. La Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce infatti la salute come uno stato di benessere fisico, mentale e sociale, e non come semplice assenza di malattia. Su questa base, George L. Engel propose nel 1977 il modello bio-psico-sociale, sostenendo la necessità di superare una lettura esclusivamente biomedica della cura. Secondo Engel, la comprensione della salute richiede di considerare insieme fattori biologici, psicologici e sociali, non come dimensioni separate, ma come livelli tra loro interdipendenti. Il suo contributo è stato importante perché ha offerto un quadro teorico capace di

leggere la persona nella sua complessità, valorizzando non solo il sintomo, ma anche il modo in cui l'individuo vive la propria condizione, interpreta la propria esperienza e si colloca dentro una rete di relazioni (Engel, 1977; Engel, 1980; Szadejko, 2020).

Nel tempo, il modello bio-psico-sociale è diventato un riferimento importante non soltanto in ambito clinico, ma anche nei contesti psicologici, educativi e socio-sanitari. Szadejko (2020) sottolinea che tale modello, pur essendo nato nel campo della salute, è stato progressivamente assunto anche nelle scienze dell'educazione, perché permette di leggere la persona in maniera unitaria e di promuovere interventi più adeguati nelle situazioni complesse. Lo stesso autore evidenzia inoltre che questa prospettiva favorisce il dialogo interdisciplinare tra medici, psicologi, professionisti sociali ed educatori.

Un passaggio decisivo in questa evoluzione è rappresentato dall'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute), approvato dall'OMS nel 2001. L'ICF non si limita a classificare malattie o deficit, ma propone una cornice concettuale che descrive il funzionamento della persona nel rapporto tra condizioni di salute e fattori contestuali. In altre parole, l'attenzione si sposta dalla sola menomazione al modo in cui una persona vive, partecipa, apprende, si relaziona e incontra facilitatori o barriere nel proprio ambiente (World Health Organization, 2001). Trasportato all'adolescenza, questo aspetto permette di leggere il benessere non come una caratteristica puramente interna del soggetto, ma come esito dell'interazione tra risorse personali, contesti educativi, legami familiari, relazioni con i pari e opportunità di partecipazione.

In questo quadro, parlare di benessere significa dunque andare oltre una logica puramente riparativa. Non si tratta solo di intervenire quando il problema è già conclamato, ma di costruire condizioni che favoriscano lo sviluppo armonico della persona, la partecipazione, il senso di efficacia, la qualità delle relazioni e la capacità di orientarsi nel proprio percorso. È proprio entro questa cornice teorica che strumenti come la *My Mind Star* acquistano significato, poiché non guardano l'adolescente unicamente come portatore di un disagio da classificare, ma come soggetto in evoluzione, inserito in una rete di relazioni, risorse e fragilità che devono essere comprese in modo globale e condiviso (MacKeith et al., 2021; Outcomes Star, n.d.).

Questa prospettiva consente di superare una lettura riduttiva del disagio, infatti, il malessere adolescenziale non può essere compreso soltanto come presenza o assenza di un disturbo, ma va

interpretato anche in relazione ai contesti di vita, ai compiti evolutivi, alla qualità delle relazioni e alla possibilità di sentirsi riconosciuti e sostenuti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea che infanzia e adolescenza sono fasi cruciali per la salute mentale, perché è in questi anni che si sviluppano competenze cognitive, relazionali e socio-emotive decisive per il futuro. Sempre secondo l'OMS, una quota rilevante di adolescenti sperimenta condizioni di sofferenza mentale, e proprio per questo diventano centrali le strategie di promozione del benessere, prevenzione e intervento precoce nei contesti di vita quotidiana, a partire dalla scuola e dalla comunità (World Health Organization, 2025a; World Health Organization, 2025b).

L'adolescenza è, inoltre, una fase decisiva, un momento in cui molti cambiamenti arrivano insieme e spesso tutto sembra muoversi contemporaneamente. Cambia il corpo, cambiano le emozioni, cambia il modo di pensare e cambiano anche le relazioni. È un'età in cui si prova a mettere a fuoco chi si è e chi si vuole diventare, mentre cresce il bisogno di autonomia ma permane una certa dipendenza dalle figure adulte; si cerca di costruire la propria identità attraverso il confronto con i pari e, talvolta, anche attraverso la contrapposizione con gli adulti di riferimento. La scuola e le relazioni tra coetanei diventano, in questo senso, ambienti centrali che possono offrire stabilità e riconoscimento, oppure trasformarsi in luoghi nei quali si accumulano pressioni e fatiche. Per questo l'adolescenza non va trattata come una semplice "parentesi problematica", ma come un processo evolutivo complesso, in cui i contesti educativi e comunitari possono sostenere la costruzione del sé e l'orientamento verso il futuro, o invece, ostacolarli (Marta et al., 2020).

Negli ultimi anni, però, molti vissuti adolescenziali sembrano attraversati da un malessere che non sempre si presenta in modo esplicito. Accanto alle situazioni clinicamente rilevanti, si incontrano spesso fragilità meno rumorose: un senso persistente di inadeguatezza, un progressivo ritiro dalle relazioni, oscillazioni emotive difficili da gestire, una fatica nel reggere aspettative scolastiche e sociali. Questo tipo di disagio può restare apparentemente compatibile con la routine quotidiana ma, nel frattempo, incidere profondamente sull'autostima, sulla motivazione, sulla qualità delle relazioni e sulla capacità di immaginare il futuro. In questi casi, il rischio è che l'atteggiamento dell'adolescente venga interpretato in modo negativo — come "svogliato", "provocatorio" o "problematico" — ricevendo risposte solo contenitive o giudicanti, quando invece ciò che emerge è soprattutto una domanda di senso e di accompagnamento educativo (Quinto, 2025).

Molte di queste fragilità ruotano attorno a un nodo relazionale: il bisogno di riconoscimento. Per alcuni ragazzi diventa difficile perfino trovare le parole per dire cosa provano; chiedere aiuto può sembrare un segno di debolezza, oppure può mancare la fiducia che qualcuno ascolterà davvero senza minimizzare o moralizzare. In questo quadro, l'ascolto non è una disponibilità generica o passiva, ma la possibilità di dare voce all'esperienza e di incontrare adulti capaci di tenere aperto un dialogo non giudicante, senza ridurre la persona al sintomo o al comportamento (Quinto, 2025). È un ascolto che non “corregge”, ma che riconosce e, proprio per questo, può diventare un punto di appoggio.

Queste riflessioni trovano riscontro anche nella cornice di salute pubblica. A livello europeo, l'OMS segnala che una quota importante di bambini e adolescenti vive con condizioni di sofferenza mentale, con un'incidenza maggiore tra i 15 e i 19 anni. Vengono inoltre evidenziati fattori di rischio collegati agli ambienti di vita — tra cui contesti scolastici e spazi online — e fenomeni come cyberbullismo e uso problematico dei social media (WHO Regional Office for Europe, 2024). Anche in Italia emergono segnali convergenti: il report del Consiglio Nazionale dei Giovani & Eures mostra che molti giovani dichiarano di aver sentito il bisogno di un supporto psicologico negli ultimi anni, ma non sempre riescono ad accedervi in modo adeguato. Il documento evidenzia inoltre differenze di genere e richiama la necessità di interventi più accessibili e integrati nei contesti di vita quotidiana (Consiglio Nazionale dei Giovani & Eures, 2025).

Per comprendere meglio il contesto degli adolescenti, è necessario considerare anche il clima culturale in cui vivono i ragazzi. Ruggeri (2025) propone l'immagine efficace di adolescenti e adulti “nella stessa tempesta”: entrambi condividono uno scenario di incertezza, accelerazione e pressione, ma con risorse e responsabilità diverse. In quest'ottica, l'intervento educativo non può ridursi a fornire risposte immediate, spesso parziali o semplicemente non disponibili, ma deve creare spazi in cui sia possibile sostare nelle domande, riconoscere la complessità e riattivare legami e appartenenza. L'autore richiama come la prestazionalità, l'iper-competizione, l'immediatezza e l'individualismo possano indebolire la percezione di sé, alimentando ansia e chiusura. Per questo diventano decisive le figure adulte affidabili, capaci di sostenere percorsi significativi e orientati al futuro, evitando letture moralistiche o riduzioniste.

Inoltre, se la salute viene intesa in senso bio-psico-sociale, di conseguenza anche il ruolo dell'educatore non può essere ridotto a una funzione di controllo del comportamento o di gestione

delle difficoltà. L'educatore, al contrario, si colloca come figura capace di leggere la persona nella sua interezza e di attivare contesti, relazioni e opportunità che sostengano il benessere. Szadejko (2020) evidenzia che gli interventi socio-educativi più efficaci si fondano spesso su letture ricche e complesse della situazione della persona, capaci di valorizzare l'insieme degli indicatori che riguardano la sua vita. In questa prospettiva, il lavoro educativo partecipa pienamente a una visione integrale della salute, contribuendo non solo alla presa in carico delle fragilità, ma anche alla promozione di condizioni favorevoli allo sviluppo e alla prevenzione del disagio.

In più, il ruolo dell'educatore assume una particolare rilevanza in adolescenza, fase nella quale il benessere è strettamente legato alla qualità delle relazioni, al senso di appartenenza e alla possibilità di incontrare adulti affidabili. Le evidenze disponibili nei contesti scolastici ed educativi mostrano che gli interventi di promozione della salute mentale risultano più promettenti quando non si limitano alla gestione emergenziale del disagio, ma agiscono sul clima relazionale, sulle competenze socio-emotive e sul coinvolgimento dell'intera comunità educativa. Le revisioni disponibili indicano infatti che gli interventi scolastici e comunitari orientati alla promozione della salute mentale possono contribuire a ridurre sintomi ansiosi e depressivi, a migliorare il benessere personale e le competenze sociali, e a rafforzare interazioni di supporto tra studenti, insegnanti, famiglie e altri adulti di riferimento (O'Reilly et al., 2018; García-Carrión, Villarejo-Carballido, & Villardón-Gallego, 2019; Raniti et al., 2022).

In questa prospettiva, l'educatore non interviene soltanto quando il disagio è già manifesto, ma contribuisce a creare le condizioni perché l'adolescente possa diventare parte attiva del proprio percorso. È qui che l'utilizzo della *My Mind Star* diventa particolarmente significativo. Uno strumento di questo tipo, infatti, non sostituisce la relazione educativa, ma può renderla più leggibile, condivisa e orientata. Aiuta l'educatore a non fermarsi alla superficie del comportamento e offre al ragazzo la possibilità di riconoscere il proprio punto di vista, dare un nome a ciò che sta vivendo e individuare obiettivi concreti di cambiamento. In questo senso, il valore educativo dello strumento non risiede solo nella rilevazione di un bisogno, ma anche nella possibilità di promuovere consapevolezza, partecipazione e progettualità (MacKeith et al., 2021; Outcomes Star, n.d.; Il Calabrone, 2024).

Premessa

La presente tesi si colloca in una prospettiva che guarda all'adolescente non soltanto attraverso la lente del disagio, ma come soggetto portatore di risorse, bisogni, relazioni e possibilità di sviluppo. Pertanto, l'obiettivo è comprendere in che modo la *My Mind Star* possa incidere sull'approccio educativo, rendendo il giovane più partecipe del processo di lettura di sé e di costruzione del proprio percorso. L'ipotesi di fondo è che uno strumento costruito secondo una logica collaborativa e *recovery-oriented* possa contribuire a spostare l'intervento da una posizione centrata unicamente sul problema a una posizione maggiormente orientata al benessere, alla consapevolezza, alla valorizzazione del giovane e alla co-costruzione del proprio progetto di vita.

Infine, l'elaborato è articolato in quattro capitoli: il primo approfondisce il concetto di *Recovery*, ricostruendone l'evoluzione teorica e storica, le principali definizioni presenti in letteratura, la distinzione tra *Recovery clinica* e *Recovery personale*, nonché i temi della coproduzione, dell'*empowerment*, dell'autodeterminazione, della speranza e della declinazione della *Recovery* nel contesto italiano; il secondo prende in esame il modello delle *Outcomes Star* e, in particolare, la *Recovery Star*, ricostruendone le origini, la struttura, il modello della scala del cambiamento, caratteristiche e campi di applicazione, evidenze, validazioni, la sua diffusione, con attenzione anche alle versioni italiane, e le critiche emerse; il terzo capitolo è dedicato alla *My Mind Star*, di cui vengono analizzate la nascita, le finalità, i presupposti teorici, la struttura dello strumento, le differenze e le continuità rispetto alla *Recovery Star*, nonché le evidenze disponibili; il quarto capitolo, infine, prende in esame il progetto bresciano VOICE come esperienza territoriale significativa, soffermandosi sul progetto, sulla sua realizzazione, sull'utilizzo dello strumento e su alcuni esiti esemplificativi emersi nel territorio.

CAPITOLO I – Il concetto di *Recovery*: evoluzione teorica e storica

1.1. Introduzione al concetto di *Recovery*

Il concetto di *Recovery* ha modificato il modo di interpretare la salute mentale, poiché ha spostato l'interrogativo di fondo che orienta i percorsi di cura. Per lungo tempo, infatti, l'attenzione si è concentrata principalmente sulla dimensione clinica, focalizzata sulla diagnosi, sintomi, ricadute e adesione al trattamento. Pur trattandosi di parametri rilevanti, esse sono state talvolta assunte come criterio quasi esclusivo di valutazione. In questo approccio, il rischio è che la persona venga letta prevalentemente attraverso la patologia, ignorando l'esperienza soggettiva; al contrario, la *Recovery* promuove un cambiamento di visione radicale, centrato sulla persona nella sua interezza e sulla valorizzazione delle sue aspirazioni, risorse e capacità di autodeterminazione.

La *Recovery* nasce anche come risposta a una storia in cui il disturbo mentale grave è stato visto come sinonimo di cronicità e di limitate possibilità, una visione che ha finito per fomentare aspettative sociali e cliniche ridotte rispetto alle potenzialità di crescita dell'individuo. In questo senso, la definizione di William A. Anthony è stata fondamentale proprio perché cambia prospettiva, definendo la *Recovery* come: “un processo profondamente personale e unico di cambiamento dei propri atteggiamenti, valori, sentimenti, obiettivi, capacità e/o ruoli. È un modo di vivere una vita soddisfacente, ricca di speranza e di contributo anche con le limitazioni causate dalla malattia” (Anthony, 1993, p. 15, tda).

In questo quadro, la *Recovery* non significa “guarigione clinica”, né coincide con l'assenza dei sintomi, ma va intesa come un percorso di risignificazione della propria esperienza e di ridefinizione dell'identità. Secondo Leamy et al. (2011) tale processo si articola intorno a cinque dimensioni centrali quali la connessione con gli altri, la speranza, l'identità, il significato alla vita

e l'empowerment. Il principio è fondamentale comprendere che la *Recovery* accade quando la persona riprende spazio nella propria vita, quando torna a vedersi come qualcuno che può scegliere, appartenere, fare progetti.

È fondamentale, in questo approccio, il riconoscimento della persona come protagonista del proprio percorso. Patricia Deegan (1988) evidenzia che quando gli obiettivi e i progetti vengono costruiti insieme con responsabilità condivisa si attivano processi di cambiamento più autentici. Questo implica il riposizionamento delle relazioni di potere nei contesti di cura nel riconoscimento delle competenze, le risorse e valorizzare l'esperienza della persona. Infatti, caposaldo della *Recovery* è proprio il riconoscimento del paziente come "esperto per esperienza" (*expert by living*) che collabora con il professionista che viene definito "esperto per professione" (*expert by learning*).

Infine, la *Recovery* è un processo non lineare, caratterizzato da fasi di miglioramento e ricadute, che non compromettono il significato complessivo del percorso. Attraverso tale visione la *Recovery* è un processo che cambia forma nel tempo, che si alimenta di nuovi significati, di relazioni, di opportunità, di errori e ripartenze e permettendo anche di uscire da una logica statica del miglioramento e di riconoscere la complessità dell'esperienza umana (Deegan 1996).

1.2. Origini storiche del movimento di *Recovery*

Le origini del movimento di *Recovery* si inseriscono all'interno di un processo storico complesso, che prende forma dall'intreccio tra esperienze vissute di sofferenza psichica, istanze di rivendicazione dei diritti umani e la messa in discussione dei modelli di cura. Prima di essere definita come paradigma teorico, emerge come risposta ad un sistema di salute mentale segnato da pratiche istituzionalizzanti, da relazioni di potere asimmetriche e da una visione clinico-sintomatologica del disturbo mentale (Boardman & Shepherd, 2012).

Negli anni Settanta e Ottanta, soprattutto negli Stati Uniti, prende forza il movimento degli utenti dei servizi e iniziano a narrare la propria esperienza dei percorsi di sofferenza e di guarigione. Nel 1978, con la pubblicazione del testo "*On Our Own*", Judi Chamberlin denuncia il carattere

coercitivo di molte pratiche e sostiene l'importanza di alternative controllate dagli utenti, di mutuo aiuto e di autodeterminazione. È un punto di svolta perché mette in rilevanza l'equilibrio di potere nelle relazioni di cura, il valore del sapere esperienziale e l'idea che la persona non sia un destinatario passivo (Chamberlin, 1978; Associazione Ipse Lab APS, n.d.).

Tra la fine anni Settanta e anni Ottanta, un altro componente decisivo arriva dai racconti dei percorsi di cambiamento e di ricostruzione della propria vita. Le testimonianze di Patricia Deegan contribuiscono a rendere comprensibile la *Recovery* non come “evento clinico”, ma come percorso esistenziale, un processo di riappropriazione dell'identità e del progetto di vita, non lineare, che si sviluppa attraverso le relazioni significative, i significati soggettivi e le scelte quotidiane. In questa prospettiva, la persona non viene ridotta alla diagnosi, la diagnosi è una parte della storia, non la storia intera (Deegan, 1988; Roberts & Boardman, 2013).

Nello stesso periodo, iniziano a pesare anche le evidenze empiriche. Alcuni studi longitudinali sulla schizofrenia mettono in crisi il paradigma della cronicità inevitabile. Il *Vermont Longitudinal Study*, ad esempio, mostra che una quota significativa di persone con disturbi mentali gravi può migliorare nel tempo anche sul piano del funzionamento sociale e della qualità della vita. Questi risultati non dicono che la sofferenza viene “rimossa”, ma che l'esito non è predeterminato e che il cambiamento è plausibile (Harding et al., 1987). In altre parole, la *Recovery* comincia ad avere un fondamento non solo etico e narrativo, ma anche scientifico.

Negli anni Novanta il termine *Recovery* entra con maggiore sistematicità nel dibattito professionale. Un riferimento molto citato è la definizione di W. Anthony e il punto principale della sua definizione è l'idea che si possa condurre una vita soddisfacente e significativa anche con limitazioni legate alla patologia, perché cambiano i significati e i progetti di vita (Anthony, 1993; Roberts & Boardman, 2013). In questa fase si consolida anche una distinzione tra la *Recovery* intesa come esito clinico (sintomi, funzionamento) e la *Recovery* come esperienza personale e sociale, legata a identità, speranza, diritti e partecipazione.

Con gli anni Duemila, la *Recovery* diventa anche un riferimento organizzativo da documenti governativi. Negli Stati Uniti, il documento della SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration - agenzia del dipartimento della salute degli Stati Uniti che promuove la salute, e la prevenzione) “*National Consensus Statement on Mental Health Recovery*”, contribuisce a formalizzare la *Recovery* come principio guida dei servizi, valorizzando la speranza,

l'autodeterminazione, la responsabilità personale e il supporto tra pari (SAMHSA, 2006). Contemporaneamente, in Europa, il tema viene ripreso e adattato in relazione ai diversi contesti nazionali, con una particolare attenzione al ruolo della comunità, delle relazioni e dei servizi territoriali nel sostenere percorsi di vita (Mental Health Europe, 2019; Boardman & Shepherd, 2012).

Inoltre, negli ultimi quindici anni, la letteratura ha insistito sempre di più sul carattere relazionale e contestuale della *Recovery*. La possibilità di “stare meglio” non dipende soltanto da motivazione individuale o da strategie personali, ma anche da condizioni concrete: casa, lavoro, relazioni, accesso ai diritti, partecipazione alla vita della comunità. Pertanto, la *Recovery* si costruisce nella vita quotidiana e nella qualità delle opportunità disponibili, non soltanto nei servizi specialisti (Topor et al., 2011; Hopper, 2007).

In aggiunta, si rafforza l'attenzione verso il concetto di coproduzione, definita da Roper et al. (2018), come una modalità di lavoro condivisa nella quale utenti, operatori e servizi costruiscono insieme interventi e pratiche, valorizzando il sapere esperienziale; una revisione recente sulla coproduzione nella psicosi evidenzia potenzialità e benefici (rilevanza, qualità, impatto), ma anche barriere organizzative e culturali che spesso ne limitano l'effettiva realizzazione (Jakobsson et al., 2023).

In continuità, uno studio dedicato al *community engagement* sottolinea come il coinvolgimento attivo delle persone nelle decisioni che riguardano i servizi e i percorsi di salute possa produrre effetti positivi non solo sul funzionamento dei servizi stessi, ma anche sugli esiti di salute. In particolare, il testo evidenzia che i livelli più elevati di partecipazione, come la coproduzione, la delega di potere e il controllo comunitario, possono favorire risultati più positivi rispetto ad approcci limitati alla sola informazione o consultazione. Questo avverrebbe sia perché il sapere esperienziale delle persone rende i servizi più appropriati ed efficaci, sia perché la partecipazione rafforza fiducia, autostima, autoefficacia e senso di controllo, elementi che incidono anche sul benessere e sui comportamenti salutari (NICE, 2008).

Pur non riferendosi in modo specifico alla salute mentale, questo contributo risulta rilevante anche per il dibattito sulla *Recovery*, perché conferma l'idea che il coinvolgimento della persona non rappresenti soltanto un valore etico o organizzativo, ma possa avere ricadute concrete sulla qualità dei percorsi di cura e sugli esiti. In questa prospettiva, la coproduzione non viene intesa

come semplice consultazione, ma come una forma di collaborazione effettiva tra professionisti e utenti nella costruzione e nell'erogazione dei servizi, capace di sostenere processi di empowerment e di migliorare l'aderenza tra bisogni reali, interventi e risultati (NICE, 2008).

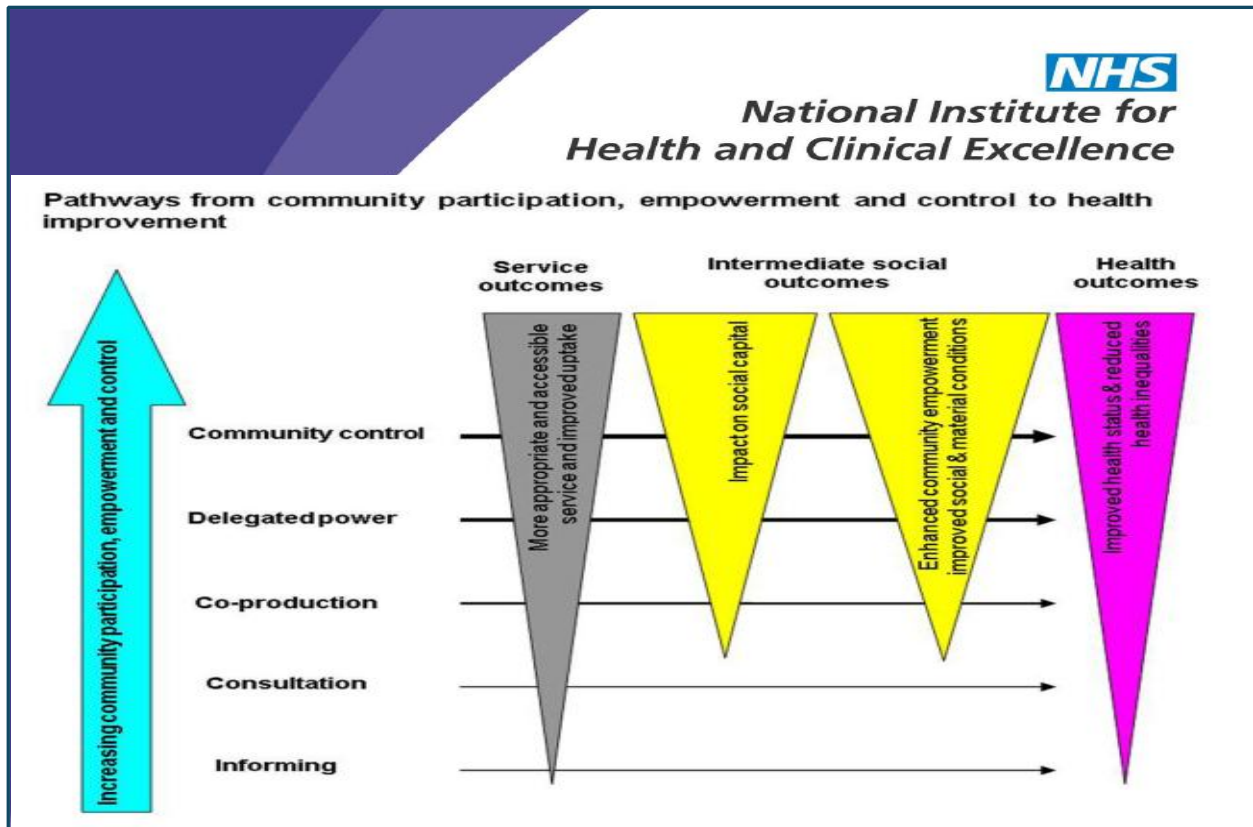


Figura 1

Pathways from community participation, empowerment and control to health improvement (da NICE, 2008, p. 10).

La *Recovery* viene, inoltre, progressivamente inserita in modelli di intervento orientati ai diritti umani, come nei documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che sottolineano il legame tra la qualità dei servizi, il rispetto dei diritti umani, la riduzione della coercizione e il contrasto allo stigma. In questa visione, la *Recovery* non è solo un "obiettivo clinico" ma un principio etico-politico che orienta scelte organizzative e pratiche quotidiane (World Health Organization, 2013; World Health Organization, 2021). Emergono, inoltre, riflessioni sul rischio che il concetto venga "normalizzato" e responsabilizzando eccessivamente la persona. Tali

contributi richiamano proprio la necessità di tenere insieme dimensione personale e barriere strutturali, evitando letture individualizzanti (Rose, 2014).

Nel complesso, la storia della *Recovery* è la storia di un processo, si sono intrecciati nel tempo movimenti di diritti umani, politiche sanitarie, narrazioni personali, evidenze scientifiche e pratiche di cura. Per questo la *Recovery* resta un paradigma in evoluzione, non un modello predeterminato da applicare, ma un approccio che chiede ai servizi e ai professionisti di interrogarsi continuamente su potere, partecipazione, dignità e possibilità di vita (Mental Health Europe, 2019). Ed è proprio questa idea della persona come soggetto di un percorso e non come somma di sintomi che apre lo spazio per strumenti orientati alla partecipazione e alla progettualità.

1.3. Definizioni di *Recovery* nella letteratura

Nel tempo, la *Recovery* è stata definita in modi diversi, e questa pluralità rivela piuttosto che si tratta di un'idea che nasce dall'incontro tra esperienze di vita, ricerca, pratiche cliniche e trasformazioni culturali. Un filo comune è lo spostamento da una domanda centrata e esclusivamente sulla malattia (“quanto è grave? quali sintomi? quante ricadute?”) a una domanda più ampia e concreta.

Una delle prime definizioni e più influente è quella proposta da William A. Anthony nel 1993, il quale descrive la *Recovery* come un percorso personale e unico che implica la trasformazione dei valori, degli obiettivi e dei ruoli della persona. L'elemento centrale non è l'assenza della patologia, ma la possibilità di vivere una vita soddisfacente, significativa e piena di speranza anche in presenza delle limitazioni, attraverso la costruzione di nuovi significati e nuovi scopi (Anthony, 1993).

Accanto a definizioni nate in ambito professionale, un contributo decisivo proviene dalle narrazioni in prima persona da Patricia Deegan. L'autrice, sulla base della propria esperienza personale, descrive la *Recovery* come un “viaggio del cuore”, in quanto la persona sviluppa uno stile di vita in grado di favorire il processo di guarigione interiore, sottolineandone la natura

individuale (Deegan, 1996). Inoltre, la *Recovery* è un processo continuo nel quale la persona impara a riconoscere i propri limiti e vulnerabilità senza che essi diventino motivo di rinuncia, bensì un'opportunità di apertura a nuove possibilità e la valorizzazione delle proprie capacità, e prova a costruire possibilità reali, in un equilibrio spesso delicato e non lineare (Deegan, 1996).

Una definizione che mantiene questa attenzione alla soggettività, ma in forma più sintetica e utilizzabile anche nei servizi, è quella proposta dallo Scottish Recovery Network. La *Recovery* viene definita come la possibilità di condurre una vita soddisfacente e significativa, in presenza o in assenza di sintomi, mantenendo un senso di controllo sulla propria esistenza. Anche qui l'accento cade sull'unicità del percorso, cioè che non esiste un unico percorso di *Recovery* uguale per tutti (Roberts & Boardman, 2013).

In continuità con quest'ottica, a livello istituzionale il concetto di *Recovery* viene definito in termini ampi e condivisi, pensato per orientare politiche e servizi. La New Freedom Commission on Mental Health (2003) propone una visione della *Recovery* come processo di adattamento positivo al disturbo e alla disabilità, strettamente legato allo sviluppo di empowerment e autoconsapevolezza. È una definizione che cerca di rendere "trasferibile" e condivisibile un concetto nato anche dal basso, valorizzando esplicitamente il ruolo attivo della persona. In modo simile, la SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) descrive la *Recovery* come un processo di cambiamento che consente alle persone di migliorare salute e benessere, sviluppare il proprio potenziale e condurre una vita autodeterminata (Roberts & Boardman, 2013). In queste prospettive la *Recovery* viene collegata alla possibilità concreta di scegliere, partecipare e costruire direzioni di vita.

Nel contesto britannico, il concetto si amplia ulteriormente in senso sociale. Il Department of Health (2011) collega la *Recovery* alla qualità della vita globale, alla costruzione di relazioni stabili, alla capacità di esercitare consapevolmente un controllo sulla propria vita e allo sviluppo di un proposito significativo. Inoltre, evidenzia l'importanza di acquisire competenze necessarie per vivere e lavorare, incidendo sulle opportunità educative, sui tassi di occupazione e sull'accesso a un'abitazione adeguata e stabile.

In aggiunta, secondo il Royal College of Psychiatrists la *Recovery* può essere descritta come un processo, il quale la persona sviluppa un nuovo senso di sé, speranza e uno scopo nella vita, sottolineando anche il coinvolgimento del contesto relazione nel percorso. Oltre a ciò, rilevano la

resilienza, intesa come capacità di mobilitare risorse e strategie di coping nonostante le avversità, un elemento importante (Roberts & Boardman, 2013).

Infine, l'OMS definisce la *Recovery* come un processo attraverso il quale la persona ritrova e coltiva speranza, riconosce i propri limiti e le capacità, partecipa alla vita quotidiana e recupera autonomia, identità sociale, consapevolezza e una percezione positiva di sé. In modo esplicito, l'OMS chiarisce che *Recovery* non significa soltanto guarigione clinica o la scomparsa dei sintomi, ma riguarda sia l'esperienza soggettiva (speranza, empowerment, legami) sia i fattori esterni favoriscono il percorso, come i diritti umani, una cultura non stigmatizzante e dei servizi orientati alla *Recovery* (World Health Organization, 2013).

Pertanto, l'evoluzione del concetto di *Recovery* riflette un chiaro spostamento dell'attenzione verso la centralità della persona. Proprio in virtù di questo cambiamento di prospettiva, si è consolidata in letteratura la distinzione tra due dimensioni fondamentali: la *Recovery clinica*, focalizzata sulla remissione dei sintomi e sul funzionamento biologico, e la *Recovery personale*, intesa come il percorso soggettivo di ricostruzione di un'identità positiva e di una vita significativa.

1.4. *Recovery clinica e Recovery personale*

Il concetto di *Recovery* ha iniziato a essere utilizzato in diversi sistemi di salute mentale nel mondo. Al termine sono stati riconosciuti differenti aspetti; tuttavia, risulta fondamentale distinguere due principali concezioni: la *Recovery clinica* e la *Recovery personale*.

1.4.1. *Recovery clinica*

La *Recovery clinica* si è sviluppata soprattutto all'interno della ricerca e dei modelli di intervento guidati dai professionisti. In questo approccio, la *Recovery* viene concepita come un esito o uno stato raggiungibile, definito secondo criteri prestabiliti. Di conseguenza, tale

impostazione tende a distinguere le persone considerate “in *Recovery*” da quelle che non riportano determinati requisiti, rappresentando la *Recovery* come uno stato valutabile (Slade & Wallace, 2017).

Un altro elemento della *Recovery clinica* risiede nella valutazione prevalentemente oggettiva fondata su indicatori osservabili e misurabili. In questo modello, il giudizio sul raggiungimento della *Recovery* è espresso principalmente dall’esperto clinico, mentre l’esperienza soggettiva della persona assume un ruolo secondario. Inoltre, i criteri rimangono sostanzialmente uniformi, indipendentemente dalle differenze individuali, dalle storie personali o dai contesti di vita (Slade & Wallace, 2017).

All’interno di questo quadro, alcune definizioni includono elementi come la remissione dei sintomi, l’inserimento lavorativo o formativo, la capacità di vivere in autonomia e la presenza di relazioni sociali significative; oltre a ciò, richiedono che tali condizioni siano mantenute per un periodo prolungato (generalmente di due anni) per considerare la persona clinicamente “in *Recovery*” (Slade & Wallace, 2017).

1.4.2. *Recovery personale*

La *Recovery personale*, invece, sposta il focus sul processo continuo e dinamico. È definita in modo soggettivo dalla persona stessa e viene valutata da chi vive direttamente l’esperienza di sofferenza psichica, considerato l’esperto del proprio percorso. Per questo, la *Recovery personale* assume significati diversi da un individuo all’altro, pur avendo alcuni elementi ricorrenti (Slade & Wallace, 2017).

In questa prospettiva, secondo Slade e Wallace (2017) la *Recovery personale* si caratterizza per la possibilità di recuperare un senso di direzione nella propria vita, ponendo al centro dimensioni quali la speranza, l’identità, il significato attribuito alla propria vita, la responsabilità personale e la capacità di scelta. Proprio perché la *Recovery personale* è legata ai significati e ai valori individuali, è complesso ridurla a una definizione univoca e universalmente condivisa.

In modo compatibile, Roberts e Boardman (2013) descrivono la *Recovery personale* come la possibilità di ricostruire una vita valorizzata e significativa, anche se alcuni sintomi o difficoltà persistono, a partire da un impegno attivo della persona nel proprio percorso.

Un passaggio fondamentale è poi la sintesi proposta da Leamy e colleghi, che riprendono l'impostazione di William A. Anthony per descrivere la *Recovery* come una risignificazione profonda della propria esistenza. Il percorso non mira alla semplice assenza di sintomi, ma allo sviluppo di nuove prospettive e ruoli sociali che consentano una vita piena di significato oltre il margine della malattia (Leamy et al., 2011).

Da questa revisione nasce il modello CHIME, oggi tra i riferimenti più utilizzati per comprendere la *Recovery personale*. CHIME individua cinque processi strettamente connessi: *connectedness* (connessioni e relazioni), *hope and optimism* (speranza e fiducia nel futuro), *identity* (identità), *meaning in life* (significato nella vita) ed *empowerment* (empowerment). Queste dimensioni vanno intese come aspetti che si intrecciano nel tempo e che possono rafforzarsi o indebolirsi in momenti diversi del percorso (Leamy et al., 2011, citato da Slade & Wallace, 2017).

- Connessioni e relazioni (*Connectedness*): riguarda la dimensione relazionale della *Recovery*, come per esempio i legami sociali, supporto reciproco, partecipazione alla comunità e senso di appartenenza. Relazioni significative con pari, familiari e professionisti, insieme a contesti inclusivi, possono ridurre isolamento e solitudine e sostenere la continuità del percorso (Slade & Wallace, 2017; Mental Health Europe, 2019). Anche esperienze quotidiane fuori dai setting clinici, come attività sociali, spazi comunitari, occasioni di partecipazione, possono rafforzare la connessione e offrire riconoscimento (Piat et al., 2017).
- Speranza e ottimismo (*Hope*): indica la capacità di immaginare un futuro desiderabile nonostante la sofferenza psichica. La speranza sostiene motivazione e disponibilità al cambiamento, aiutando a mantenere un orientamento verso obiettivi realistici e personali (Slade & Wallace, 2017). Mental Health Europe la descrive come un motore essenziale del percorso, perché alimenta l'impegno e la tenuta di fronte alle difficoltà (Mental Health Europe, 2019). La speranza si nutre spesso di relazioni significative e di pratiche che valorizzano un ruolo attivo della persona, come il supporto tra pari e la definizione condivisa di obiettivi, anche a partire da piccoli progressi quotidiani (Piat et al., 2017).
- Identità (*Identity*): riguarda la costruzione o ricostruzione di un senso di sé positivo che non sia ridotto alla diagnosi o al ruolo di "paziente". La *Recovery personale* implica anche il superamento dello stigma interiorizzato e il riconoscimento di risorse, competenze e ruoli

sociali significativi (Slade & Wallace, 2017; Mental Health Europe, 2019). Esperienze concrete in relazione con gli altri, possono sostenere un'identità più integrata; al contrario, stigma e relazioni asimmetriche possono ostacolare questo processo, indebolendo la percezione di sé (Piat et al., 2017).

- **Significato nella vita (*Meaning in life*):** riguarda la possibilità di attribuire senso alla propria esistenza e alle esperienze vissute, inclusa la sofferenza. Comprende la definizione di obiettivi, ruoli e attività percepite come significative (ad esempio lavoro, volontariato, spiritualità o altre pratiche di valore personale) (Slade & Wallace, 2017). Recuperare significato rafforza motivazione e continuità personale e spesso prende forma anche attraverso attività ordinarie che strutturano il tempo e alimentano utilità e appartenenza (Mental Health Europe, 2019; Piat et al., 2017).
- **Empowerment:** riguarda il grado di controllo e autodeterminazione esercitato sulla propria vita e sul percorso di *Recovery*. Include la partecipazione attiva alle decisioni, la gestione delle risorse e la possibilità di incidere sul tipo di supporto ricevuto (Slade & Wallace, 2017). Mental Health Europe (2019) collega l'empowerment al riconoscimento dei diritti, alla libertà di scelta e alla partecipazione nei processi decisionali che riguardano la persona. Anche qui la dimensione quotidiana è centrale, scelte precise (abitare, denaro, gestione dei trattamenti) possono rafforzare il senso di controllo, mentre esperienze di passività e mancato ascolto possono indebolirlo e rallentare il percorso (Piat et al., 2017).

1.5. *Recovery*, coproduzione, empowerment, autodeterminazione

Il concetto di coproduzione nasce nelle politiche pubbliche e nei servizi alla persona tra gli anni Settanta e Ottanta, come critica ai modelli di welfare centrati sull'idea che i servizi siano “prodotti” da professionisti ed erogati a utenti passivi. I primi contributi teorici mettono in evidenza come gli utenti non siano semplici destinatari, ma soggetti che contribuiscono attivamente, con le proprie competenze ed esperienze, alla costruzione dei servizi stessi. La coproduzione implica

quindi una collaborazione tra cittadini, operatori e istituzioni, con condivisione di risorse, responsabilità e decisioni (Bovaird & Loeffler, 2012).

Nel campo della salute mentale, la coproduzione assume un significato ancora più specifico perché si intreccia con il movimento per i diritti delle persone con esperienza di sofferenza psichica e con la diffusione dei modelli orientati alla *Recovery*. Posteriormente, a partire dagli anni Ottanta e Novanta, le testimonianze in prima persona e il riconoscimento del valore dell'esperienza vissuta hanno contribuito a mettere in discussione approcci paternalistici e rigidamente clinici, aprendo la strada a forme di partecipazione più attiva nei percorsi di cura (Slade & Wallace, 2017). In questa cornice, la coproduzione non è solo “coinvolgere” la persona, ma riconoscere che il suo punto di vista è un sapere legittimo, complementare a quello professionale.

Secondo Roper et al. (2018), la coproduzione in salute mentale può essere definita come un processo collaborativo in cui utenti, professionisti e servizi partecipano congiuntamente alla progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi. In tale prospettiva, il sapere esperienziale delle persone viene riconosciuto come una componente essenziale dei processi decisionali e organizzativi; inoltre, la coproduzione richiede un'attenzione esplicita agli squilibri di potere, promuovendo forme di partecipazione che rendano effettiva l'influenza degli utenti e ne sostengano la leadership.

Un ambito in cui la coproduzione si è sviluppata con forza è quello dei *peer worker* (o *peer support worker*), persone che portano nei servizi la propria esperienza diretta di sofferenza e *Recovery*. A partire dalle revisioni, si mette in evidenza che la presenza dei *peer worker* può facilitare processi di coproduzione e co-creazione, contribuendo alla formazione di relazioni più paritarie, all'aumento della fiducia e allo sviluppo di servizi più coerenti con i principi della *Recovery* (Åkerblom & Ness, 2023).

Nel contesto italiano, la coproduzione trova una declinazione significativa nella pratica del fare-assieme, il quale traduce la coproduzione nella quotidianità dei servizi attraverso collaborazione tra professionisti, utenti, familiari e comunità nella costruzione di percorsi di cura e di vita, perciò diversamente da una tecnica, può essere descritta come una postura culturale basata su corresponsabilità e riconoscimento della persona come protagonista (De Stefani & Tomasi, 2023; Mental Health Europe, 2019).

Proprio perché tocca il tema del potere e delle responsabilità, la coproduzione va distinta da altre forme di coinvolgimento, come consultazione o partecipazione simbolica. La scala della partecipazione di Arnstein (1969) è spesso richiamata per evidenziare che alcune pratiche, pur presentate come partecipative, non incidono davvero sulle decisioni. In salute mentale, questo rischio è particolarmente sensibile perché se il coinvolgimento non è reale, può aumentare sfiducia e percezione di esclusione, invece di sostenere empowerment e alleanza terapeutica.

Gli studi empirici descrivono vari possibili effetti positivi come il maggiore senso di appartenenza, l'aumento della motivazione, la soddisfazione degli utenti e degli interventi più vicini ai bisogni reali (Slay & Stephens, 2013; Roper et al., 2018). Tuttavia, Jakobsson et al. (2023) segnalano l'importanza di gestire il rischio di sovraccarico per le persone coinvolte, le disuguaglianze di accesso e le rigidità organizzative che limitano la flessibilità necessaria alla coproduzione.

Nel quadro dei modelli *recovery-oriented* (approccio di *Recovery* nei servizi), la coproduzione si collega in modo diretto all'autodeterminazione ed all'empowerment. La *Recovery*, infatti, viene spesso descritta come costruzione di una vita significativa in cui la persona riacquista ruolo attivo e possibilità di scelta; pertanto, la coproduzione è uno dei contesti concreti in cui questo principio può diventare pratica quotidiana (Anthony, 1993; Slade & Wallace, 2017). L'autodeterminazione riguarda la possibilità di esprimere preferenze, definire obiettivi e orientare scelte che incidono sulla cura e sul progetto di vita. L'empowerment, invece, si riferisce allo sviluppo della consapevolezza delle proprie risorse e della capacità di incidere sul proprio contesto.

In questa direzione, pratiche di coproduzione e decisione condivisa possono rafforzare senso di controllo e responsabilità personale, contrastando esperienze di passività storicamente associate ai servizi (Lasalvia et al., 2025). Inoltre, Guarino et al. (2024) sottolinea che quando le persone partecipano davvero a progettazione e valutazione degli interventi, tendono a percepirsi come soggetti competenti, con valore e voce, e non come destinatari passivi.

Nel concreto, la coproduzione va oltre il concetto del "fare insieme" ma valorizza le risorse personali dell'individuo come elementi attivi e indispensabili del percorso. Coprodurre significa quindi riconoscere che l'altro possiede qualcosa di unico da offrire, un contributo essenziale senza il quale il risultato non sarebbe lo stesso. Inoltre, a coproduzione va intesa come metodologia e un modo diverso di concepire la cura e i servizi, che richiede un cambiamento nei ruoli, nei linguaggi

e nelle pratiche quotidiane. Quando funziona, diventa un elemento fondamentale capace di sostenere la *Recovery*, l'autodeterminazione e l'empowerment, perché trasforma la persona da oggetto di intervento a soggetto con voce e potere decisionale, e proprio per questo richiede cambiamenti organizzativi e culturali, altrimenti rischia di rimanere un'etichetta formale più che un'esperienza reale.

1.6. Il ruolo della speranza

Nei percorsi di *Recovery* in salute mentale, la speranza è una dimensione che rende immaginabile il cambiamento e che, spesso, permette di continuare il “viaggio” anche quando la sofferenza non scompare. In letteratura, la speranza viene descritta come un processo dinamico, concreto, legato alla possibilità di intravedere un futuro diverso e di attribuire senso ai tentativi, ai piccoli progressi e anche alle fasi di blocco (Snyder, 2002). Questo significa che non elimina le difficoltà, ma può trasformare il modo in cui la persona le percorre.

Il modello di Snyder risulta un riferimento utile per chiarire la struttura della speranza collegandola a due componenti: l'*agency* e il *pathways*. L'*agency* riguarda l'energia motivazionale orientata agli obiettivi (il “posso provarci”, “posso muovermi verso qualcosa”), mentre il *pathways* indica la capacità di immaginare strategie e direzioni praticabili per raggiungere quegli obiettivi, anche quando si presentano delle difficoltà (Snyder, 2002). In contesti *recovery-oriented*, questa distinzione aiuta distinguere la speranza con la possibilità di mantenere un orientamento attivo e realistico (prossimi passaggi realistici), costruendo mete sostenibili e strategie flessibili.

Borg e Kristiansen (2004) mostrano come le relazioni di aiuto possano diventare luoghi in cui la speranza viene nutrita o, al contrario, indebolita; sentirsi ascoltati, riconosciuti come persone, accompagnati con continuità e rispetto può contrastare vissuti di impotenza e sfiducia che spesso si stratificano nelle esperienze prolungate con i servizi. In aggiunta, un fattore centrale è che la speranza tende a crescere quando la persona sperimenta margini di scelta, entrando in gioco l'autodeterminazione e l'empowerment. Nei momenti in cui l'individuo partecipa alle decisioni, definisce obiettivi che sente propri e vede riconosciute le proprie priorità, aumenta il senso di controllo e di efficacia personale.

In Italia, ad esempio, uno studio pilota su pratiche *recovery-oriented* in un servizio territoriale evidenzia come l'introduzione di modalità più partecipative e orientate agli obiettivi personali sia associata a un'esperienza di cura percepita come più coerente e significativa, sia da parte degli utenti sia degli operatori (Martinelli et al., 2025).

Oltre a ciò, accanto alle relazioni con i professionisti, un ruolo specifico è svolto dal supporto tra i pari. Nel testo di Gillard (2019) si sottolinea che vedere qualcuno che ha attraversato esperienze simili e che oggi conduce una vita più stabile o più chiara può rendere la *Recovery* meno astratta e più credibile. L'autore in una riflessione, critica sullo stato dell'arte del peer support, evidenzia che tra gli esiti riportati con maggiore frequenza ci sono benefici "esperienziali" come l'aumento della speranza nel futuro e credere nelle possibilità, spesso legati a processi di identificazione, rispecchiamento e normalizzazione del vissuto. In linea con questa prospettiva, studi qualitativi mostrano che i gruppi di supporto tra i pari possono favorire l'empowerment, la crescita personale e le relazioni sociali (Sulaiman et al., 2024).

Inoltre, secondo Acharya & Agius (2017) la speranza è un elemento che "sostiene" la *Recovery* proprio perché rende desiderabile e immaginabile il miglioramento e, allo stesso tempo, evidenziano quanto sia complesso conservarla nelle condizioni di sofferenza psichica prolungata. Questo passaggio riporta la speranza alla realtà, come qualcosa che può vacillare e che richiede contesti capaci di reggerla, senza colpevolizzare la persona quando diminuisce.

Infine, è utile ricordare che la speranza non dipende solamente dalla "forza" individuale, dipende anche dai sistemi e dalle opportunità. Questo lo evidenzia una survey nazionale recente sui Dipartimenti di Salute Mentale italiani sottolineando che peer support e coproduzione stanno crescendo, ma incontrano barriere strutturali e culturali e di conseguenza il potenziale trasformativo di pratiche orientate a empowerment, partecipazione e diritti rischia di restare fragile se non sostenuto da cornici organizzative adeguate (Lasalvia et al., 2025).

Concludendo, la speranza nei percorsi di *Recovery* è una risorsa relazionale e pratica, che nasce dall'incontro tra motivazione, possibilità concrete e contesti che sostengono la persona nel divenire protagonista del proprio percorso, mantenendo aperto lo spazio delle possibilità, e questo risulta un passaggio fondamentale perché il cambiamento diventi realmente concepibile.

1.7. La *Recovery* nel contesto italiano

In Italia, parlare di *Recovery* significa inevitabilmente collocarsi dentro una storia particolare, segnata in modo profondo dalla riforma psichiatrica iniziata con la Legge n.180 del 1978 e successivamente integrata dalla Legge n.833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), successivamente introducendo nuove regole organizzative e cambiando il modo di pensare la salute mentale, spostando l'attenzione dalla custodia alla cittadinanza, dai luoghi chiusi alla comunità, dalla "gestione" della persona al riconoscimento dei suoi diritti e della sua appartenenza sociale. Il superamento del manicomio e la costruzione di servizi territoriali hanno creato un terreno in cui molti principi oggi associati alla *Recovery* — dignità, partecipazione, vita quotidiana, relazioni, inclusione — hanno trovato spazio in anticipo rispetto ad altri contesti (Basaglia, 2004; Ministero della Salute, 2024).

Prima dell'approvazione della L.180/78 con assistenza psichiatrica si intendeva quasi esclusivamente il ricovero nei manicomi. Erano strutture orientate alla custodia, al controllo e alla segregazione sociale per quelle persone che venivano definite come "pericolose per sé e per gli altri" o "di pubblico scandalo" ossia persone con condotte sociali "scandalose". Il concetto di cura e di reinserimento del paziente non era contemplato (Babini, 2009). Il percorso che ha portato alla Legge Basaglia è stato caratterizzato da una lunga mobilitazione culturale, medica e politica che ha ribaltato l'approccio alla malattia mentale in Italia.

Con l'approvazione della L.180/78 promossa dallo psichiatra Franco Basaglia, è iniziata in Italia, e più precisamente a Trieste, una rivoluzione nel panorama medico e giuridico internazionale. I cardini intorno ai quali si è poi sviluppata la riforma includevano.

- La progressiva chiusura dei manicomi e il divieto di costruirne di nuovi.
- Il superamento del concetto di "pericolosità sociale" come criterio per il ricovero.
- L'istituzione del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) come evento eccezionale, strettamente regolamentato e focalizzato sulla tutela della salute e dei diritti del paziente, non più sull'ordine pubblico. (Pirella, 2015).

Con la chiusura dei manicomi, intesi come strutture totalizzanti, nelle quali la persona entrava e perdeva lo status di persona, il focus dell'assistenza si sposta sul territorio. Diventa quindi

fondamentale portare tutta l'attenzione sulla cura, sulla riabilitazione e l'inclusione sociale della persona nel suo contesto sociale. Vengono quindi istituiti i DSM (Dipartimenti di Salute Mentale), che connettono una rete integrata di servizi:

- Centri di Salute Mentale (CSM): Rappresentano il fulcro dell'assistenza territoriale, operando a livello ambulatoriale e domiciliare.
- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC): Reparti di psichiatria inseriti all'interno degli ospedali generali per la gestione esclusiva delle fasi acute.
- Strutture residenziali e semiresidenziali: Centri diurni e comunità terapeutiche ideati per supportare percorsi di riabilitazione e reinserimento a medio e lungo termine.

L'applicazione della riforma non è stata immediata, ha richiesto alcuni decenni per la realizzazione; infatti, gli ultimi "residui manicomiali" è avvenuta alla fine degli anni '90. Ed ha incontrato una serie di difficoltà come la carenza di fondi, forti resistenze culturali, legati ai pregiudizi legati alla "malattia mentale" e alla grande disomogeneità organizzativa tra le diverse regioni italiane.

A partire da questa cornice storica, la riflessione italiana sulla *Recovery* si è sviluppata intrecciandosi con la tradizione della psichiatria di comunità, con la riabilitazione psicosociale e con il progressivo riconoscimento del sapere esperienziali di utenti e familiari. Principalmente dagli anni Novanta, il dibattito italiano ha gradualmente ampliato il proprio sguardo, assumendo maggiore importanza la qualità della vita, i bisogni di cura, la soddisfazione per i trattamenti, il funzionamento sociale e il ruolo attivo delle persone coinvolte nei servizi. In questo senso, la *Recovery* in Italia si presenta non come un semplice trasferimento di modelli anglosassoni, ma come una rielaborazione che incontra la storia italiana della deistituzionalizzazione e della cittadinanza sociale (Basso et al., 2016).

Anche sul piano concettuale la letteratura italiana ha messo in evidenza la distinzione tra *Recovery clinica* e *Recovery personale*. In un contributo più recente, Vita e Barlati (2018) sottolineano che il concetto di *Recovery* è multidimensionale e che, almeno nel caso della schizofrenia, non può essere ridotto alla sola remissione sintomatologica, ma deve includere il funzionamento sociale e la dimensione soggettiva dell'esperienza.

Inoltre, tra le realtà italiane, Basso et al. (2016) richiamano, tra le esperienze italiane, quella di Trieste e quella di Trento, mettendo in evidenza il rilievo del sapere esperienziale di utenti e familiari e il contributo delle pratiche di supporto tra i pari. In tale quadro si colloca anche il movimento “Le Parole Ritrovate”, nato a Trento nel 2000 e fondato sull’approccio del fareassieme, orientato a dare voce a tutti i protagonisti della salute mentale, a valorizzarne i saperi e a promuovere contesti relazionali positivi (Le Parole Ritrovate, n.d.).

Un ulteriore contributo teorico rilevante nel contesto italiano può essere ricondotto agli studi sul coinvolgimento dei pazienti. Graffigna et al. (2017) mostrano come la partecipazione della persona ai percorsi di cura non possa essere ridotta a una semplice adesione alle indicazioni terapeutiche, ma debba essere intesa come un processo che coinvolge la dimensione emotiva, l’attribuzione di significato alla propria condizione e la progressiva assunzione di un ruolo attivo. Pur non essendo stato elaborato specificamente per la salute mentale, tale modello offre una cornice interpretativa utile anche per il discorso sulla *Recovery*, poiché evidenzia che il coinvolgimento dell’utente richiede non solo informazione, ma anche riconoscimento, relazione e concrete possibilità di partecipazione.

Nel campo della salute mentale, queste istanze di partecipazione hanno trovato una traduzione operativa nelle pratiche di supporto tra pari. In Lombardia, tale orientamento ha assunto una forma strutturata attraverso l’esperienza degli ESP (Esperti in Supporto tra Pari) dell’ASST Rhodense. Il progetto, avviato nel 2009 nei servizi di salute mentale del nord-ovest milanese, si è sviluppato attraverso percorsi formativi strutturati, attività di formazione rivolte agli operatori, pratiche di ricerca partecipata e collaborazioni con università e servizi. La Conferenza Nazionale del 2021 ha, inoltre, portato all’elaborazione della prima Carta Nazionale degli Esperti in Supporto tra Pari. In tale prospettiva, il supporto tra pari viene esplicitamente collegato ai temi della *Recovery*, dell’empowerment, del sapere esperienziale e del *fareassieme* (Borghetti et al., 2023).

Su un piano maggiormente associativo e di rappresentanza, in Lombardia si è sviluppata anche la Rete Utenti Salute Mentale Lombardia (RUL), nata da una serie di confronti territoriali avviati tra il 2012 e il 2014 e formalmente costituita nel 2014. La RUL rappresenta un’esperienza significativa di auto-organizzazione degli utenti dei servizi, orientata a rafforzare la visibilità pubblica e il protagonismo della voce diretta delle persone con esperienza di sofferenza psichica. In questa prospettiva, il lessico della *Recovery* si intreccia con quello dell’empowerment, dei diritti

di cittadinanza e del riconoscimento del sapere esperienziale, includendo anche la promozione della figura dell'Esperto in Supporto tra Pari e la partecipazione alla diffusione di percorsi formativi regionali dedicati al supporto tra pari (Rete Utenti Salute Mentale Lombardia, n.d.).

Inoltre, nel 2014, a Brescia, ha preso avvio una delle esperienze più innovative del panorama italiano, quella del *Recovery College*, attraverso il Programma FOR (Formazione e Opportunità per la *Recovery*). Si tratta della prima sperimentazione italiana di questo modello, ispirata all'esperienza di Nottingham e fondata sull'idea che la *Recovery* possa essere sostenuta anche mediante dispositivi formativi centrati sui punti di forza delle persone, sull'apprendimento reciproco e sulla coproduzione tra saperi professionali ed esperienziali. In tale prospettiva, il *Recovery College* si configura come uno spazio nel quale la persona può assumere un ruolo attivo nei propri percorsi di apprendimento, benessere e cambiamento (CoLab Torre Cimabue, 2026).

L'esperienza bresciana si è successivamente ampliata nel progetto del CoLab Torre Cimabue, che rappresenta oggi uno spazio di innovazione per la salute mentale aperto alla cittadinanza e orientato a rafforzare il raccordo tra servizi e territorio. Il trasferimento del *Recovery College* presso il CoLab ha infatti favorito una maggiore integrazione con le realtà locali e una più ampia apertura alla comunità. In questa prospettiva, il CoLab può essere letto non soltanto come l'evoluzione di un'iniziativa formativa, ma come un contesto di coprogettazione e connessione tra servizi, sapere esperienziale e risorse territoriali (CoLab Torre Cimabue, 2026).

In continuità con tale esperienza, il volume *Alla ricerca del territorio perduto* approfondisce il ruolo della mappatura dinamica delle risorse come metodologia orientata alla *Recovery*. I contributi raccolti mostrano che la mappatura non si limita a censire risorse formali e informali presenti nel territorio, ma si configura come un processo partecipato attraverso il quale utenti, operatori, familiari e volontari possono concorrere alla costruzione dei percorsi di cura, valorizzando aspirazioni individuali, reti sociali e opportunità di inclusione. In questo senso, la *Recovery* viene letta come processo radicato nella vita quotidiana e nella relazione dinamica tra persona e contesto comunitario (Tognetti & Cacioppo, 2023).

A questa impostazione si collega anche il contributo di Scarsato (2023), che interpreta la mappatura dinamica come un'innovazione progettuale capace di accompagnare il passaggio da una concezione centrata sul bisogno a una costruzione condivisa di opportunità. La mappatura, in questa prospettiva, non agisce soltanto come strumento conoscitivo, ma come pratica generativa

che rende visibili risorse, relazioni e possibilità di trasformazione, rafforzando il rapporto tra progettazione individuale, servizi e territorio.

A rafforzare ulteriormente questa prospettiva contribuisce anche il recente studio di Vallarino et al. (2025), dedicata al supporto ai formatori dei *Recovery College* in Quebec e in Lombardia. La ricerca coinvolge, per il contesto italiano, il CoLab Torre Cimabue di Brescia e mette in evidenza la centralità della coproduzione, della complementarità tra sapere esperienziale, clinico e teorico, nonché la necessità di una formazione continua e di un sostegno costante ai formatori per mantenere l'allineamento ai principi del modello. Questo dimostra che l'esperienza italiana risulta inserita in una riflessione internazionale sulle condizioni che rendono possibile una coproduzione effettiva e coerente con i valori del *Recovery College*.

Negli ultimi anni, il tema del supporto tra pari ha trovato anche una più definita espressione organizzativa nazionale con la nascita di AIPESP (Associazione Italiana Persone Esperte in Supporto tra Pari), costituita a Bologna il 18 maggio 2024 dopo un percorso pluriennale di lavoro della Rete Nazionale ESP. Questo passaggio segnala un'evoluzione significativa nel panorama italiano, poiché mostra come il sapere esperienziale tenda a essere riconosciuto non soltanto come testimonianza o contributo informale, ma anche come competenza dotata di un proprio profilo professionale, di riferimenti condivisi e di una crescente legittimazione pubblica (AIPESP, n.d.).

Infine, anche sul piano istituzionale, il recente Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2025–2030 sembra confermare una crescente attenzione verso approcci orientati alla *Recovery*. Il documento, approvato in Conferenza Unificata e pubblicato in Gazzetta Ufficiale, richiama infatti, tra gli interventi innovativi, pratiche e dispositivi che valorizzano il supporto tra pari, la formazione orientata alla *Recovery* e il sapere esperienziale. Più che sancire un consolidamento già compiuto del modello *recovery-oriented* nei servizi italiani, tale passaggio segnala una progressiva legittimazione istituzionale di prospettive che pongono al centro autodeterminazione, partecipazione, apprendimento e diritti delle persone (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 2026; Ministero della Salute, 2026).

CAPITOLO II – Le *Outcomes Star* e la *Recovery Star*: modello di riferimento per la *My Mind Star*

2.1. Le *Outcomes Star*

All'interno dei servizi sanitari e sociali, negli ultimi decenni è emersa l'esigenza di disporre di strumenti capaci di cogliere non soltanto gli esiti clinici, ma anche i processi di cambiamento che caratterizzano i percorsi di supporto e di cura. In questo quadro si colloca lo sviluppo delle *Outcomes Star*, una famiglia di strumenti progettati per sostenere e misurare il cambiamento in modo partecipato, integrando la valutazione degli esiti con il lavoro quotidiano tra operatore e persona (MacKeith, 2011; MacKeith, 2014).

Nascono nel Regno Unito a partire dal lavoro avviato da Triangle Consulting Enterprise Ltd nei primi anni Duemila, con l'obiettivo di costruire uno strumento utile alla pratica professionale e, al tempo stesso, in grado di produrre dati significativi per la valutazione dei servizi. A differenza delle scale somministrate unilateralmente dall'operatore, questi strumenti si fondano su una compilazione condivisa, che prende forma attraverso un dialogo strutturato tra professionista e utente e favorisce una riflessione comune sul percorso di vita della persona (MacKeith, 2011; MacKeith, 2014).

Le *Outcomes Star* sono organizzate in aree tematiche rappresentate graficamente come punte di una stella, ciascuna accompagnata da una scala descrittiva. La persona si colloca, insieme all'operatrice o all'operatore, lungo un percorso che descrive fasi progressive del cambiamento, dal riconoscimento delle difficoltà fino al consolidamento dei risultati raggiunti. In questo modo, la misurazione viene integrata con la definizione degli obiettivi e con la progettazione del percorso di supporto (MacKeith, 2011; MacKeith, 2014).

Inoltre, un elemento distintivo delle *Outcomes Star* riguarda proprio l'integrazione tra valutazione e intervento. Come sottolinea MacKeith (2011), la raccolta delle informazioni non si configura come un'attività separata o puramente amministrativa, ma come parte del lavoro di coproduzione tra professionista e utente. In questa prospettiva, lo strumento sostiene la definizione degli obiettivi, consente di seguire l'andamento del percorso nel tempo e permette sia alla persona sia all'operatore di disporre di una rappresentazione più chiara e condivisa del cambiamento in corso.

Con il tempo, il modello si è ampliato attraverso la creazione di versioni rivolte a differenti ambiti di intervento, tra cui la salute mentale, la senza fissa dimora, i servizi per giovani, le famiglie, la disabilità e altri contesti. Questa pluralità conferma la flessibilità della struttura di base, che mantiene una struttura comune pur adattandosi alle caratteristiche dei diversi gruppi destinatari. Una pagina informativa di CORC (2026) descrive infatti le *Outcomes Star* come un gruppo di strumenti con oltre 20 versioni, diffuse in diversi settori, mentre secondo i materiali più recenti di Il Chiaro del Bosco (2026) esistono oltre 40 “stelle” disponibili, sviluppati in collaborazione con utenti e committenti, in lingua inglese e tre di queste sono state tradotte e abilitate all'uso in Italia, queste sono la *Mental Health Recovery Star*, la *Work Star* e la *My Mind Star*. E invece nel sito web delle *Outcomes Star* si parla della costruzione di oltre 50 “stelle” dal 2006, segno di un progressivo ampliamento della gamma nel tempo (Outcomes Star, 2026).

Nel contesto italiano, un ruolo rilevante nella diffusione delle *Outcomes Star* è stato svolto dall'associazione Il Chiaro del Bosco. Secondo quanto riportato sul sito dell'associazione, la collaborazione con Triangle Consulting Social Enterprise è attiva dal 2013, anno in cui è stata ottenuta la licenza per la formazione e l'abilitazione all'uso in Italia della *Recovery Star*. Successivamente, nel 2017, l'associazione ha partecipato alla traduzione italiana della *Work Star*, ottenendone la relativa licenza per la formazione, mentre tra il 2023 e il 2024 ha lavorato alla traduzione della *My Mind Star*, specificamente dedicata al benessere mentale dei giovani. Inoltre, attualmente è l'unico Ente italiano ad avere un accordo e la licenza per la formazione e la distribuzione del materiale in Italia.

La collaborazione con Triangle Consulting ricostruisce il percorso italiano a partire dalle prime sperimentazioni promosse nell'area di Brescia insieme all' Unità Operativa Psichiatrica n. 23 degli Spedali Civili. Sara Burns, direttrice di Triangle, presentò inizialmente la *Recovery Star*

nel 2011 e tornò poi nel 2013 per formare professionisti e utenti come formatori dello strumento, nell'ambito di un processo di diffusione dell'approccio *recovery-oriented* in Italia.

Infine, nel panorama contemporaneo, le *Outcomes Star* hanno assunto rilievo proprio per la capacità di coniugare tre dimensioni tra loro strettamente intrecciate: la centralità della persona, il supporto alla pratica professionale e la misurazione del cambiamento. In questo senso, esse possono essere lette come un tentativo di superare la separazione tra valutazione quantitativa e approccio relazionale, attraverso uno strumento che prova a tenere insieme entrambe le esigenze all'interno del lavoro nei servizi (MacKeith, 2014).

2.2. La *Mental Health Recovery Star* come modello di *Outcomes Star*

La *Mental Health Recovery Star* (MHRS), spesso indicata come *Recovery Star*, rappresenta uno degli esempi più diffusi e studiati delle “stelle” nell'ambito dei servizi di salute mentale. Lo strumento è stato sviluppato per tradurre i principi del concetto di *Recovery* in un sostegno operativo ideato per supportare la relazione tra utente e operatore, consentendo di monitorare i cambiamenti nel tempo del proprio percorso e sostenere la relazione di aiuto.

Uno degli aspetti più rilevanti della *Recovery Star* è la sua coerenza con una concezione della *Recovery* come processo personale, dinamico e multidimensionale. Lo strumento, infatti, è pensato per aiutare la persona a riconoscere il punto in cui si trova nel proprio percorso e a individuare passaggi concreti di cambiamento. Inoltre, la rappresentazione grafica della stella consente di visualizzare in modo immediato i progressi compiuti e le aree che richiedono maggiore attenzione, facilitando così la riflessione condivisa e la pianificazione del percorso (MacKeith 2011; Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2014).

Un suo elemento fondamentale corrisponde al concetto di coproduzione, perché la “stella” non viene compilata esclusivamente dall'utente o dall'operatore, si costruisce attraverso il dialogo tra i due soggetti, cercando di integrare il punto di vista professionale con l'esperienza diretta della persona. Questo favorisce un maggiore coinvolgimento della persona nel proprio percorso e

contribuisce a rendere visibili gli obiettivi, le difficoltà e i progressi lungo il percorso di *Recovery* (Dickens et al. 2012).

Dal punto di vista strutturale, lo strumento è articolato in diverse aree della vita quotidiana, rappresentate graficamente come i raggi della stella. Ciascuna area viene esplorata attraverso una scala di cambiamento che descrive il passaggio da condizioni di maggiore difficoltà a livelli progressivi di maggiore stabilità, coinvolgimento e autonomia. La forma grafica della stella non ha quindi solo una funzione descrittiva, ma permette anche di visualizzare in modo sintetico il profilo complessivo della persona in un determinato momento e di confrontarlo nel tempo con valutazioni successive (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2014).

Per questo motivo, la *Recovery Star* può essere considerata non solo uno strumento di valutazione, ma anche una parte integrante del lavoro educativo e di supporto. La sua compilazione non costituisce un momento separato dall'intervento, ma coincide con una fase importante del percorso, nella quale si definiscono obiettivi realistici, si chiariscono le priorità e si concordano possibili strategie di cambiamento. In questa prospettiva, valutazione e intervento risultano strettamente connessi, poiché la misurazione non serve soltanto a registrare un esito, ma contribuisce direttamente alla costruzione del proprio percorso di vita (Dickens et al., 2012; Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2014).

Inoltre, è caratterizzata per la forte connessione con il concetto di cambiamento, che appunto nel modello è chiamato scala/percorso di cambiamento, questo è un processo graduale e non lineare ma che può essere definito come una delle caratteristiche delle “stelle”. Tale impostazione riconosce che il cambiamento non avviene in modo immediato né uguale per tutti, ma attraverso passaggi progressivi, e che le persone possono trovarsi in momenti differenti del proprio percorso, tenendo conto anche delle difficoltà e delle fatiche che accompagnano il processo di *Recovery*. Di conseguenza, la valutazione diventa uno strumento dinamico, che supporta l'accompagnamento dell'evoluzione del percorso (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2014).

All'interno della *Outcomes Star*, la *Recovery Star* rappresenta quindi uno degli esempi più significativi di applicazione nell'ambito della salute mentale. Perciò, comprendere la sua struttura e la sua logica permette di mettere a fuoco gli elementi concettuali comuni che caratterizzano le diverse “stelle” e, nello specifico, di comprendere meglio anche la *My Mind Star*. Quest'ultima,

infatti, si colloca nella stessa cornice teorica e metodologica, pur essendo pensata per un contesto specifico e per bisogni differenti.

2.3. Origini e sviluppo della *Recovery Star*

La *Recovery Star* si sviluppa nel Regno Unito all'interno di un progressivo ripensamento dei servizi di salute mentale in chiave *recovery-oriented*, in un periodo in cui cresce l'attenzione verso la partecipazione attiva della persona, la coproduzione del percorso di cura e la necessità di strumenti capaci di sostenere tali principi nella pratica quotidiana. In questo contesto, la “stella” nasce come adattamento, per l'area della salute mentale.

Triangle Consulting Social Enterprise Ltd (n.d.a) ricostruisce infatti le origini dello strumento a partire dal prototipo sviluppato nel 2003 per St. Mungo's e successivamente adattato fino alla pubblicazione della prima *Outcomes Star* nel 2006; è poi nel 2007 che il Mental Health Providers Forum commissiona a Triangle Consulting lo sviluppo di una versione specifica per il settore della salute mentale.

Lo sviluppo della *Recovery Star* avviene attraverso un processo fortemente partecipativo. Secondo Triangle Consulting Social Enterprise Ltd (n.d.a), la costruzione della prima edizione coinvolse nove progetti appartenenti a cinque organizzazioni di salute mentale, comprendenti servizi di supporto domiciliare o sul territorio, servizi abitativi supportati, centri diurni, progetti di formazione e inserimento lavorativo, una struttura residenziale assistita, un servizio residenziale di riabilitazione e un ospedale. Nel corso di sei mesi, manager, operatori di prima linea e utenti dei servizi testarono lo strumento, contribuirono a individuare le modifiche necessarie e sperimentarono una versione preliminare con 114 utenti.

Gli autori sottolineano che i dati raccolti attraverso lo strumento risultavano coerenti con le aspettative di operatori e responsabili rispetto alla situazione e ai progressi delle persone seguite; parallelamente, il processo di costruzione si nutriva anche dei resoconti di *Recovery* presenti nella letteratura scientifica, così da mantenere un collegamento stretto tra esperienza vissuta, pratica professionale e riflessione teorica (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, n.d.a).

Successivamente, la seconda edizione è stata sviluppata da una revisione finalizzata a verificarne la competenza culturale. Nel 2008, il Mental Health Providers Forum ottenne un finanziamento per analizzare quanto lo strumento fosse adeguato per gli utenti provenienti da contesti etnici differenti. La ricerca coinvolse operatori e utenti di sei organizzazioni comunitarie e del volontariato che offrivano servizi diversi nell'ambito della salute mentale (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, n.d.a).

Le persone coinvolte provenivano da background africani, asiatici, afrocaribici, cinesi e misti, e con bisogni differenti in salute mentale. I risultati mostrarono che la *Recovery Star* era utilizzabile anche con persone appartenenti a minoranze etniche, ma evidenziarono la necessità di alcuni piccoli adattamenti. In particolare, emerse l'importanza di considerare meglio i bisogni linguistici, la rilevanza della spiritualità per alcune persone e il ruolo del supporto comunitario (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, n.d.a).

Per facilitare la comprensione dello strumento, soprattutto in presenza di possibili barriere linguistiche, furono realizzati anche materiali visivi relativi alle fasi del Journey of Change e alle dieci aree della stella. Queste modifiche confluirono nella seconda edizione, pubblicata ufficialmente nel 2010. Tale revisione rappresentò un passaggio significativo, perché mostrò l'attenzione crescente verso un uso più inclusivo e sensibile dello strumento nei diversi contesti culturali (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, n.d.a).

La terza edizione, pubblicata nel 2013, introdusse invece cambiamenti limitati, che riguardarono soprattutto aspetti formali come la copertina, la prefazione e la modulistica. Le scale e i contenuti della guida organizzativa rimasero invariati. Tuttavia, proprio in quegli anni si avviò una nuova fase di approfondimento per valutare la validità apparente dello strumento e la sua utilità pratica come supporto al lavoro con gli utenti e come misura degli esiti (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, n.d.a).

Questa fase di ricerca, svolta tra il 2013 e il 2014, comprese il confronto con gli utenti tramite la newsletter di *Outcomes Star*, una revisione dell'esperienza dei formatori e interviste strutturate a responsabili dei servizi. I risultati indicarono che la terza edizione veniva considerata utile sia per sostenere i percorsi di *Recovery* delle persone sia per aiutare i servizi a monitorare i cambiamenti nel tempo. Allo stesso tempo, emersero alcune proposte di miglioramento legate

soprattutto alla chiarezza e alla completezza dello strumento (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, n.d.a).

Tra i suggerimenti più rilevanti vi erano la necessità di rendere il linguaggio più comprensibile, distinguere meglio alcuni passaggi della scala del cambiamento e dare maggiore attenzione al tema della sicurezza e del rischio. Fu inoltre proposto di ampliare alcune aree, includendo aspetti come l’abitare, la formazione, i social network online e l’advocacy. Questi elementi mostrarono come lo strumento avesse bisogno di evolversi per rispondere in modo più preciso ai bisogni concreti delle persone e dei servizi (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, n.d.a).

Tra il 2015 e il 2018 venne avviata un’ulteriore fase di consultazione, collegata soprattutto ai cambiamenti nel dibattito sulla *Recovery*. In quegli anni si diffuse maggiormente l’idea che la *Recovery* non dovesse essere interpretata solo come superamento della sofferenza, ma anche come possibilità di vivere bene con una determinata condizione, talvolta con un supporto continuativo. A questo si aggiunse una riflessione più ampia sulle difficoltà di accesso al lavoro e sul valore dell’utilizzo significativo del tempo (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, n.d.a).

La consultazione coinvolse accademici, professionisti, esperti (due tra di loro esperti per esperienza), un commissario e operatori. Da questo confronto emerse, ad esempio, che non si dovesse dare rilievo esclusivo al lavoro retribuito, ma considerare anche la formazione, il volontariato e altre attività significative per la persona. Inoltre, si riconobbe l’importanza di tenere maggiormente conto del trauma e dei fattori esterni che possono influenzare i percorsi di *Recovery* (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, n.d.a).

Un altro aspetto importante emerso in questa fase riguarda il significato stesso di “esito positivo”. Si arrivò infatti a riconoscere che, per alcune persone, il risultato migliore non coincide necessariamente con l’interruzione dei servizi o con una piena autosufficienza. In alcuni casi, continuare a usufruire di un sostegno nel tempo può rappresentare una condizione appropriata e funzionale a una buona qualità di vita. Questa prospettiva contribuì a rendere il modello più realistico e più aderente alla complessità dei percorsi individuali (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, n.d.a).

Sulla base di queste ricerche e consultazioni venne quindi elaborata la quarta edizione della *Recovery Star*. Tale revisione introdusse cambiamenti sia nella struttura delle aree sia nella

formulazione delle scale, ampliando il numero dei temi considerati e rendendo più esplicito il riconoscimento dei bisogni individuali. In particolare, fu attribuita maggiore attenzione alle persone con esperienza di trauma e al modo in cui i supporti possono essere adattati in base alla loro situazione specifica (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, n.d.a).

Infine, degli elementi più significativi della quarta edizione è il superamento dell'idea che l'autonomia completa debba rappresentare sempre il traguardo finale. Il modello riconosce infatti che, per alcune persone con condizioni di salute mentale gravi e persistenti, il massimo livello raggiungibile può consistere nel vivere nel miglior modo possibile, anche con il sostegno continuativo dei servizi. Inoltre, viene messo maggiormente in evidenza il ruolo dei fattori esterni e il fatto che il cambiamento non segua sempre un andamento lineare, ma possa includere rallentamenti, regressioni e percorsi differenti da persona a persona (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, n.d.a)

2.4. Il modello della Scala del Cambiamento

La Scala del Cambiamento rappresenta uno degli elementi centrali del modello teorico su cui si basa la *Recovery Star* e tutte le *Outcomes Star*. Essa è stata sviluppata con l'obiettivo di descrivere il percorso di vita della persona come un processo progressivo, caratterizzato da diverse fasi di consapevolezza, motivazione e sviluppo delle competenze personali. Questo approccio si ispira a diverse prospettive teoriche provenienti dalla psicologia del cambiamento comportamentale e dalla letteratura sulla *Recovery* in salute mentale. In particolare, il modello integra contributi delle teorie degli stadi del cambiamento e del paradigma della *Recovery personale*, che pongono al centro il ruolo attivo della persona nel proprio percorso. La scala del cambiamento consente quindi di rappresentare in modo strutturato le diverse tappe attraverso cui le persone possono evolvere nel loro processo di crescita e di costruzione di una vita più autonoma e significativa (MacKeith, 2011; MacKeith, 2014).

2.4.1. Fondamenti teorici della Scala del Cambiamento

La scala del cambiamento trae ispirazione da diversi modelli psicologici e riabilitativi che descrivono il processo di cambiamento personale. Tra questi assume particolare rilevanza il modello delle fasi del cambiamento sviluppato da Prochaska et al (1994), secondo il quale le persone attraversano diversi stadi nel percorso di modificazione dei propri comportamenti, passando da una fase iniziale di scarsa consapevolezza del problema a una fase più avanzata di gestione attiva e mantenimento del cambiamento. Questo modello ha influenzato la struttura della *Recovery Star*, che rappresenta il percorso di cambiamento come un processo progressivo articolato in diversi livelli.

Un ulteriore riferimento teorico è rappresentato dalla letteratura sulla *Recovery personale* – descritta nel primo capitolo – che sottolinea il ruolo centrale dell'autodeterminazione, della speranza e della partecipazione attiva della persona nel proprio percorso di cambiamento.

La scala del cambiamento utilizzata nella *Recovery Star* traduce questi principi teorici in uno strumento operativo che consente di rappresentare visivamente il percorso di *Recovery* della persona. Ogni area dello strumento è associata a una scala che descrive diversi livelli di cambiamento, permettendo all'operatore e all'utente di individuare congiuntamente la fase del percorso e di definire gli obiettivi del supporto. Inoltre, questo approccio favorisce una valutazione condivisa del cambiamento e promuove un processo di lavoro collaborativo tra operatori e utenti (MacKeith, 2011; Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2014).

2.4.2. Le cinque fasi della Scala del Cambiamento

La scala del cambiamento svolge una funzione importante per verificare l'andamento del percorso di *Recovery* perché, anche se le persone sono tutte diverse ed è importante capire le proprietà specifiche individuali di ciascuno, comunque condividono caratteristiche simili. Si divide in cinque fasi, le quali non devono avvenire necessariamente di forma lineare, ma invece ogni persona può ritrovarsi in punti diversi del percorso o andare avanti e indietro a seconda delle circostanze, lo scopo della scala è aiutare alle persone a vedere il punto di partenza, in quale fase si percepiscono e quale sarà il prossimo obiettivo e come richiedere supporto (Triangle Consulting

Social Enterprise Ltd, 2014). Nel manuale per l'utente del 2014 (*Figura 2*), tradotto in italiano, gli autori definiscono le fasi della scala del cambiamento in questo modo:

- Il blocco: si caratterizza dalla percezione di non sentirsi capace di affrontare un problema o di non essere nelle condizioni di accettare un aiuto (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2014).
- L'accettazione dell'aiuto: in questa fase si cerca di allontanarsi dal problema e sperando che qualcuno possa intervenire per risolverlo al suo posto (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2014).
- Il crederci: iniziano ad aumentare i pensieri positivi e la speranza, guardando alle cose che si desiderano e allontanandosi da quelle che non, e si comincia a fare alcune cose in autonomia per raggiungere i propri obiettivi e accettando l'aiuto dagli altri (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2014).
- L'apprendimento: si impara a rendere concreto il proprio percorso di *Recovery* e questo si sviluppa con tentativi ed errori, consapevoli di avere bisogno di supporto per alcune cose (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2014).
- Basarsi sulle proprie forze: una volta avendo acquisito delle competenze la persona riesce a basarsi sulle proprie forze fino a raggiungere i propri interessi e obiettivi senza l'aiuto di un servizio o progetto (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2014).



Figura 2

Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2014.

2.5. Caratteristiche e campi di applicazione dello strumento

Per comprendere il valore della *Recovery Star* nei servizi, è utile soffermarsi sulle sue caratteristiche principali e sui contesti in cui può essere applicata. Analizzare questi due aspetti permette di mettere in evidenza, da un lato, gli elementi che ne definiscono l'identità metodologica e, dall'altro, le potenzialità applicative nei diversi servizi orientati alla persona e al cambiamento.

2.5.1. Caratteristiche principali dello strumento

Secondo MacKeith (2011) la *Recovery Star* è uno strumento pensato per rendere visibile e monitorabile questo processo nel quale la persona ha un ruolo attivo nel proprio percorso ed è caratterizzato da alcune proprietà essenziali, comuni alle *Outcomes Star*, che ne definiscono la natura e l'utilità all'interno dei servizi:

- Approccio collaborativo e centrato sulla persona: secondo Dickens et al. (2012), la compilazione dello strumento avviene attraverso un processo di confronto e dialogo tra la persona che riceve il supporto e l'operatore che la affianca. Questo processo costituisce un momento di riflessione condivisa sul percorso della persona, sulle difficoltà incontrate e sugli obiettivi da perseguire, consentendo anche di rivedere insieme il piano di azione.
- Integrazione di valutazione e pianificazione d'intervento: la "stella" consente alla persona di pianificare, descrivere e quantificare i propri progressi, mentre permette alle organizzazioni di rilevare, misurare e sintetizzare in modo efficace i cambiamenti e l'efficacia dei servizi con riferimento a diversi utenti e progetti. Al tempo stesso, lo strumento raccoglie informazioni sistematiche sul percorso della persona, favorendo il monitoraggio dei progressi nel tempo e la definizione condivisa degli obiettivi e del piano di azione. In questo senso, facilita la comprensione della posizione della persona nel proprio percorso di *Recovery* e orienta la progettazione di interventi personalizzati e condivisi (Dickens et al., 2012; Onifade, 2011).

- **Struttura visiva, accessibilità e supporto al percorso di Recovery:** la *Recovery Star* sostiene il percorso di *Recovery* della persona attraverso descrittori chiari e una rappresentazione visiva della fase in cui essa si trova. La rappresentazione grafica della stella rende i risultati della valutazione più accessibili e comprensibili, riducendone il carattere tecnico e favorendo una maggiore consapevolezza del proprio percorso. In questo modo, la persona è facilitata nel riflettere sui progressi, sulle difficoltà incontrate, sulle strategie adottate e sugli obiettivi ancora da raggiungere, mentre il dialogo con l'operatore risulta più chiaro e partecipato (Onifade, 2011; MacKeith, 2014).
- **Adattabilità culturale e flessibilità d'uso:** lo studio di Mental Health Providers Forum (2009) evidenzia la flessibilità e l'adattabilità culturale dello strumento per aumentarne l'accessibilità in diversi contesti. Inoltre, è stato rilevato che le aree principali conservano rilevanza trasversale, ma alcune pratiche culturali richiedono un'integrazione più esplicita per trattare aspetti del vissuto delle persone specifici.
- **Multidimensionalità e dominio delle aree di vita:** la *Recovery Star* è costruita per offrire una lettura complessiva del percorso della persona, prendendo in considerazione contemporaneamente dieci diverse aree della vita, tra cui la gestione della salute mentale, la cura di sé, le abilità quotidiane, le reti sociali, il lavoro, le relazioni personali, le dipendenze, le responsabilità, l'identità e autostima, la fiducia e la speranza. Per ciascuna area è prevista una scala da 1 a 10, organizzata in cinque stadi del percorso di cambiamento, che consente alla persona di collocarsi rispetto alla propria esperienza e di costruire, insieme all'operatore, una rappresentazione articolata e personalizzata della propria situazione. In questo modo, la "stella" favorisce una valutazione multidimensionale e olistica, capace di restituire, in ogni momento del percorso, un quadro individuale del cambiamento (Onifade, 2011; Burns & MacKeith, 2014).

2.5.2. Campi di applicazione dello strumento

La *Recovery Star*, pur essendo nata nell'ambito dei servizi di salute mentale, è stata utilizzata anche in contesti differenti, ampliando le proprie possibilità applicative oltre il settore originario. Infatti, lo strumento è stato impiegato in diversi servizi e aree di intervento,

confermando la sua flessibilità e la sua utilità anche in contesti non strettamente legati alla salute mentale. Alcuni di questi ambiti di applicazione sono:

- Servizi di salute mentale e riabilitazione psicosociale: l'ambito della salute mentale rappresenta la principale area di applicazione della *Recovery Star*, sia nei servizi territoriali sia in quelli residenziali. In questo contesto lo strumento viene utilizzato per comprendere la posizione della persona nel proprio percorso di *Recovery*, pianificare gli interventi, monitorare i progressi nel tempo e supportare il lavoro condiviso tra operatori e utenti (Dickens et al., 2012).
- Servizi per disabilità intellettive e apprendimento: Esan et al. (2012) descrivono l'utilizzo della *Recovery Star* in un servizio sicuro per persone con disabilità intellettive, evidenziando come lo strumento possa sostenere un approccio centrato sulla persona e integrarsi nei processi di cura già presenti. In questo contesto, la "stella" si è rivelata utile per favorire il confronto tra operatori e utenti, rendere più espliciti gli aspetti del percorso di *Recovery* e supportare la definizione condivisa degli obiettivi. Inoltre, il suo utilizzo ha offerto al servizio un modo strutturato per articolare e monitorare il cambiamento nel tempo, sostenendo la progettazione degli interventi e la valutazione del percorso.
- Servizi per persone con doppia diagnosi e dipendenza da sostanze: lo strumento è stato applicato anche in contesti specialistici rivolti a persone con grave sofferenza psichica associata a problematiche di dipendenza. Boholdt-Petersen et al. (2019) ne descrivono l'impiego in un reparto dedicato alla doppia diagnosi, dove lo strumento è stato utilizzato per seguire l'andamento del percorso di *Recovery* durante il trattamento. I risultati hanno evidenziato un miglioramento medio dei punteggi nel corso della permanenza degli utenti nel servizio, suggerendo l'utilità dello strumento nel monitorare il cambiamento in questo ambito.

Infine, lo strumento è potenzialmente utilizzabile anche in differenti tipologie di servizi rivolti alla salute mentale, oltre che in altri ambiti. In particolare, la *Recovery Star* può costituire un supporto per orientare il lavoro dell'operatore, valorizzare il punto di vista della persona utente, favorire il cambiamento e la collaborazione tra i soggetti coinvolti. In questa prospettiva, lo strumento potrebbe essere adattato o parzialmente rielaborato in alcune sue caratteristiche, al fine di rispondere in modo più adeguato ai bisogni della singola persona o di specifici gruppi di utenti.

2.6. Studi di validazione e affidabilità

La crescente diffusione, nei servizi di salute mentale, di strumenti ispirati all'approccio della *Recovery* ha favorito l'avvio di studi rivolti a verificarne la solidità scientifica. Nel caso della *Recovery Star*, l'ampio utilizzo dello strumento nei contesti sociosanitari ha reso necessario approfondirne le proprietà psicometriche, per chiarire quanto fosse affidabile e adeguato nel documentare il percorso delle persone. In particolare, le ricerche disponibili si sono concentrate su aspetti quali la consistenza interna, la struttura del costrutto, la stabilità delle misurazioni e la capacità dello strumento di cogliere i cambiamenti nel tempo, pur con approcci e risultati non del tutto sovrapponibili tra i diversi studi (Dickens et al., 2012; Killaspy et al., 2012).

2.6.1. Prime evidenze sulla validazione dello strumento

Uno dei primi studi quantitativi dedicati alla validazione della *Recovery Star* è quello di Dickens et al. (2012), che ha preso in esame i dati di oltre duecento adulti seguiti da servizi di salute mentale. I risultati hanno mostrato una consistenza interna elevata e hanno suggerito che lo strumento fosse in grado di cogliere un costrutto sottostante riconducibile al percorso di *Recovery*. L'analisi fattoriale ha inoltre evidenziato una struttura articolata, mentre le rilevazioni successive hanno mostrato, per la maggior parte delle aree, cambiamenti statisticamente significativi nel tempo. Nel complesso, i dati indicano che la *Recovery Star* possiede una sensibilità nel registrare l'evoluzione del percorso degli utenti (Dickens et al., 2012).

Un ulteriore contributo alla valutazione psicometrica è stato offerto dallo studio di Killaspy et al. (2012), che ha analizzato l'accettabilità, la stabilità delle misurazioni e la validità convergente dello strumento. I risultati hanno mostrato una buona stabilità delle rilevazioni ripetute nel tempo, sia nelle valutazioni effettuate dai soli operatori sia in quelle svolte in modo collaborativo con gli utenti. Al tempo stesso, il confronto con una misura standardizzata del funzionamento sociale ha evidenziato correlazioni apprezzabili in diverse aree, suggerendo che la *Recovery Star* intercetti soprattutto aspetti legati al funzionamento sociale. Gli autori hanno però rilevato una convergenza debole con una misura soggettiva della *Recovery*, concludendo che lo strumento non poteva essere

considerato, al momento della ricerca, una misura di esito clinico sufficientemente solida per l'uso routinario, pur potendo risultare utile nella pianificazione condivisa dell'assistenza (Killaspy et al., 2012).

2.6.2. La *Recovery Star* nel panorama degli strumenti di *Recovery*

Su un piano più generale, la revisione di Sklar et al. (2013) consente di collocare la *Recovery Star* nel panorama più ampio degli strumenti utilizzati per misurare la *Recovery* in salute mentale. Gli autori osservano come il progressivo orientamento dei servizi verso modelli *recovery-oriented* abbia favorito la diffusione di numerosi strumenti, pur evidenziando che non tutti presentano il medesimo livello di consolidamento sul piano psicometrico, della facilità d'uso e del coinvolgimento degli utenti nel loro sviluppo. In questo quadro, appare come uno strumento promettente, ma inserito in un ambito ancora in evoluzione.

Un ulteriore contributo alla riflessione sulle misure di esito in salute mentale proviene anche da Crawford et al. (2011), i quali mostrano che gli utenti tendono a considerare maggiormente pertinenti gli strumenti compilati direttamente dalla persona rispetto a quelli esclusivamente compilati dall'operatore. Tale risultato risulta particolarmente rilevante nel caso della *Recovery Star*, poiché ne rafforza la collocazione all'interno di una prospettiva che valorizza l'esperienza soggettiva e il ruolo attivo della persona nel processo valutativo. In questo senso, l'interesse suscitato dalla *Star* può essere letto anche come risposta all'esigenza di disporre di strumenti percepiti come comprensibili, significativi e vicini all'esperienza concreta degli utenti.

2.6.3. Percezioni professionali e condizioni di utilizzo

Indicazioni convergenti emergono anche dalla ricerca di Tickle et al. (2013), che ha esplorato la percezione dei professionisti rispetto all'utilizzo della *Recovery Star*. Dallo studio emerge che lo strumento è spesso considerato utile per far emergere aspetti che altri dispositivi valutativi non riescono a cogliere con la stessa immediatezza, oltre che per sostenere una pianificazione più condivisa del lavoro con l'utente. Al tempo stesso, gli autori evidenziano che la sua efficacia dipende in misura rilevante dal contesto organizzativo, dalla formazione degli operatori e dalla possibilità di adattarne l'impiego alle caratteristiche delle persone coinvolte. La

“stella” appare quindi come uno strumento dotato di notevole potenzialità, ma la cui applicazione richiede condizioni di utilizzo adeguate.

2.6.4. Evidenze empiriche sull’uso nei servizi

Successivamente, ulteriori studi hanno contribuito ad ampliare la base empirica. In particolare, Larsen e Griffiths (2013) hanno analizzato i dati raccolti in un servizio di crisi come alternativa al ricovero ospedaliero, rilevando un incremento significativo dei punteggi tra l’ingresso e la dimissione. La ricerca, condotta su oltre settecento utenti, ha evidenziato miglioramenti in tutti i domini dello strumento e anche negli obiettivi personali, suggerendo che la *Recovery Star* possa costituire un supporto utile per seguire l’evoluzione dei percorsi di presa in carico nei servizi orientati alla *Recovery*.

Un ulteriore contributo alla letteratura è rappresentato dallo studio di Lloyd et al. (2016), che ha esaminato l’impiego dello *Recovery Star* come misura di esito in un servizio orientato alla *Recovery*. I risultati hanno mostrato che lo strumento consentiva di individuare con chiarezza le aree della vita nelle quali gli utenti presentavano maggiori bisogni, oltre a permettere il monitoraggio dei cambiamenti intervenuti nel tempo. Nel campione analizzato, i punteggi iniziali più bassi riguardavano in particolare il lavoro, le reti sociali, la gestione della salute mentale e l’identità e autostima, indicando come tali dimensioni assumano un ruolo rilevante nella definizione dei percorsi di supporto. In questo senso, la scala si è dimostrata utile non solo per documentare il cambiamento, ma anche per orientare la pianificazione degli interventi (Lloyd et al., 2016),

Anche Griffiths et al. (2015) hanno contribuito ad approfondire le potenzialità metodologiche, utilizzando la “stella” per valutare l’andamento di un servizio di supporto alla transizione verso la comunità dopo una crisi psichiatrica. Gli autori hanno rilevato un incremento significativo dei punteggi complessivi e miglioramenti in gran parte dei domini della scala, oltre a progressi negli obiettivi personali individuati dagli utenti. Tali risultati suggeriscono che la *Recovery Star* possa offrire un quadro utile per documentare il cambiamento e per mettere in relazione il percorso di *Recovery* con le finalità concrete del lavoro di supporto.

Ulteriori elementi a sostegno dell'utilità dello strumento provengono dallo studio di Frost et al. (2017), che ha analizzato l'impiego della *Recovery Star* in una unità sub-acuta orientata alla *Recovery* per persone con disturbi mentali gravi. I risultati hanno evidenziato miglioramenti significativi tra ammissione e dimissione sia nel punteggio complessivo sia nelle sottodimensioni individuate dagli autori, suggerendo che la scala sia sensibile ai cambiamenti che possono verificarsi nel corso dell'intervento. Le analisi riportate hanno inoltre mostrato livelli soddisfacenti di coerenza interna, rafforzando l'ipotesi che lo strumento possa offrire una rappresentazione sufficientemente integrata delle diverse dimensioni coinvolte nel percorso di *Recovery*.

Un ulteriore contributo alla sistematizzazione delle evidenze è rappresentato dal lavoro di Good (2019), che raccoglie e discute i principali risultati disponibili sulle proprietà psicometriche della *Recovery Star*. Nel complesso, la revisione delinea un quadro generalmente favorevole rispetto all'accettabilità dello strumento, alla coerenza interna delle scale e alla sua capacità di rilevare cambiamenti nel tempo, pur confermando la necessità di proseguire con ulteriori approfondimenti metodologici.

Infine, anche lo studio di validazione italiana della *Recovery Star* ha contribuito ad arricchire la letteratura sullo strumento. Placentino et al. (2017) descrivono la scala come un dispositivo collaborativo, finalizzato alla costruzione di progetti individualizzati, al loro monitoraggio e alla loro verifica, mantenendo al centro il percorso della persona. I risultati evidenziano una buona accettabilità da parte di utenti e operatori, una soddisfacente stabilità temporale dei punteggi e correlazioni significative con altre misure cliniche e di funzionamento. Gli autori sottolineano inoltre che la *Recovery Star* si caratterizza per l'uso di supporti visivi e per la capacità di sostenere un approccio condiviso, favorendo al tempo stesso la partecipazione dell'utente e il ruolo dell'operatore nella costruzione del percorso assistenziale.

In sintesi, i contributi analizzati mostrano che la *Recovery Star* si è progressivamente affermata come uno strumento rilevante all'interno dei servizi di salute mentale orientati alla *Recovery*. La letteratura presa in esame ne evidenzia l'utilità sia nel rilevare i cambiamenti che avvengono nel percorso della persona, sia nel sostenere la definizione degli interventi e il lavoro condiviso tra operatori e utenti. Gli studi disponibili suggeriscono possa offrire un supporto concreto nella lettura, nell'accompagnamento e nella documentazione dei percorsi di *Recovery*.

2.7. Validazioni e adattamenti internazionali

A partire dalla sua diffusione nei servizi di salute mentale del Regno Unito, la *Recovery Star* ha progressivamente suscitato interesse anche in altri contesti nazionali. Questo processo ha favorito lo sviluppo di progetti di adattamento linguistico e culturale dello strumento, volti a verificarne l'applicabilità in sistemi di servizi caratterizzati da modelli organizzativi e professionali differenti. In molti casi, l'introduzione in nuovi contesti è stata accompagnata da studi finalizzati a valutarne la coerenza con altre misure già utilizzate nei servizi locali e con le pratiche professionali consolidate.

Uno degli esempi più significativi di adattamento internazionale riguarda la versione italiana. Placentino et al. (2017) hanno esaminato l'utilizzo dello strumento nei servizi lombardi di quattro enti pubblici (UOP 23 DSM ASST Spedali Civili-Brescia, DSM ASST del Garda, DSM ASST di Crema, DSM ASST della Vallecamonica) e di due organizzazioni del privato sociale (Associazione Il Chiaro del Bosco, Cooperativa Liberamente), confrontandone i risultati con altre misure già impiegate nella pratica clinica. Lo studio ha evidenziato correlazioni significative tra diverse aree della *Recovery Star* e scale quali HoNOS, GAF e WHOQOL-B, suggerendo che la versione italiana riesca a intercettare aspetti rilevanti del funzionamento e della qualità della vita degli utenti. Gli autori sottolineano inoltre che la *Recovery Star* può sostenere la costruzione, il monitoraggio e la verifica di progetti terapeutici e riabilitativi individualizzati, mantenendo al centro il percorso della persona (Placentino et al., 2017).

Anche in Australia la *Recovery Star* è stata introdotta all'interno di servizi di salute mentale comunitari. Nel contributo di Lloyd et al. (2016), lo strumento viene descritto come una misura di esito adottata in un servizio *recovery-oriented*, dove si è rivelato utile per individuare le aree sulle quali concentrare il lavoro clinico, seguire i progressi degli utenti e chiarire i principali obiettivi del percorso. Gli autori evidenziano inoltre che può affiancarsi ad altre misure già utilizzate nei servizi, contribuendo a rendere più leggibile sia per gli operatori sia per gli utenti l'andamento del percorso di supporto (Lloyd et al., 2016).

Anche in Nuova Zelanda la stella è stata oggetto di attenzione nell'ambito dei servizi orientati alla *Recovery*. Nella loro revisione della letteratura, Nyashanu e Nicholson (2022) descrivono lo strumento come una misura *recovery-based* capace di monitorare le difficoltà e i progressi della persona nelle diverse aree della vita, facilitando al tempo stesso la definizione degli obiettivi e il successivo lavoro di intervento. In questa prospettiva, la *Recovery Star* viene presentata non solo come strumento di rilevazione, ma anche come supporto alla pianificazione del percorso assistenziale nei servizi di salute mentale (Nyashanu & Nicholson, 2022).

Oltre agli adattamenti linguistici e nazionali, alcuni contributi hanno richiamato l'attenzione sull'utilizzo della *Recovery Star* in contesti caratterizzati da una marcata diversità culturale. Nel report del Mental Health Providers Forum (2009), relativo all'implementazione dello strumento all'interno di Southside Partnership, emerge infatti l'importanza di collocare la "stella" dentro un approccio culturalmente sensibile, capace di tenere conto delle specificità dei gruppi etnici minoritari coinvolti nei servizi. In questo quadro, particolare rilievo viene attribuito alla partecipazione degli utenti, alla formazione condivisa con gli operatori e all'inserimento dello strumento in una strategia organizzativa più ampia, così da renderne l'utilizzo maggiormente accessibile e significativo nei contesti multiculturali (Mental Health Providers Forum, 2009).

Un ulteriore aspetto ricorrente nella letteratura riguarda il ruolo della formazione degli operatori nell'introduzione della *Recovery Star* in nuovi contesti di cura. Diversi contributi sottolineano infatti che l'impiego dello strumento richiede non solo familiarità con la scala, ma anche una comprensione condivisa del modello di cambiamento che la sostiene e delle modalità collaborative attraverso cui dovrebbe essere utilizzata. In questa prospettiva, non si configura come una semplice misura quantitativa, bensì come uno strumento di lavoro integrato, utile a sostenere il dialogo tra operatore e utente e a favorire la definizione condivisa degli obiettivi di intervento (MacKeith, 2014; Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2014; Dickens et al., 2012).

Le esperienze di validazione e di adattamento internazionale mostrano come la *Recovery Star* sia stata progressivamente introdotta in diversi sistemi di servizi per la salute mentale, evidenziando una discreta capacità di adattamento a contesti organizzativi e culturali differenti. Le ricerche condotte in vari paesi suggeriscono che lo strumento possa sostenere il monitoraggio dei percorsi di *Recovery* e favorire un approccio più collaborativo nella definizione degli obiettivi tra operatori e utenti. Al tempo stesso, la letteratura mette in luce anche alcune criticità, legate sia alle

modalità di applicazione dello strumento e alla formazione degli operatori, sia a questioni metodologiche connesse alla misurazione degli esiti. Tali aspetti hanno alimentato un dibattito scientifico volto a chiarirne i limiti e le principali aree problematiche.

2.8. Limiti e critiche emerse

Nonostante l'ampia diffusione della *Recovery Star* nei servizi di salute mentale e il suo crescente impiego nei percorsi orientati alla *Recovery*, la letteratura ha messo in evidenza alcune questioni critiche che riguardano sia le proprietà metodologiche dello strumento sia le modalità con cui esso viene utilizzato nei contesti di cura. Diversi autori ricordano infatti che è stata concepita soprattutto come uno strumento collaborativo di lavoro nei servizi, più che come scala psicometrica tradizionale; proprio per questo, la sua valutazione secondo i criteri classici della ricerca quantitativa risulta meno immediata rispetto ad altri strumenti standardizzati (Dickens et al., 2012; MacKeith, 2014).

Tra gli aspetti più discussi vi è la struttura psicometrica dello strumento. Sebbene Dickens et al. (2012) abbiano riscontrato una buona consistenza interna e una struttura fattoriale significativa, gli stessi autori sottolineano la complessità multidimensionale della scala e la necessità di ulteriori approfondimenti, soprattutto per chiarire meglio la relazione tra i diversi domini della *Recovery Star* e altri indicatori impiegati nella valutazione della *Recovery* e del funzionamento psicosociale.

Un ulteriore nodo riguarda l'affidabilità delle valutazioni, in particolare quando i punteggi vengono attribuiti da operatori diversi. Poiché la compilazione avviene attraverso una discussione condivisa (in Italia viene suggerita la modalità del “colloquio motivazionale”) tra professionista e utente, il risultato finale può risentire del modo in cui i singoli operatori interpretano i livelli del percorso di cambiamento. In questa prospettiva, secondo Killaspy et al. (2012) la coerenza tra valutatori non raggiunge livelli pienamente soddisfacenti, suggerendo che l'efficacia dello strumento dipenda anche dal training ricevuto dagli operatori e dal grado di standardizzazione delle procedure di utilizzo.

Le criticità emergono anche quando viene utilizzata come misura routinaria di esito. Alcuni studi rilevano infatti che lo strumento si dimostra particolarmente utile nella progettazione, nel dialogo tra operatore e utente e nella definizione condivisa degli obiettivi, ma appare meno solido quando viene utilizzato come indicatore quantitativo per confrontare i risultati tra servizi diversi. In questo senso, Killaspy et al. (2012) ne riconoscono l'utilità sul piano operativo, ma invitano ad avere cautela rispetto al suo impiego come misura standardizzata degli esiti.

Considerazioni simili emergono anche dagli studi condotti nei servizi di salute mentale comunitari. Lloyd et al. (2016) osservano che la *Recovery Star* può risultare utile per identificare le aree su cui concentrare il lavoro clinico, seguire i progressi degli utenti e chiarire gli obiettivi del percorso di supporto. Allo stesso tempo, i risultati suggeriscono che il valore dello strumento risieda soprattutto nel supporto alla pratica professionale e alla pianificazione dell'intervento, più che nel suo impiego come misura standardizzata direttamente comparabile ad altre scale cliniche.

Ulteriori riflessioni critiche emergono dagli studi qualitativi che hanno esplorato il punto di vista degli operatori sull'utilizzo della *Recovery Star*. Tickle et al. (2013) mostrano che molti professionisti considerano lo strumento potenzialmente utile per sostenere il confronto con gli utenti e per rendere più espliciti gli obiettivi del percorso di intervento. Inoltre, lo studio evidenzia che la sua applicazione non risulta agevole in tutti i contesti e con tutti gli utenti, e che l'effettivo impiego della scala dipende anche dalle condizioni organizzative entro cui essa viene introdotta.

Alcune analisi successive hanno inoltre richiamato l'attenzione sulla necessità di consolidare ulteriormente la base empirica dello strumento. Le revisioni disponibili sottolineano infatti che, pur in presenza di risultati nel complesso favorevoli su accettabilità, consistenza interna e sensibilità al cambiamento, rimangono aperte alcune questioni relative alla convergenza con altri strumenti di esito e al rafforzamento complessivo del profilo metodologico della *Recovery Star* nel panorama internazionale della ricerca sulla *Recovery* (Good, 2019; Nyashanu & Nicholson, 2022).

Ulteriori elementi di criticità riguardano l'integrazione delle pratiche *recovery-oriented* nella routine dei servizi. In uno studio recente condotto in un servizio territoriale italiano, Martinelli et al. (2025) evidenziano che l'adozione di strumenti e pratiche orientati alla *Recovery* richiede non solo accettabilità da parte di utenti e operatori, ma anche formazione continuativa, cambiamenti strutturali e un'organizzazione capace di sostenere nel tempo il lavoro condiviso. In questa

prospettiva, l'efficacia della *Recovery Star* non dipende esclusivamente dalle caratteristiche dello strumento, ma anche dal contesto nel quale viene implementata (Martinelli et al., 2025)

Dalla letteratura scientifica si evidenzia che la “stella” rappresenta uno strumento utile per supportare pratiche orientate alla *Recovery* nei servizi di salute mentale, favorendo il dialogo tra operatore e utente e la definizione condivisa degli obiettivi di intervento. Gli studi mostrano che la sua utilità pratica non elimina alcune criticità di ordine metodologico e organizzativo, che richiedono attenzione nell'interpretazione dei risultati e nelle modalità di applicazione nei servizi suggeriscono la necessità di continuare a sviluppare e adattare strumenti di valutazione sempre più sensibili alle specificità dei diversi contesti di intervento. In questo scenario si inserisce lo sviluppo di nuovi strumenti pensati per target specifici, tra cui la *My Mind Star*, che rappresenta un adattamento rivolto in particolare alla popolazione giovanile e ai contesti educativi.

CAPITOLO III – *My Mind Star*: utilizzo del paradigma della *Recovery* con i giovani

3.1. Nascita e finalità della *My Mind Star*

La *My Mind Star* si colloca all'interno della famiglia delle *Outcomes Star* ed è stata sviluppata come strumento specificamente rivolto alla salute mentale e al benessere psicologico dei giovani. Infatti, viene descritta come una “stella” pensata per ragazzi e ragazze che vivono difficoltà emotive o psicologiche — tra cui umore depresso, stress, ansia, rabbia, insonnia o autolesionismo — ed è destinata in particolare ai servizi rivolti agli adolescenti con bisogni di salute mentale, con una specifica attenzione all'intervento precoce e alla prevenzione dell'aggravarsi della sofferenza psichica; può inoltre essere utilizzata come strumento di supporto nel percorso di gestione della propria salute mentale da parte dei giovani (MacKeith et al., 2019; Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, n.d.b; Outcomes Star, 2026.; Il Chiaro del Bosco, 2026).

L'origine dello strumento risale al 2017, quando *Action for Children* si rivolse a *Triangle Consulting Enterprise* per sviluppare un nuovo strumento capace di sostenere il lavoro con giovani che presentavano difficoltà legate alla salute mentale e al benessere emotivo. La richiesta è nata dall'esperienza diretta dei servizi, che rilevavano un incremento dei bisogni psicologici tra i giovani e, al tempo stesso, l'assenza di uno strumento ritenuto adeguato per accompagnare, leggere e monitorare tali percorsi in modo coerente con le loro specificità (MacKeith et al., 2019).

MacKeith et al. (2019), segnalano che *Action for Children* aveva preso in considerazione la *Recovery Star*, ma la riteneva non pienamente adatta ai giovani con cui operava. Per questa ragione si decise di collaborare nella costruzione di uno strumento nuovo, calibrato sui contesti educativi, territoriali e clinici nei quali il disagio giovanile tende a manifestarsi. Di conseguenza, si avviò una fase preliminare di approfondimento, che comprendeva una revisione della letteratura,

l'analisi di altre stelle rivolte ai giovani e il confronto con organizzazioni interessate a uno strumento di questo tipo. Al termine di tale percorso, si giunse alla conclusione che vi fosse spazio per una nuova stella capace di rispondere a bisogni specifici senza sovrapporsi agli strumenti già disponibili.

Un passaggio decisivo di questa costruzione fu l'istituzione di un gruppo di lavoro esperto composto da responsabili e operatori di *Action for Children*. Il gruppo ebbe un ruolo centrale lungo tutto il processo, mettendo a disposizione conoscenze approfondite sui problemi affrontati dai giovani, sugli esiti attesi dei servizi e sui passaggi che caratterizzano i percorsi di cambiamento. Il lavoro si articolò in tre laboratori: il primo fu dedicato all'individuazione delle principali aree in cui servizi e giovani cercano di produrre cambiamento, degli esiti desiderati e del modello di cambiamento sottostante; il secondo servì a discutere una prima bozza della stella e a trasformarla nella versione pilota; il terzo fu invece dedicato alla lettura dei risultati della versione pilota e alla revisione conclusiva dello strumento. A questi momenti si affiancarono consultazioni dirette con giovani e giovani ambasciatori, in gruppo e individualmente, in modo da consentire loro di incidere in maniera sostanziale sui contenuti, sul linguaggio e sull'impianto complessivo (MacKeith et al., 2019).

Questo carattere co-prodotto costituisce uno degli aspetti più rilevanti della nascita della *My Mind Star*. Non si trattò soltanto di raccogliere opinioni a posteriori, ma di costruire il dispositivo attraverso un processo di condivisione, ascolto, revisione e nuova verifica, fino a quando le aree e le descrizioni delle fasi di cambiamento non risultarono sufficientemente aderenti all'esperienza dei giovani e alla pratica degli operatori (MacKeith et al., 2019). MacKeith et al. (2021) nel loro contributo scientifico dedicato allo sviluppo dello strumento insistono su questo punto, sottolineando che lo strumento è da un lavoro comune tra professionisti e giovani utenti, con l'obiettivo di produrre uno strumento al tempo stesso comprensibile, utilizzabile e metodologicamente sostenibile.

La versione pilota che emerse da questo percorso presentava inizialmente otto aree e un percorso del cambiamento già in cinque fasi. Le aree erano: “benessere emotivo”, “stile di vita sano”, “casa e famiglia”, “amicizie e relazioni”, “scuola, formazione e lavoro”, “interessi e attività”, “sicurezza e identità” e “autostima”. Anche il percorso del cambiamento era già vicino a quello definitivo, ma con alcune scelte linguistiche che sarebbero poi state ulteriormente discusse.

In particolare, il report dello sviluppo segnala che la *My Mind Star* manteneva una struttura simile alla *Recovery Star*, ma introduceva già differenze importanti: la seconda fase diventava “parlarne” invece di “accettazione dell’aiuto”, la terza “crederci e agire” invece di “crederci”, e l’ultima “farcela” al posto di “basarsi sulle proprie forze”, ritenendo quest’ultima formulazione poco adatta ai giovani. Anche la scelta di una scala a cinque punti veniva motivata con esigenze di maggiore semplicità e leggibilità (MacKeith et al., 2019).

La sperimentazione sul campo coinvolse Action for Children e HeadStart Kernow Community Strand. Per fare ciò, Triangle formò 53 operatori e 14 operatori del programma in Cornovaglia, e le due organizzazioni utilizzarono la stella con 177 giovani nell’arco di sei mesi; di questi, 82 completarono una seconda rilevazione. Il coinvolgimento di HeadStart Kernow non ebbe soltanto una funzione applicativa, ma contribuì direttamente al processo di revisione dello strumento. Il suo rapporto finale del programma precisa, infatti, che i giovani seguiti dai facilitatori offrirono osservazioni sulle misure, sul linguaggio e sulle modalità con cui la stella veniva presentata, e che proprio a partire da questi riscontri la versione pilota fu successivamente rielaborata fino a giungere alla configurazione definitiva (MacKeith et al., 2019; Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2019; HeadStart Kernow, 2022).

Le modifiche introdotte nella fase conclusiva non furono secondarie. Il passaggio dalla versione pilota a quella definitiva si è conclusa con sette aree, comportando infatti una ridefinizione di alcune ritenute troppo rigide o poco efficaci: “benessere emotivo” divenne “sentimenti ed emozioni”, “casa e famiglia” fu riformulata in “dove abiti”, “interessi e attività” lasciò il posto a “come usi il tuo tempo”, mentre l’area “sicurezza” venne rimossa come dominio autonomo e integrata trasversalmente nelle altre dimensioni. Anche “identità e autostima” venne ridotta al solo dominio “autostima”, segnalando la volontà di trattare il tema dell’identità in modo più aderente alla fase evolutiva. Queste revisioni mostrano come la versione finale sia il risultato di un lavoro volto a rendere lo strumento più accessibile, più coerente con il linguaggio dei giovani e più adeguato ai contesti di utilizzo (MacKeith et al., 2019; HeadStart Kernow, 2022).

In ordine cronologico, lo sviluppo dello strumento si conclude con la pubblicazione della versione definitiva nel settembre 2019, circa due anni dopo l’avvio della collaborazione con *Action for Children*. Anche la fonte italiana disponibile conferma che la *My Mind Star* è stata elaborata da Triangle nel 2019 e successivamente introdotta in Italia attraverso la traduzione e la diffusione del

materiale formativo, a carico di Il Chiaro del Bosco (MacKeith et al., 2019; Il Chiaro del Bosco, 2026).

Inoltre, risulta essenziale sottolineare che le finalità della *My Mind Star*, tuttavia, non si esauriscono nella sola misurazione. La guida per gli operatori di Triangle Consulting Enterprise (n.d.b), precisa che la compilazione dovrebbe costituire un processo utile, coinvolgente e capace di rafforzare la partecipazione del giovane. Lo strumento è pensato per sostenere la conversazione, mettere a fuoco i temi più rilevanti e offrire una base condivisa per il piano di sostegno, attraverso un lavoro individuale svolto in modo collaborativo. In altri termini, lo strumento non nasce come prova impersonale o come semplice scala quantitativa, ma come supporto al dialogo, alla definizione degli obiettivi e alla costruzione di una lettura condivisa della situazione del giovane tra lui e il professionista che lo accompagna. Anche il rapporto di HeadStart Kernow (2022) ribadisce che la stella è utile per rilevare e sostenere il cambiamento, poiché funziona al tempo stesso come aiuto alla conversazione e come strumento per orientare l'intervento sui bisogni individuati.

Pertanto, si può affermare che la nascita della *My Mind Star* mette in evidenza alcuni dei suoi elementi distintivi come l'attenzione ai bisogni psicologici emergenti in adolescenza, la costruzione partecipata, la centralità del linguaggio e dell'esperienza dei giovani, la funzione insieme valutativa e operativa dello strumento e la scelta di una struttura pensata per favorire comprensione, confronto e progettazione. Proprio questi elementi mostrano che non è soltanto uno strumento pratico per organizzare il lavoro dei servizi, ma anche l'espressione di una precisa idea di salute mentale giovanile, di cambiamento e di relazione tra professionista e giovane.

3.2. Presupposti teorici di riferimento

I presupposti teorici della *My Mind Star* si comprendono meglio se lo strumento viene collocato nel punto di incontro tra il modello generale delle *Outcomes Star* e la letteratura più recente sul benessere mentale in adolescenza. Come avviene per le altre stelle, anche in questo caso il cambiamento non viene ridotto alla sola attenuazione del sintomo, ma viene pensato come

processo che coinvolge la persona nel suo insieme e nella sua relazione con il contesto di vita. In questa prospettiva, la salute mentale giovanile viene letta in termini più ampi di funzionamento, partecipazione, qualità delle relazioni, possibilità di dare significato alla propria esperienza e costruzione di traiettorie di vita realistiche e desiderabili (MacKeith et al., 2019).

Nel caso degli adolescenti, tuttavia, tale impostazione deve essere rielaborata alla luce delle specificità dello sviluppo. La letteratura insiste infatti sul fatto che la *Recovery* in età giovanile non possa essere semplicemente descritta attraverso categorie derivate dal mondo adulto, perché prende forma in una fase della vita segnata da trasformazione identitaria, dipendenza relativa dagli adulti, forte rilevanza del gruppo dei pari e stretta interazione tra salute mentale, famiglia, scuola, relazioni e uso del tempo. In questo senso, i modelli di *Recovery* rivolti ai giovani devono riconoscere il carattere evolutivo, relazionale e contestuale dell'esperienza, evitando sia una lettura esclusivamente clinica sia una concezione astratta del benessere (Naughton et al., 2018; Ballesteros-Urpi et al., 2019; Rayner et al., 2018).

Un secondo presupposto centrale riguarda la partecipazione attiva del giovane. Nella *My Mind Star* il ragazzo o la ragazza non viene considerato come destinatario passivo di una valutazione, ma come interlocutore coinvolto nella comprensione della propria situazione e nella definizione delle priorità di lavoro. Questa scelta è coerente sia con l'approccio delle *Outcomes Star*, fondata sulla compilazione collaborativa e sulla costruzione di una prospettiva condivisa, sia con la letteratura che evidenzia, in ambito adolescenziale, l'importanza di relazioni fondate su fiducia, comunicazione comprensibile, ascolto reciproco e possibilità effettiva di incidere sulle decisioni. Le sintesi più recenti mostrano infatti che il coinvolgimento degli adolescenti nei trattamenti e nella progettazione dei servizi può favorire maggiore motivazione, maggiore rilevanza del percorso e migliori esiti percepiti, a condizione che sia sostenuto da contesti organizzativi adeguati e da professionisti in grado di facilitare realmente tale partecipazione (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2019; Viksveen et al., 2024).

A questo si collega un orientamento chiaramente centrato sulle risorse, la *My Mind Star* si costruisce a partire da ciò che il giovane possiede, sa già attivare o può progressivamente sviluppare. Il rapporto di sviluppo dello strumento evidenzia, infatti, sul fatto che le scale siano costruite sulla base di ciò che la persona può cambiare, e non solo sulla gravità dei problemi o delle circostanze in cui si trova. Tale impostazione è particolarmente significativa in adolescenza, perché

permette di evitare una lettura centrata esclusivamente sulle difficoltà e di sostenere invece una visione del cambiamento come processo che può partire anche da competenze, relazioni, interessi e possibilità già presenti, seppure in forma fragile o parziale (MacKeith et al., 2019; Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2019).

Un ulteriore presupposto teorico riguarda il rapporto tra benessere mentale e contesto sociale. La *Recovery*, soprattutto in adolescenza, non si gioca soltanto nello spazio interno della persona, ma nel legame con l'ambiente di vita, con le opportunità concrete disponibili, con le relazioni significative e con le condizioni che rendono possibile o difficile il cambiamento. Le ricerche mostrano che i processi di *Recovery* giovanile si sviluppano dentro una cornice contestuale, nella quale fattori personali, relazionali, sistemici e sociali interagiscono continuamente. Ciò spiega perché la *My Mind Star* dia rilievo non solo a dimensioni emotive e soggettive, ma anche ad aspetti legati alla casa, alla scuola, alle relazioni, all'uso del tempo e alla possibilità di sentirsi collocati in un contesto che offra sostegno e margini di crescita (Rayner et al., 2018; Ballesteros-Urpi et al., 2019).

In sintesi, i presupposti teorici della *My Mind Star* si fondano su una visione della salute mentale giovanile che tiene insieme soggettività, sviluppo, relazione, risorse e contesto. È proprio a partire da questa impostazione che si comprende la struttura dello strumento, che non una griglia di rilevazione, ma una configurazione di aree e fasi del cambiamento pensata per rendere leggibile il percorso del giovane in una forma accessibile, condivisibile e operativamente utile. Da qui diventa quindi possibile passare all'analisi della struttura della *My Mind Star* e dei domini che la compongono.

3.3. Struttura dello strumento e analisi dei domini

La *My Mind Star* comprende diversi supporti integrati: il grafico della stella con note e piano d'azione, la guida per l'utente con scale visive sintetiche e descrizioni più estese, le *flashcard* illustrate, *flashcard* del percorso del cambiamento, la guida per gli operatori e, infine, una

piattaforma web per la compilazione online. Questa articolazione mostra che lo strumento non sia stato pensato come una prova standardizzata da somministrare in modo rigido, ma come un insieme di materiali destinati a sostenere la conversazione, la pianificazione del supporto e riflessione condivisa (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2019).

La struttura dello strumento si basa su sette aree rappresentate graficamente in forma di stella e lette attraverso un percorso del cambiamento in cinque fasi. Proprio la forma grafica svolge una funzione importante di mediazione, rendendo il percorso visibile, aiutando a mettere a fuoco ciò che sta accadendo e facilitando la costruzione di un linguaggio comune tra giovane e operatore. Le cinque fasi del percorso del cambiamento sono: “*bloccato o in pericolo*”, “*parlarne, crederci e agire*”, “*apprendere*” e “*farcela*”; inoltre, il giovane può iniziare da qualsiasi area e il movimento lungo le scale non è necessariamente lineare (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2019).

Invece le sette aree sono: “*sentimenti ed emozioni*”, “*stile di vita sano*”, “*dove vivi*”, “*amicizie e relazioni*”, “*scuola, formazione e lavoro*”, “*come usi il tuo tempo*” e “*autostima*”. Nel loro insieme, esse mostrano che lo strumento non separa il benessere psicologico dalla vita quotidiana, ma lo legge nel rapporto tra esperienza emotiva, contesti relazionali, abitudini, luoghi di vita e possibilità di sviluppo. La scelta dei domini rende evidente una concezione ampia della salute mentale giovanile, nella quale il disagio non è isolato entro una sola dimensione clinica, ma viene compreso all’interno dell’esperienza complessiva del ragazzo o della ragazza (MacKeith et al., 2019; Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2019)

L’area dei “*sentimenti ed emozioni*” riguarda il modo in cui il giovane vive e affronta il proprio mondo emotivo. Si associa alla possibilità di riconoscere pensieri e vissuti difficili, di trovare modi più utili per stare meglio e, se necessario, di accedere a sostegni o trattamenti adeguati (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2019). La scala non si limita quindi a “registrare” la presenza di ansia, tristezza, rabbia o confusione, ma prova a rendere osservabile il passaggio da una condizione di chiusura o sopraffazione a una maggiore capacità di nominare ciò che si prova, chiedere aiuto e imparare a gestire in modo più efficace la propria salute mentale

Lo “*stile di vita sano*” mette in relazione il benessere psicologico con le abitudini quotidiane. In questa area rientrano il sonno, l’alimentazione, il movimento, la cura della salute fisica e, più in generale, quelle routine che possono sostenere oppure ostacolare l’equilibrio emotivo. Non si tratta di una lettura moralistica dei comportamenti, ma di uno spazio in cui

comprendere se e come il giovane riesce a costruire condizioni di vita che lo aiutino a stare meglio, anche attraverso piccoli cambiamenti dello stile di vita (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, n.d.b).

L'area "*dove vivi*" denota una particolarità rispetto alle altre aree; infatti, il percorso di cambiamento non riguarda solo l'azione che il giovane può ipotizzare per migliorare la situazione, ma evidenzia la stabilità che gli viene garantita dall'ambiente familiare o dalle persone con cui vive. L'area comprende la presenza di una vita domestica sufficientemente stabile, la sicurezza, una routine positiva e la disponibilità delle condizioni di base necessarie per stare bene. La formulazione scelta rende lo strumento più inclusivo e meno vincolato a un'idea unica di famiglia, lasciando spazio a situazioni abitative differenti (Triangle Consulting Social Enterprise, 2019).

L'area "*amicizie e relazioni*" riconosce che nell'adolescenza il benessere psicologico si costruisce anche attraverso il rapporto con i pari, con gli adulti significativi e con le forme di appartenenza sociale. Questo dominio consente di esplorare non solo la presenza di legami di sostegno, fiducia e reciprocità, ma anche eventuali situazioni di isolamento, conflitto, dipendenza relazionale, bullismo o sfruttamento. In questo senso, la scala non guarda semplicemente al numero di relazioni presenti, ma alla loro qualità e alla possibilità che esse costituiscano per il giovane una fonte di protezione oppure, al contrario, un ambito di vulnerabilità (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2019).

L'area "*scuola, formazione e lavoro*" collega il benessere mentale ai compiti evolutivi e al rapporto con il futuro. Non si tratta soltanto di rilevare il rendimento scolastico o la presenza di un'attività formativa, ma di comprendere come il giovane viva questi contesti, quale senso di competenza o di fallimento sperimenti e quanto essi incidano sulla costruzione della propria progettualità. Questa può essere una delle aree più concrete da cui iniziare la discussione, proprio perché spesso permette ai ragazzi di partire da aspetti riconoscibili della propria esperienza (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2019). MacKeith et al. (2019), nel report di sviluppo dello strumento, aggiungono che in questa scala possono emergere anche questioni legate alla sicurezza, ad esempio quando il giovane non si sente al sicuro a scuola per esperienze di bullismo o discriminazione, mostrando così quanto apprendimento, appartenenza e benessere siano strettamente intrecciati.

Il dominio “*come usi il tuo tempo*” amplia ulteriormente la lettura della quotidianità. Il suo focus non si limita alla presenza di attività strutturate o socialmente riconosciute, ma riguarda il modo in cui il giovane vive il proprio tempo, ciò che sceglie di fare, ciò che evita e il significato che attribuisce alle sue giornate. In questo senso, come usi il tuo tempo non descrive soltanto il tempo libero, ma restituisce la quotidianità come uno spazio in cui si intrecciano partecipazione, appartenenza e possibilità di cambiamento (MacKeith et al., 2019; Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2019).

Infine, “*l’autostima*” assume una funzione trasversale di particolare rilevanza, perché il modo in cui il giovane percepisce sé stesso condiziona profondamente il rapporto con le relazioni, con l’apprendimento, con il corpo e con il futuro. La *My Mind Star* si focalizza sull’autostima, lasciando emergere il tema dell’identità in modo più aperto e distribuito anche in altre aree. Perciò, non viene trattata come tratto fisso o etichetta, ma come dimensione dinamica, che può essere esplorata e sostenuta nel tempo attraverso il dialogo e la costruzione condivisa del percorso (MacKeith et al., 2019; Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2019).

Inoltre, la logica della *My Mind Star* non si esaurisce nella compilazione delle scale. Una volta completata la stella, la forma che emerge deve diventare la base per la discussione, per l’individuazione delle priorità e per la costruzione del piano di sostegno. Le diverse fasi del percorso del cambiamento orientano anche gli obiettivi del lavoro: nelle situazioni più critiche l’attenzione è posta sulla sicurezza, sull’informazione e sulla costruzione della fiducia; nelle fasi intermedie si lavora sulla possibilità di agire, di sperimentare e di riconoscere ciò che aiuta; nelle fasi più avanzate l’accento si sposta invece sul consolidamento, sul rafforzamento delle reti di supporto e sulla capacità di riconoscere eventuali segnali di difficoltà futura. In questo senso, la struttura dello strumento non ha solo una funzione descrittiva, ma costituisce anche l’ossatura del lavoro progettuale con il giovane (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2019).

In aggiunta, per concludere, si sottolinea che lo strumento è pensato per essere ricompilato periodicamente durante il percorso. La possibilità di confrontare nel tempo le diverse configurazioni della stella permette di rendere visibili i cambiamenti, di riconoscere i progressi compiuti e di ridefinire gli obiettivi successivi. Proprio questa integrazione tra rappresentazione grafica, lettura condivisa e pianificazione del supporto spiega perché la sua struttura non possa essere considerata un semplice contenitore di domini, ma debba essere letta come una vera e propria

architettura di lavoro, costruita per sostenere il dialogo, l'orientamento e il monitoraggio del percorso del giovane (Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2019).

3.4. Differenze e continuità con la *Recovery Star*

La relazione tra *My Mind Star* e *Recovery Star* è caratterizzata da una chiara continuità di impianto, ma anche da differenze rilevanti. La continuità riguarda soprattutto l'approccio generale delle *Outcomes Star*: centralità della persona, integrazione tra valutazione e sostegno, orientamento alle risorse, costruzione condivisa del percorso e uso di una rappresentazione visiva per facilitare la comprensione del cambiamento. Ugualmente nella *My Mind Star* la valutazione non è separata dal lavoro di aiuto, ma ne costituisce una parte; perciò, il senso dello strumento è sostenere un processo di lettura condivisa che renda possibile l'azione e la costruzione del proprio percorso di vita (MacKeith et al., 2019; Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2019).

La prima differenza riguarda però il destinatario e, di conseguenza, il modo in cui la *Recovery* viene tradotta operativamente. Il report dello sviluppo, di MacKeith et al. (2019), chiarisce in modo esplicito che la *My Mind Star* non è stata concepita come un semplice adattamento della *Recovery Star* a una fascia d'età più giovane. Pur conoscendo già la *Recovery Star*, i promotori la ritenevano non adeguata al lavoro con adolescenti e giovani, e proprio da questa valutazione nacque la decisione di costruire un nuovo strumento. Tale scelta appare coerente anche con Ballesteros-Urpi et al. (2019), che sottolinea come la *Recovery* non possa essere descritta mediante categorie derivate direttamente dal mondo adulto, perché nell'adolescenza il benessere mentale si costruisce entro processi di sviluppo ancora aperti, in stretta relazione con famiglia, pari, scuola, identità e appartenenza sociale.

Una seconda differenza fondamentale riguarda il percorso del cambiamento, nel quale si conserva l'idea di una progressione per fasi, ma si modifica il linguaggio e, in parte, il significato. Nella *Recovery Star* una delle fasi centrali è definita dall'accettazione dell'aiuto; nella *My Mind Star*, invece, questa viene riformulata come parlarne, poiché per molti adolescenti il primo passaggio consiste nella possibilità di nominare la propria difficoltà e condividerla con qualcuno ritenuto affidabile (MacKeith et al., 2019; Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2019).

Una terza differenza riguarda la scala del percorso del cambiamento e le aree, poiché lo strumento utilizza una struttura a cinque punti per la scala del cambiamento e sette aree di intervento. Si tratta di una scelta che mira a semplificare la comprensione e a ridurre il rischio che lo strumento venga percepito come tecnico, rigido o eccessivamente valutativo e cercando di riformulare i domini in modo più aderente alla condizione giovanile. Pur mantenendo temi centrali come relazioni, rapporto con sé e benessere psicologico, lo strumento le modifica per renderle più coerenti con l'adolescenza (MacKeith et al., 2019; Triangle Consulting Social Enterprise Ltd, 2019).

In entrambi i casi, lo strumento serve a rendere più leggibile un percorso di cambiamento che coinvolge la persona nella sua interezza e a costruire, attraverso la compilazione congiunta, una base per la definizione condivisa delle priorità. Tuttavia, nel caso della *My Mind Star* questa logica viene adattata a una fase della vita nella quale il benessere mentale si intreccia in modo particolarmente stretto con altri elementi della vita dell'adolescente. La sua specificità consiste quindi nel mantenere l'approccio relazionale e collaborativo delle *Outcomes Star*, traducendolo però in una forma maggiormente coerente con l'adolescenza, con l'intervento precoce e con una concezione della *Recovery* che, nei giovani, assume inevitabilmente una dimensione evolutiva e contestuale (MacKeith et al., 2019; Ballesteros-Urpi et al., 2019; Viksveen et al. 2024).

Proprio questa combinazione di continuità e rielaborazione spiega perché la *My Mind Star* non possa essere valutata soltanto come una variante della *Recovery Star*, ma richieda di essere considerata anche alla luce delle evidenze scientifiche specifiche che ne hanno accompagnato lo sviluppo e l'utilizzo. Da qui diventa quindi possibile passare all'analisi degli studi presenti e delle evidenze empiriche disponibili sullo strumento.

3.5. Evidenze scientifiche e studi presenti

Le evidenze oggi disponibili sulla *My Mind Star* risultano ancora relativamente contenute e distribuite in modo non uniforme tra documenti di sviluppo, analisi psicometriche prodotte dagli

autori dello strumento, valutazioni d'uso in programmi applicativi e studi più ampi sulla *Recovery* in adolescenza. Questo dato non è marginale, perché la letteratura internazionale continua a segnalare che il tema della *Recovery personale* per i giovani è molto meno consolidato rispetto al mondo adulto e che, anche quando il lessico della *Recovery* entra nei servizi per minori e giovani, la sua traduzione pratica rimane spesso parziale o poco esplicitata. In questo senso, lo strumento si colloca in un campo ancora in via di consolidamento teorico e metodologico (Naughton et al., 2018; Reid et al., 2024).

Per quanto riguarda le evidenze direttamente riferite allo strumento, un primo livello è rappresentato dai dati raccolti durante la fase di sviluppo e sperimentazione iniziale. I risultati mostrano segnali incoraggianti sia sul piano dell'accettabilità sia su quello delle proprietà psicometriche iniziali: il 94% dei giovani dichiarò che le scale li aiutavano a descrivere la propria situazione in quel momento, l'85% riferì che lo strumento li aiutava a comprendere meglio il sostegno di cui avevano bisogno, e il 73% degli operatori ritenne che la *My Mind Star* aprisse conversazioni migliori con i giovani. Sul piano statistico emersero segnali positivi, con una buona consistenza interna, una struttura unidimensionale e una sensibilità al cambiamento da piccola a media (MacKeith et al., 2019). Si tratta di risultati preliminari, ma significativi, perché suggeriscono che lo strumento fosse già in grado, nelle prime fasi, di combinare leggibilità, utilità conversazionale e una base di robustezza metodologica.

Inoltre, la scheda psicometrica di Good (2023), è stata condotta su dati raccolti routinariamente da una pluralità di organizzazioni e comprende 1308 utenti con una seconda rilevazione disponibile. I risultati indicano una struttura unidimensionale, una consistenza interna molto buona e una positiva capacità di cogliere il cambiamento nel tempo. Gli incrementi risultano statisticamente significativi in tutte le sette aree, con effetti particolarmente evidenti per sentimenti ed emozioni e autostima. Pur trattandosi di un'analisi prodotta nell'ambito dello stesso gruppo che ha sviluppato lo strumento, questi risultati offrono una base empirica più ampia e metodologicamente più solida rispetto a quella disponibile nella fase pilota.

In aggiunta, una conferma importante della spendibilità pratica dello strumento emerge poi dal programma HeadStart Kernow, in cui la *My Mind Star* venne utilizzata in un contesto di prevenzione e intervento precoce, coinvolgendo attivamente i giovani, i quali parteciparono alla messa a punto della stella, offrendo osservazioni sulle misure adottate, sul linguaggio e sulle

modalità di presentazione. Oltre a ciò, si sottolinea che la Star risultò utile non solo per rilevare il cambiamento, ma anche per sostenerlo, poiché funzionava contemporaneamente come supporto alla conversazione e come base per focalizzare l'intervento sui bisogni individuali (HeadStart Kernow, 2022). Questa fonte evidenzia che lo strumento è stato ritenuto utilizzabile e significativo in un contesto reale di lavoro con i giovani.

Un'ulteriore indicazione, seppure ancora preliminare, proviene da uno studio osservazionale più recente condotto in Australia sul programma *Human Nature*, intervento relazionale e informato sul trauma in contesti rurali non clinici. In quel lavoro, che utilizza la *My Mind Star* insieme a una misura sintetica di benessere psicologico, sono stati osservati miglioramenti statisticamente significativi in tutte le sette aree dello strumento, con incrementi più marcati nell'autostima, nell'uso positivo del tempo e nell'impegno scolastico o formativo. Questo indica che lo strumento può essere impiegato efficacemente anche fuori dai setting clinici tradizionali, in programmi flessibili e territoriali rivolti a giovani in condizioni di vulnerabilità. Va tuttavia precisato che questo contributo, ha carattere preliminare e richiede quindi una lettura prudente, in attesa di ulteriori conferme (Snowdon et al., 2025).

Se si allarga lo sguardo oltre la *My Mind Star* in senso stretto, emerge un quadro coerente ma ancora giovane. Lo studio di John et al. (2015) sulla costruzione di misure di *Recovery* per bambini e adolescenti in servizi specialistici mostrava già, oltre dieci anni fa, che i processi di *Recovery* nei giovani possono essere misurati in modo distinto dai sintomi e che queste misure si correlano con l'autostima e il benessere. In altre parole, le dimensioni soggettive non coincidono semplicemente con il miglioramento clinico, pur essendo in relazione con esso.

Su un piano più concettuale, la revisione di Naughton et al. (2018) ha mostrato che le componenti classiche della *Recovery personale* risultano in larga parte pertinenti anche per bambini e adolescenti, pur richiedendo adattamenti legati allo sviluppo e al ruolo della famiglia. In modo analogo, Rayner et al. (2018) hanno proposto un modello di *Recovery* adolescenziale inserendo il peso del contesto, mostrando che nei giovani il recupero personale si costruisce nel rapporto tra fattori personali, sistemi di cura, relazioni e condizioni sociali più ampie, e non può quindi essere letto solo in chiave individuale.

Anche le ricerche sulle pratiche di coinvolgimento degli adolescenti nei servizi offrono un sostegno indiretto alla logica della *My Mind Star*. La revisione sistematica di Viksveen et al. (2024)

evidenzia che il coinvolgimento reale dei giovani negli interventi e nella progettazione dei servizi è associato a un aumento della motivazione, maggiore continuità nel percorso, migliore comprensione del problema, più fiducia e più forte coinvolgimento decisionale; gli autori insistono inoltre sull'importanza di comunicazione bidirezionale, fiducia e decisione condivisa. Conformemente, Kaplan e Racussen (2013) evidenziano il valore di incontri rispettosi e collaborativi anche nei contesti di crisi adolescenziale.

Concludendo, la *My Mind Star* dispone di segnali incoraggianti sul piano dell'accettabilità, della coerenza interna e della sensibilità al cambiamento, e mostra una buona coerenza con quanto la letteratura più ampia indica come rilevante nella *Recovery* adolescenziale, come lo sono la centralità della soggettività, la partecipazione attiva, l'attenzione alle risorse, l'importanza del contesto e la funzione orientativa della relazione con i servizi. Restano tuttavia alcuni limiti non trascurabili, in quanto molte delle evidenze più specifiche provengono ancora dagli sviluppatori o da contesti applicativi strettamente connessi al progetto originario, gli studi indipendenti sono discreti. Per questo motivo, più che parlare di uno strumento già pienamente consolidato, sembra più corretto considerare la *My Mind Star* come un dispositivo promettente, sostenuto da primi dati favorevoli ma ancora bisognoso di ulteriori verifiche, specialmente nei diversi contesti culturali e organizzativi in cui potrebbe essere impiegato (Good, 2023; Reid et al., 2024; Viksveen et al., 2024).

CAPITOLO IV – Il progetto “VOICE”: un’esperienza bresciana

Dopo aver approfondito nei capitoli precedenti la cornice teorica della *Recovery*, le caratteristiche della *My Mind Star* e le sue possibili applicazioni nel lavoro con adolescenti e giovani, appare utile spostare l’attenzione su una esperienza territoriale concreta, capace di mostrare come tali riferimenti possano tradursi in pratiche situate. In questa prospettiva, il progetto VOICE rappresenta un caso particolarmente significativo, poiché si sviluppa nel contesto bresciano come risposta a un disagio psico-emotivo e relazionale sempre più evidente tra preadolescenti e adolescenti, ma viene costruito fin dall’inizio attraverso una logica di rete, di integrazione sociosanitaria e di coprogettazione tra soggetti del Terzo Settore, servizi territoriali, scuola e neuropsichiatria infantile. Il progetto si colloca, dunque, dentro un quadro locale nel quale la programmazione sociale attribuisce un ruolo crescente al raccordo tra istituzioni, enti del privato sociale e comunità educante, individuando nella collaborazione stabile tra attori diversi una condizione necessaria per affrontare bisogni complessi e in rapido mutamento (ATS Brescia, 2025; Il Calabrone et al., 2022a).

La rilevanza di VOICE, in relazione al tema della presente tesi, non consiste soltanto nel fatto che esso si rivolga alla salute mentale adolescenziale, ma nel modo in cui prova a rispondere a tale ambito: non limitandosi alla presa in carico del sintomo conclamato, bensì cercando di intercettare precocemente i segnali di sofferenza, di lavorare sulle risorse dei ragazzi e delle loro famiglie e di costruire contesti di sostegno più accessibili e meno stigmatizzanti. Proprio per questo, il progetto offre una cornice utile per osservare come strumenti partecipativi e *recovery-oriented* possano essere inseriti dentro un impianto più ampio, orientato non solo al contenimento del disagio, ma anche al sostegno di percorsi di crescita, consapevolezza e progettualità personale. In tale senso, l’esperienza bresciana di VOICE costituisce un terreno privilegiato per interrogare la funzione della *My Mind Star* non semplicemente come dispositivo valutativo e possibile mediatore

nella costruzione del progetto di vita dell'adolescente (Il Calabrone et al., 2022a; Il Calabrone et al., 2022b).

4.1. Il progetto

Il progetto VOICE nasce all'interno del bando Attenta-mente di Fondazione Cariplo ed è stato pensato come intervento di durata medio-breve ma ad alta intensità progettuale, con uno sviluppo previsto tra novembre 2022 e giugno 2024, per un totale di 20 mesi. L'ente capofila è stato la cooperativa sociale Il Calabrone, affiancata da Fraternità Giovani e La Rondine come partner. Attorno a questo nucleo operativo si colloca una rete più ampia di collaboratori territoriali che comprende: l'Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza degli Spedali Civili di Brescia, l'IRCCS Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, il Centro Oratori Bresciani e gli Ambiti distrettuali 1, 2 e 3 dell'area bresciana (Il Calabrone et al., 2022b).

Il progetto VOICE si presenta fin dalla sua origine come un dispositivo di raccordo tra attori diversi, collocati all'incrocio tra sanitario, sociale, educativo e comunitario. Infatti, uno dei suoi principali punti di forza risiede nella stretta connessione tra pubblico e privato e tra sociale e sanitario, resa possibile dalla presenza di professionalità specialistiche e di sedi distribuite. In questo senso, VOICE non si limita ad aggiungere un servizio, ma prova a costruire una risposta integrata a bisogni emergenti nel territorio (ATS Brescia, 2025; Il Calabrone et al., 2022a).

L'emergere di VOICE va collocato entro un panorama più ampio di crescente fragilità della popolazione adolescenziale. I documenti di progetto richiamano l'aumento dei disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva, l'incremento degli accessi dei minorenni al pronto soccorso per motivi neuropsichiatrici e la crescita di fenomeni quali ideazione suicidaria, depressione, disturbi alimentari e comportamenti autolesivi. In questa lettura, la pandemia un fattore che ha aggravato tensioni già presenti, rendendo più visibile una sofferenza che gli operatori del territorio percepivano da tempo (Il Calabrone et al., 2022a; Il Calabrone et al., 2022b; Zorat, 2025).

A partire da questo quadro, secondo il testo di Il Calabrone et al. (2022a) VOICE assume come presupposto che la salute mentale adolescenziale non possa essere affrontata soltanto quando il disagio è già conclamato o quando l'urgenza impone il ricorso ai servizi specialistici. Il progetto si colloca invece in quello spazio intermedio in cui i segnali di sofferenza sono già presenti, ma non hanno ancora trovato una lettura condivisa o una risposta adeguata. Per questa ragione, la sua finalità coincide con la costruzione di una filiera di interventi capace di agire dall'intercettazione precoce fino all'accompagnamento delle situazioni più complesse.

L'idea progettuale si sviluppa lungo una linea di continuum articolata in tre livelli di risposta. Il primo riguarda gli interventi tempestivi territoriali all'insorgere del bisogno e punta a rafforzare la capacità del mondo adulto di riconoscere i segnali precoci di sofferenza, attivare prese in carico psico-socio-educative e procedure per la gestione di situazioni di crisi in ambito scolastico. Il secondo livello comprende interventi abilitativi ambulatoriali per situazioni di disagio non ancora strutturate in un quadro psicopatologico conclamato, promuovendo la presa in carico neuropsichiatrica e psicologica, il sostegno alla famiglia, la consulenza specialistica e percorsi specialistici e laboratori tra i pari. Il terzo riguarda invece gli interventi di identificazione, contenimento ed accompagnamento di situazione psicopatologiche complesse, per le quali sono previsti interventi specialistici di identificazione, contenimento e accompagnamento verso altri servizi, *parent training* e *Family Connection* (Il Calabrone et al., 2022a).

Gli obiettivi generali del progetto sono coerenti con questa impostazione. Il Calabrone et al. (2022a) li organizza attorno ad alcune parole chiave come l'intercettazione precoce, la tempestività nella segnalazione, il raccordo tra enti, l'approccio integrato di comunità, e l'analisi, valutazione e modellizzazione degli interventi. In altri termini, VOICE intende aumentare la capacità di adulti, scuole, associazioni e contesti educativi di riconoscere la vulnerabilità all'emergere dei primi segnali, attivare risposte tempestive, strutturare una rete territoriale stabile e produrre conoscenze utili a rimodulare e consolidare le prassi più efficaci (Il Calabrone et al., 2022b).

Gli obiettivi specifici traducono questa cornice in azioni più puntuali. Tra essi compaiono l'attivazione di uno spazio di ascolto con un tempo massimo di attesa di 15 giorni per il primo colloquio, l'individuazione condivisa di strumenti per affrontare ansia, stress, fobie, rabbia e comportamenti autolesivi, il sostegno nelle esperienze relazionali, l'orientamento verso percorsi

specialistici adeguati al bisogno e il rafforzamento dell'autoefficacia di genitori e insegnanti, svolgere formazioni e consulenza per genitori, insegnanti ed educatori attivi in contesti giovanili per individuare precocemente le situazioni di rischio, e informare e formare le figure di riferimento del giovane (Il Calabrone et al., 2022b).

I beneficiari diretti del progetto sono stati ragazzi e ragazze tra i 10 e i 18 anni, con le loro famiglie, che presentavano stati d'ansia, attacchi di panico, fobie, fragilità emotivo-relazionali, agiti auto o etero lesivi, ritiro sociale e disturbi psicopatologici. La stima iniziale era quella di intercettare 150 preadolescenti e adolescenti con i rispettivi nuclei familiari. Accanto a loro, il progetto individua una platea ampia di beneficiari indiretti: scuole, insegnanti, personale scolastico, oratori, associazionismo sportivo ed educativo, operatori educativi e socio-sanitari. In questo modo, è emerso così un impianto che lavorava sul singolo adolescente e anche sui contesti nei quali il disagio prende forma e può essere riconosciuto più precocemente (Il Calabrone et al., 2022a).

Un aspetto particolarmente rilevante è il ruolo assegnato alla comunità educante, di fatto, secondo Il Calabrone et al. (2022b) l'intervento, oltre ad offrire sostegni individuali, mira a costruire una rete di adulti e contesti capaci di cogliere i campanelli d'allarme nei diversi luoghi di vita del minore: famiglia, scuola, oratorio, sport e servizi di primo accesso. Questo orientamento risulta coerente con il quadro delineato dal Piano di Zona — in cui viene inserito anche il progetto VOICE — che insiste sulla programmazione condivisa, sul lavoro di rete tra servizi territoriali, Terzo Settore e volontariato e sul rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria (ATS Brescia, 2025).

Il carattere territoriale del progetto è stato rafforzato anche dalla distribuzione dei suoi hub e dalla scelta di appoggiarsi alle sedi degli Ambiti 1, 2 e 3. La presenza di punti operativi a Brescia, Gussago e Castenedolo risponde all'esigenza di garantire una accessibilità più diffusa e di non concentrare l'intervento in un unico polo (Il Calabrone et al., 2022a). Inoltre, nell'articolo di Zorat (2025) si sottolinea la correlazione tra la distanza dalla città di Brescia e la non continuità del percorso, emergendo la necessità della distribuzione nel territorio. Anche l'attenzione all'accessibilità economica compare tra gli obiettivi del progetto, che richiama esplicitamente la necessità di favorire pari opportunità di accesso alle cure e ai servizi indipendentemente dalla condizione socio-economica (Il Calabrone et al., 2022a).

Un elemento particolarmente significativo è che il progetto prevedeva per la fascia 16–18 anni un coinvolgimento specifico dei ragazzi “più grandi” nella costruzione del proprio percorso di aiuto attraverso la *Mental Health Recoveri Star*. Questa scelta introduce nel progetto un asse che va oltre la semplice risposta al sintomo e apre alla possibilità di lavorare sulla consapevolezza, sulla definizione degli obiettivi e sulla responsabilizzazione del giovane. Per questo motivo, VOICE non può essere letto solo come un progetto di sostegno o di prevenzione, ma anche come un contesto nel quale diventa possibile sperimentare strumenti capaci di accompagnare l’adolescente nella costruzione di un percorso personale più leggibile e più condiviso (Il Calabrone et al., 2022b).

Nel suo insieme, dunque, VOICE si presenta come un progetto che prova a tenere insieme tre dimensioni: la risposta a un’emergenza territoriale crescente, la costruzione di una rete integrata tra soggetti diversi e la sperimentazione di pratiche capaci di coinvolgere adolescenti e famiglie in modo più attivo. È proprio su questa articolazione che si fonda la sua specificità: non un servizio specialistico aggiuntivo, né un intervento genericamente educativo, ma un dispositivo territoriale che prova a mettere in comunicazione prevenzione, aggancio precoce, presa in carico flessibile, sostegno familiare e strumenti di partecipazione del giovane. Da qui si può passare al punto successivo, dedicato alla realizzazione concreta del progetto, cioè al modo in cui questa architettura è stata organizzata e resa operativa nel territorio bresciano.

4.2. La realizzazione del progetto

La realizzazione di VOICE è stata impostata in modo da tenere insieme rapidità di risposta, integrazione tra competenze diverse e presidio costante dell’andamento progettuale. Secondo il Calabrone, et al. (2022a) il problema da affrontare consiste nella difficoltà del sistema sociosanitario di intercettare le situazioni prima che risultino già compromesse, in un contesto segnato dall’aumento degli accessi al pronto soccorso e dalla dilatazione dei tempi di attesa nei servizi di neuropsichiatria infantile. Per questo motivo, la realizzazione del progetto è stata

organizzata secondo una struttura capace di coniugare visione, coordinamento e operatività territoriale.

Di conseguenza, la governance del progetto si è articolata su tre livelli. Il primo costituito dalla cabina di regia, composta dai referenti istituzionali delle cooperative promotrici, con il compito di presidiare l'andamento generale del progetto e di verificare la coerenza dei processi con la strategia definita. Questo livello organizzativo si avvaleva di un'agenda digitale, di un cronoprogramma puntuale e di momenti di monitoraggio periodico, così da consentire aggiustamenti in tempo reale e un confronto costante con gli stakeholder (Il Calabrone et al., 2022a).

Il secondo livello è rappresentato dal coordinamento tecnico-scientifico, formato dal responsabile di progetto, dai referenti delle équipes multidisciplinari, dalla rete territoriale e dall'ente di valutazione. A questo organismo è stata affidata la funzione di valutare l'efficacia dei metodi e degli strumenti utilizzati e di supportare la cabina di regia nella gestione tecnica e clinica del progetto. La presenza dell'ente valutatore all'interno di questo livello conferma che la valutazione non viene collocata soltanto alla fine del percorso, ma accompagna l'intero processo realizzativo (Il Calabrone et al., 2022a; Marrocu & Tufexis, 2025).

Il terzo livello è costituito dalle équipes multidisciplinari, descritte come veri e propri snodi operativi diffusi sul territorio. Nel progetto sono stati individuati sei hub, in parte presso sedi proprie delle cooperative e in parte presso sedi degli Ambiti 1, 2 e 3. Questa scelta risponde a una logica di prossimità, poiché mira a rendere più accessibili le azioni e a ridurre la distanza tra bisogno, primo contatto e presa in carico (Il Calabrone et al., 2022a).

Il progetto è stato articolato poi in un quadro sinottico di azioni organizzate lungo un continuum. La prima area riguarda la sensibilizzazione, formazione e consulenza. In questa sezione rientrano incontri informativi e formativi nelle scuole secondarie di primo e secondo grado, attività rivolte ai docenti, azioni di sensibilizzazione territoriale e alla comunità educante, sportelli su appuntamento e definizione di procedure standardizzate per la gestione delle crisi in ambito scolastico. Si tratta, quindi, di un primo livello fortemente orientato all'intercettazione precoce e al rafforzamento della capacità di riconoscimento del disagio (Il Calabrone et al., 2022a).

Inoltre, Il Calabrone et al. (2022a) precisa che questa prima macroarea si sviluppa con il coinvolgimento di educatori professionali, terapisti della riabilitazione psichiatrica, psicologi,

psicoterapeuti e neuropsichiatri o psichiatri. I beneficiari indicati sono genitori, insegnanti, assistenti sociali ed educatori degli oratori. Tra i risultati attesi del progetto erano la formazione di figure “sentinella” nelle scuole, l’incremento dei fattori protettivi e la riduzione dell’impatto dei fattori di rischio.

Un secondo asse della realizzazione riguarda gli interventi abilitativi ambulatoriali individualizzati o in piccoli gruppi, rivolti in particolare a situazioni non ancora strutturate in un quadro psicopatologico conclamato, con particolare attenzione alla fascia 11–13 anni, indicata come poco coperta da risposte specialistiche dedicate sul territorio. In questa area rientrano la consulenza educativa e psicologica ai genitori, i colloqui di sostegno alla coppia genitoriale, i colloqui psicologici o psicoterapici per i ragazzi, i laboratori educativi ed esperienziali e il parent training (Il Calabrone et al., 2022a).

I laboratori previsti in questa seconda area comprendono attività di gruppo e percorsi relazionali tra pari, come arteterapia, musicoterapia, attività all’aperto, fotografia e scrittura creativa. La tabella progettuale attribuisce a questi interventi obiettivi precisi: aumento delle capacità relazionali ed espressive, miglioramento delle competenze nella gestione delle emozioni e incremento del protagonismo dei beneficiari nel percorso di aiuto. In questo modo, la realizzazione del progetto mostra di considerare il disagio non solo come sintomo da contenere, ma anche come esperienza che richiede spazi di riattivazione, espressione e partecipazione (Il Calabrone et al., 2022a).

Secondo Il Calabrone et al. (2022a), il terzo asse riguarda gli interventi specialistici di identificazione, contenimento e accompagnamento delle situazioni psicopatologiche più complesse. In questa area il progetto include colloqui con neuropsichiatra infantile o psichiatra, raccolta di dati osservativi utili alla valutazione psicodiagnostica, attivazione di percorsi di cura più strutturati, interventi terapeutici da remoto per situazioni di forte ritiro sociale, laboratori genitore-figlio e accompagnamento ai servizi specialistici. La tabella progettuale chiarisce che una delle finalità di questi interventi è proprio il raccordo con la NPIA e con i servizi territoriali maggiormente specializzati.

In aggiunta, un posto importante nella realizzazione del progetto è occupato dal sostegno al nucleo familiare. Le azioni del progetto includono colloqui individuali, *Family Connection* (intervento volto a contenere il discontrollo degli impulsi attraverso il lavoro con genitori che si

sentono impotenti di fronte a comportamenti disregolati dei figli), *parent training* e laboratori genitori-figli. Per questo motivo, i genitori sono stati formati alla comprensione e all'accettazione emotiva del figlio in difficoltà, così da potenziare la competenza educativa e affettiva e, insieme, attivare una azione preventiva più ampia nei diversi contesti di vita (Il Calabrone et al., 2022a).

Inoltre, la partecipazione ai gruppi di *Family Connection* è stata pensata anche per coppie di genitori provenienti da territori limitrofi, proprio per ampliare l'efficacia preventiva dell'intervento. Questo dettaglio mostra bene che la realizzazione di VOICE non si limita al lavoro sul singolo caso, ma tenta di rafforzare in modo più diffuso la capacità degli adulti di contenere e regolare situazioni emotivamente complesse. (Il Calabrone et al., 2022a).

Un'altra componente della realizzazione è il sostegno al corpo docente. Il Calabrone et al. (2022a) evidenzia che il progetto prevedeva, appunto, il *teacher training* di gruppo e colloqui di consulenza per la gestione delle singole situazioni. I risultati attesi riguardavano il potenziamento delle abilità di contenimento e gestione dei comportamenti problema e la costruzione di prassi operative replicabili all'interno degli istituti scolastici. Questa azione conferma che la scuola, dentro VOICE, non è trattata soltanto come luogo di emersione del disagio, ma come contesto da sostenere attivamente nella capacità di leggere, contenere e orientare le situazioni critiche.

All'interno di questo quadro, la realizzazione del progetto comprende anche l'azione *Recovery Star* con adolescenti da 16 a 18 anni. L'obiettivo dichiarato è stato sperimentare gli strumenti della *Recovery* con almeno 15 utenti già seguiti da un servizio e almeno 15 giovani non seguiti dai servizi, mostrando come la realizzazione di VOICE abbia tentato di usare tali strumenti in un'ottica di continuità dei percorsi già avviati e come dispositivo di aggancio e di coinvolgimento precoce (Il Calabrone et al., 2022a).

4.3. Lo strumento, come e perché

All'interno di VOICE, il riferimento alla *Recovery* compare in modo esplicito. Questa scelta viene collegata alla possibilità di favorire nei giovani una maggiore presa di coscienza di sé, dei

propri problemi e dei propri obiettivi. Perciò, non viene richiamata come cornice astratta, ma come metodo utile a sostenere un coinvolgimento più attivo del minore nella comprensione della propria situazione e nella definizione delle strategie con cui affrontarne le conseguenze personali e sociali. E come è stato esplicitato precedentemente, si (Il Calabrone et al., 2022a).

Allo stesso modo, Il Calabrone et al. (2022b) indica esplicitamente che tra gli obiettivi specifici, il coinvolgimento dei ragazzi più grandi nella costruzione del proprio percorso di aiuto attraverso strumenti partecipativi e responsabilizzanti. Nello stesso documento, tra le azioni previste, compare la costruzione insieme ai ragazzi delle migliori strategie per fronteggiare le conseguenze personali e sociali delle proprie fragilità attraverso il metodo della *Recovery*. Il senso di questa scelta appare chiaro, poiché nella tarda adolescenza non basta predisporre interventi rivolti al giovane, ma diventa necessario costruire con lui un percorso che ne valorizzi il punto di vista e la capacità di partecipare alle decisioni che lo riguardano.

Inoltre, il progetto dettagliato del Calabrone et al. (2022a) specifica che l'utilizzo della filosofia e del metodo *Recovery*, a supporto della salute mentale dei giovani, permette di intercettare precocemente e prevenire l'insorgenza di patologie neuropsichiatriche, e di coinvolgere il minore con disagio, con lo scopo di coprodurre insieme le strategie più funzionali per affrontare il malessere. Proprio perché l'esordio del disagio si colloca in una fase della crescita segnata dalla ricerca di autonomia e dalla fragilità affettivo-relazionale, è necessario uno stile di rapporto più flessibile e informale, capace di scoraggiare stereotipi negativi e di sostenere un senso di sé che vada oltre il disturbo.

La tabella operativa del progetto rende più concreto questo impianto. L'azione *Recovery* coinvolge uno psichiatra esperto in *Recovery* e coproduzione, un educatore professionale e un coordinatore di progetto *Recovery*. La sperimentazione è prevista per tutta la durata del progetto e si rivolge sia a giovani già seguiti da qualche servizio, sia a giovani non ancora seguiti, con l'obiettivo di lavorare almeno con quindici utenti per ciascun gruppo. Questo dato è importante, perché mostra che lo strumento non viene pensato soltanto per accompagnare percorsi già strutturati, ma anche come possibile dispositivo di aggancio e di partecipazione per adolescenti che non sono ancora entrati in una presa in carico specialistica (Il Calabrone et al., 2022a).

Alla luce dei documenti disponibili, si può osservare anche uno spostamento operativo significativo: il riferimento iniziale alla *Recovery Star*, presente nei materiali progettuali, sembra

tradursi, nella fase di attuazione e nella restituzione pubblica finale, nell'adozione della *My Mind Star*. Questa transizione può essere letta come il riconoscimento del fatto che il riferimento originario non rispondeva in modo pienamente adeguato ai bisogni specifici degli adolescenti, mentre la *My Mind Star* veniva percepita come più adatta a sostenere un lavoro centrato sulla loro esperienza, sul loro linguaggio, sul loro livello di partecipazione e sulla lettura dei loro bisogni (Il Calabrone et al., 2022a, 2022b; Zorat, 2025).

La restituzione pubblica del progetto chiarisce inoltre che il metodo concretamente utilizzato è stato la *My Mind Star*. Nell'articolo pubblicato su "La Voce del Popolo", Zorat (2025) la descrive come uno strumento utilizzabile con giovani tra i 12 e i 21 anni con patologie psichiche riconosciute o non ancora diagnosticate. L'aspetto che qui interessa maggiormente non è la descrizione tecnica della scala, già affrontata nel capitolo precedente, ma il significato attribuito al suo uso in VOICE, poiché lo strumento viene presentato come utile per aiutare all'adolescente a collocarsi rispetto a diverse aree della propria vita, lo responsabilizza e attribuisce valore alla sua percezione soggettiva, offrendo una guida orientativa per il lavoro con l'educatore o il medico (Zorat, 2025).

In questo senso, la scelta della *My Mind Star* appare coerente con la struttura complessiva del progetto. Il progetto VOICE non interviene soltanto per contenere l'urgenza o per orientare ai servizi specialistici, ma prova a costruire uno spazio nel quale il ragazzo possa essere coinvolto nella lettura della propria esperienza e nell'individuazione delle priorità. Lo strumento viene inserito proprio in questo punto, come mezzo per rendere più leggibile la situazione del giovane, favorire il dialogo con i professionisti e orientare la definizione del proprio percorso. Pertanto, l'utilizzo della *My Mind Star* dentro il progetto VOICE diviene rilevante perché mostra l'uso concreto come pratica di partecipazione, consapevolezza e coprogettazione (Il Calabrone et al., 2022a; Zorat, 2025).

Un ulteriore elemento da sottolineare riguarda il fatto che la *My Mind Star*, nel progetto, sembra assumere anche una funzione di mediazione tra professionisti diversi. L'articolo di Zorat (2025) evidenzia che essa risulta utile negli incontri successivi con l'educatore o il medico, suggerendo che lo strumento non resti confinato al primo colloquio, ma diventi una base comune di lettura e orientamento del lavoro. In tale contesto, la *My Mind Star* può essere interpretata non

soltanto come dispositivo di ascolto del soggetto, ma anche come supporto alla costruzione di un linguaggio condiviso tra i diversi attori coinvolti nel percorso del minore.

Dunque, lo strumento viene introdotto in VOICE perché favorisce il protagonismo dell'adolescente, rende più condivisibile il percorso di aiuto e offre ai professionisti una base orientativa comune. La sua presenza nel progetto assume quindi un significato che va oltre la valutazione la *My Mind Star* viene utilizzata come strumento capace di sostenere il giovane nella comprensione della propria esperienza e, insieme, di contribuire alla costruzione di un percorso personale più leggibile, più partecipato e più orientato al futuro (Il Calabrone et al., 2022a; Il Calabrone et al., 2022b; Zorat, 2025).

4.4. Esiti esemplificativi dell'uso dello strumento nel territorio

4.4.1. Valutazione d'impatto sociale del progetto "VOICE"

Secondo Marrocu e Tufexis (2025), il report finale della valutazione d'impatto organizza l'analisi attorno a tre aree, che sono salute e benessere, formazione e innovazione delle politiche e dei servizi. In particolare, nell'area salute e benessere vengono presi in considerazione il miglioramento del benessere psico-fisico dei minori, la qualità della vita relazionale e familiare, l'aumento delle prese in carico e la qualità del loro svolgimento. Nell'area formazione, invece, l'attenzione si concentra sulla crescita di competenze negli adulti di riferimento e negli operatori, mentre nell'area innovazione il focus riguarda la capacità del progetto di produrre strategie condivise, coordinamento tra stakeholder e pratiche nuove nel rapporto tra scuole, servizi e territorio.

Un primo dato rilevante riguarda il fatto che la valutazione considera il benessere adolescenziale come miglioramento della qualità della vita nei diversi contesti di esperienza. Questa impostazione è coerente con la logica del progetto e contribuisce a leggere l'uso della *My Mind Star* non come semplice supporto diagnostico, ma come strumento inserito in un percorso

che cerca di intervenire sulla vita quotidiana del ragazzo e del suo contesto (Marrocu & Tufexis, 2025).

L'analisi qualitativa dei questionari rivolti ai ragazzi conferma alcuni effetti che, pur non essendo attribuiti esclusivamente alla *My Mind Star*, risultano particolarmente significativi per comprenderne la collocazione nel progetto. I partecipanti hanno apprezzato la possibilità di esprimere con maggiore libertà emozioni e pensieri, di affrontare situazioni personali e relazionali difficili e di sentirsi accolti in un luogo di supporto. Viene, inoltre, sottolineato il valore delle attività di gruppo, della continuità del sostegno ricevuto e dell'aiuto nel migliorare l'autostima e la gestione delle emozioni. Questi elementi mostrano che, dentro VOICE, gli esiti più rilevanti non riguardano solo l'attenuazione del disagio, ma anche la possibilità di sviluppare linguaggi, consapevolezza e competenze emotive utili a leggere il proprio percorso (Marrocu & Tufexis, 2025).

Accanto a questi aspetti, il report di Marrocu e Tufexis (2025) segnala che alcuni ragazzi hanno valorizzato il fatto di poter parlare apertamente delle proprie difficoltà, di ricevere ascolto e di lavorare sulla gestione delle emozioni con consigli pratici, mantenendo coerenza con la funzione attribuita alla *My Mind Star* nel progetto. La logica complessiva della valutazione e i risultati emersi mostrano che il valore dello strumento si colloca soprattutto nella possibilità di sostenere il dialogo, rendere visibili le aree della difficoltà e accompagnare il giovane in una lettura più consapevole della propria esperienza.

Nell'articolo pubblicato su "La Voce del Popolo", risulta ulteriormente evidenziato questo elemento, affermando che tra gli aspetti valutati positivamente è emerso che il percorso di VOICE ha aiutato i ragazzi a migliorare il proprio stato di benessere, abbassando il grado di disagio nel contesto scolastico e aumentando le situazioni in cui l'adolescente si sente maggiormente a proprio agio rispetto a temi quali speranza, amore, fiducia in sé e serenità. La stessa restituzione sottolinea inoltre che l'utilizzo della *My Mind Star* ha favorito il dialogo e il monitoraggio terapeutico. Questa indicazione collega lo strumento alla rilevazione della costruzione di un percorso capace di dare maggiore forma, continuità e leggibilità all'esperienza del ragazzo (Zorat, 2025).

Inoltre, Zorat (2025) aggiunge che la *My Mind Star* è stata apprezzata perché responsabilizza l'adolescente e attribuisce valore alla sua percezione soggettiva. In questa prospettiva, il suo impiego dentro VOICE sembra aver contribuito a spostare il lavoro da una presa

in carico centrata soltanto sul problema verso una modalità più dialogica, nella quale il giovane viene aiutato a riconoscere il proprio punto di vista e a collocarsi dentro il percorso. Appunto per questo, il metodo appare utile proprio perché rende il ragazzo meno oggetto di intervento e più soggetto del proprio percorso.

Gli esiti esemplificativi dell'uso dello strumento non vanno però letti in modo separato dal contesto organizzativo in cui esso è stato applicato. Infatti, Zorat (2025) segnala che è presente anche l'approccio completo e innovativo dell'équipe integrata di psicologi, pedagogisti ed educatori, con incontri di confronto e supervisione. Questo suggerisce che la *My Mind Star* sembra funzionare meglio quando è inserita in un contesto di lavoro realmente interdisciplinare, nel quale il confronto tra professionisti diversi aiuta a dare continuità e senso ai dati e alle narrazioni raccolte insieme ai ragazzi. In altre parole, l'efficacia dello strumento appare legata non solo alla sua struttura, ma anche alla qualità della rete professionale che lo sostiene (Zorat, 2025).

In aggiunta, si evidenziano anche alcune criticità che aiutano a comprendere i limiti operativi dell'esperienza, tra queste compaiono la distanza territoriale dalla città di Brescia, la difficoltà di conciliare gli incontri con gli impegni quotidiani di ragazzi e genitori, la presenza di casi complessi che hanno richiesto una riduzione del numero delle prese in carico e la necessità di tempi più lunghi per lavorare su situazioni già strutturate. Oltre a ciò, alcuni adolescenti hanno mostrato iniziali difficoltà nel lasciarsi coinvolgere e che, in alcuni momenti del percorso, motivazione e stanchezza hanno inciso sulla partecipazione. Tali elementi mostrano che la possibilità di usare efficacemente uno strumento come la *My Mind Star* dipende anche da condizioni esterne, quali accessibilità, tempo, continuità e sostenibilità del percorso (Marrocu & Tufexis, 2025; Zorat, 2025).

La valutazione degli esiti mette inoltre in luce il ruolo delle famiglie e degli adulti di riferimento. L'articolo di Zorat (2025) riferisce che è stato considerato positivo il fatto di aver raggiunto famiglie con difficoltà economiche e di aver previsto interventi personalizzati. Marrocu e Tufexis, (2025), inoltre, segnalano che molti genitori hanno apprezzato la disponibilità e la flessibilità, oltre alla capacità di valorizzare i loro punti di forza e di fornire strumenti concreti per affrontare le situazioni di disagio. Anche questo aspetto è rilevante per leggere l'uso della *My Mind Star* nel territorio, perché suggerisce che lo strumento abbia operato dentro un progetto che, oltre

a lavorare sul giovane, interviene anche sulle relazioni e sulle condizioni che rendono possibile la costruzione di un percorso più stabile e condiviso.

4.4.2. Interviste ai formatori della *My Mind Star*

Per approfondire gli esiti dell'uso della *My Mind Star* nel territorio e integrare il materiale progettuale relativo a VOICE e la teoria sullo strumento, sono state realizzate due interviste semistrutturate a professionisti direttamente coinvolti nella traduzione, nella formazione e nell'utilizzo dello strumento in Italia. La scelta di ricorrere a interviste qualitative è stata motivata dall'esigenza di affiancare ai documenti di progetto e ai materiali di valutazione anche il punto di vista di soggetti che hanno maturato una esperienza diretta nell'impiego della *My Mind Star* con i giovani. Le interviste sono state quindi utilizzate come fonti primarie di approfondimento, con una funzione interpretativa e integrativa rispetto alle altre fonti analizzate.

La selezione degli intervistati è avvenuta secondo un criterio intenzionale, individuando due figure ritenute particolarmente significative rispetto all'obiettivo dell'intervista. Il primo colloquio è stato svolto con un formatore educatore coinvolto nel lavoro di traduzione e adattamento della *My Mind Star* all'interno del progetto VOICE, oltre che nella successiva formazione degli operatori e l'uso dello strumento. Il secondo è stato realizzato con un educatore impegnato sia nella formazione sullo strumento sia nel suo utilizzo diretto in un contesto comunitario rivolto ad adolescenti con problematiche neuropsichiatriche.

Le interviste sono state costruite secondo una modalità semistrutturata, ritenuta la più adeguata perché permetteva di mantenere una traccia comune di temi, utile al confronto tra le due testimonianze, senza irrigidire il colloquio. La traccia era organizzata attorno ad alcune aree tematiche: il ruolo professionale e l'esperienza degli intervistati rispetto alla *My Mind Star*; i contesti di utilizzo dello strumento con adolescenti e giovani; gli elementi che lo distinguono da altri strumenti; il suo contributo alla lettura della situazione del ragazzo in termini non solo di disagio ma anche di risorse, obiettivi e possibilità future; la relazione tra operatore e adolescente; il possibile apporto dello strumento alla costruzione di un progetto di vita; le criticità di utilizzo e gli eventuali adattamenti necessari al contesto italiano.

Le interviste si sono svolte individualmente e sono state successivamente trascritte, così da consentire una lettura analitica dei contenuti emersi. Dal punto di vista del loro impiego nella tesi, non sono state utilizzate con finalità di generalizzazione, ma come materiali qualitativi utili a comprendere meglio il significato attribuito alla *My Mind Star* nei contesti reali. In particolare, esse hanno consentito di chiarire perché, nel contesto di VOICE, si sia ritenuto opportuno introdurre una stella specificamente orientata al lavoro con adolescenti e giovani, confermando sul piano esperienziale la maggiore funzionalità della *My Mind Star* rispetto a strumenti percepiti come meno aderenti ai loro bisogni e al loro linguaggio.

La traccia utilizzata per entrambe le interviste era composta dalle seguenti domande:

1. Può presentare brevemente il suo ruolo e la sua esperienza nell'utilizzo e nella formazione sulla *My Mind Star* in Italia?
2. In quali contesti viene utilizzata più frequentemente la *My Mind Star* con adolescenti e giovani?
3. Dal suo punto di vista, quali sono gli elementi che distinguono la *My Mind Star* da altri strumenti usati con adolescenti?
4. In che modo la *My Mind Star* può aiutare un adolescente a leggere la propria situazione non solo in termini di disagio, ma anche di risorse, obiettivi e possibilità future?
5. Secondo la sua esperienza, lo strumento favorisce la costruzione di un progetto di vita? Se sì, in che modo?
6. Come cambia la relazione tra operatore e adolescente quando viene utilizzata la *My Mind Star*?
7. Nella sua esperienza, la *My Mind Star* aiuta il giovane a esprimere il proprio punto di vista e a sentirsi coinvolto nel percorso?
8. Quali sono le principali criticità nell'utilizzo della *My Mind Star* con adolescenti?
9. Secondo lei, ci sono aspetti dello strumento, del linguaggio o delle modalità di utilizzo che andrebbero adattati meglio al contesto italiano o ai servizi per adolescenti?
10. Se dovesse riassumere in poche parole il contributo specifico della *My Mind Star* nel lavoro con adolescenti, quale indicherebbe come elemento centrale?
11. C'è qualcosa che ritiene importante aggiungere e che non le ho chiesto?

Domanda di approfondimento aggiunta nel corso del colloquio:

- Ci sono situazioni in cui, invece, lo strumento si è rivelato meno efficace o più difficile da utilizzare?

Un primo nucleo emerso dalle interviste riguarda il processo di traduzione e adattamento dello strumento. Nelle interviste si ricostruisce la genesi italiana della *My Mind Star* come un lavoro sviluppato proprio all'interno del progetto VOICE, in collaborazione con "Triangle" e con Il Chiaro del Bosco, a partire dalla necessità di rivedere una traduzione iniziale che non risultava pienamente conforme né alla lingua né alle modalità operative dei servizi italiani. L'intervista mette in evidenza che l'adattamento non ha riguardato solo il lessico, ma anche il tentativo di rendere lo strumento più coerente con il contesto professionale e relazionale in cui sarebbe stato utilizzato. In questo senso, la testimonianza conferma che la scelta di proporre una nuova stella, più mirata rispetto al lavoro con adolescenti e giovani, non è stata percepita come un semplice passaggio tecnico, ma come una risposta concreta a un'esigenza emersa nella pratica.

Un secondo aspetto, particolarmente rilevante, riguarda il fatto che entrambi gli intervistati attribuiscono alla *My Mind Star* una capacità specifica di mettere al centro il punto di vista dell'adolescente. Si sottolinea che, rispetto ad altri strumenti più centrati sul professionista, la *My Mind Star* "cambia il riflettore" perché interpella direttamente il ragazzo e gli permette di collocarsi in prima persona all'interno del percorso di cambiamento. Inoltre, viene evidenziato come il carattere partecipativo dello strumento consenta al giovane di maneggiarlo concretamente, di compilarlo insieme all'operatore e di sentirlo maggiormente come "proprio". Da questo punto di vista, le interviste confermano che uno dei contributi più importanti della *My Mind Star* risiede nella possibilità di ridurre la distanza tra valutazione e partecipazione, rendendo il percorso meno imposto dall'esterno e più negoziato.

Le testimonianze convergono anche nel riconoscere alla *My Mind Star* una funzione importante nella costruzione del progetto di vita. Un formatore afferma che lo strumento può favorire questo processo soprattutto quando è accompagnato dalla presenza dell'operatore e viene utilizzato non come esercizio isolato, ma come base per un lavoro condiviso. In particolare, richiama il valore del piano d'azione, che permette di tradurre la lettura iniziale in obiettivi, azioni, responsabilità e tempi. Inoltre, l'altro formatore, osserva che già il fatto di concordare con il ragazzo da quale area partire costituisce una forma di progettazione concreta, perché consente di uscire da interventi generici e di individuare mete realistiche, misurabili e orientate al futuro. In

entrambe le interviste, dunque, la *My Mind Star* viene descritta come uno strumento che aiuta a passare dalla sola descrizione del disagio alla definizione di direzioni di cambiamento e di obiettivi personali.

Un ulteriore contributo emerso riguarda la relazione tra operatore e adolescente. Si sottolinea che la *My Mind Star* può facilitare in particolare le fasi iniziali della conoscenza, offrendo un oggetto di mediazione che rende più semplice avviare il dialogo anche con ragazzi più chiusi o con difficoltà relazionali. Invece, un formatore rileva la dimensione della negoziazione, osservando che la compilazione condivisa della stella permette di confrontare il punto di vista del ragazzo con quello dell'operatore, aprendo una discussione più autentica su dove si trovi realmente nel suo percorso. In questo senso, le interviste suggeriscono che la *My Mind Star* non migliori automaticamente la relazione, ma possa facilitarla quando viene usata come strumento di ascolto, di chiarificazione e di confronto reciproco.

Le interviste permettono anche di precisare meglio i contesti di utilizzo dello strumento. È stato evidenziato l'impiego sia in servizi sanitari sia in servizi educativi, non solo in presenza di disturbi mentali diagnosticati, ma anche in situazioni di fragilità relazionali o di disagio che non si traducono ancora in una diagnosi. Allo stesso modo, emerge che la *My Mind Star* risulta particolarmente ricca nei contesti residenziali, dove la quotidianità condivisa consente di disporre di molti dati osservativi e di arricchire la negoziazione con elementi concreti. Nel loro insieme, le due testimonianze mostrano quindi che lo strumento appare adattabile a diversi setting, purché il servizio sia in grado di pensarlo e integrarlo in modo coerente con il proprio lavoro.

Accanto agli elementi di forza, le interviste segnalano alcune criticità che risultano particolarmente utili per l'analisi dello strumento. Un primo limite riguarda il rischio che la scala numerica venga percepita dagli adolescenti come un voto o una valutazione scolastica. Infatti, un formatore richiama in modo esplicito questa difficoltà, osservando che alcuni ragazzi tendono a collocarsi subito sul livello massimo proprio per evitare di essere considerati "problematici" o per trasmettere l'idea che non vi sia nulla su cui lavorare. L'altro formatore aggiunge che anche tra gli operatori il lessico del "punteggio" può risultare fuorviante, perché induce a leggere il cambiamento in modo troppo lineare, mentre lo strumento richiede di essere interpretato come percorso e non come giudizio.

Un secondo limite, sottolineato da entrambi, ma dipende dal punto di vista può essere un vantaggio, esso riguarda la necessità di una formazione specifica e di una reale familiarità con l'ottica *Recovery*. Si estrae che la *My Mind Star* richiede di essere accompagnata da una équipe formata, capace di comprenderne la logica e di evitare un uso superficiale. L'altro formatore, da parte sua, insiste sul fatto che lo strumento non sostituisce il lavoro educativo o clinico, ma lo supporta, e che il rischio di delegare tutto alla stella o, al contrario, di svuotarla del suo significato partecipativo, resta sempre presente. Le interviste mostrano così che la funzionalità della *My Mind Star* non dipende solo dalla sua struttura, ma anche dal modo in cui viene presentata, introdotta e sostenuta nella pratica.

Infine, entrambe le testimonianze richiamano il fatto che la *My Mind Star* risulta più efficace quando si inserisce dentro una relazione già sufficientemente avviata. Evidenziano che con alcuni adolescenti è necessario un lavoro molto lungo prima di poter introdurre lo strumento, soprattutto quando il ragazzo fatica a riconoscere le proprie difficoltà o a lasciarsi coinvolgere in un percorso di cambiamento. Segnalano, inoltre, che la stella è dialogica e richiede un minimo di competenza narrativa, di negoziazione e di disponibilità alla riflessione; per questo può risultare più complessa con utenti molto rigidi, molto difensivi o con difficoltà cognitive importanti. Questo non riduce il valore dello strumento, ma ne delimita con maggiore chiarezza le condizioni di efficacia.

In conclusione, le interviste contribuiscono a confermare sul piano esperienziale quanto già emerso nei materiali progettuali e nella letteratura analizzata nei capitoli precedenti. La *My Mind Star* viene descritta dai formatori come uno strumento capace di favorire la partecipazione dell'adolescente, di facilitare il dialogo con l'operatore, di rendere più comprensibile il percorso e di sostenere la definizione di obiettivi concreti. Allo stesso tempo, le testimonianze mostrano che la sua efficacia dipende da condizioni precise come una adeguata formazione degli operatori, un uso non valutativo della scala, una relazione di fiducia sufficientemente avviata e un contesto di servizio capace di integrarla nel proprio lavoro. In questa prospettiva, il contributo dei formatori intervistati rafforza l'idea che la proposta di una stella specificamente orientata agli adolescenti sia risultata funzionale non solo sul piano teorico, ma anche nella pratica dei servizi.

Conclusioni

La realizzazione di questo elaborato ha permesso, anzitutto, di mettere meglio a fuoco che cosa significhi leggere la salute mentale adolescenziale attraverso la prospettiva della *Recovery*. Ripercorrere l'evoluzione teorica del concetto, la distinzione tra *Recovery clinica* e *Recovery personale* e il ruolo assunto da partecipazione, *empowerment*, coproduzione e speranza ha reso evidente che il nodo centrale non riguarda soltanto il trattamento del disturbo, ma la possibilità, per la persona, di tornare a pensarsi come soggetto di scelte, relazioni, progettualità e protagonista del proprio percorso. In questo senso, il presente elaborato ha confermato che interrogarsi sulla *My Mind Star* significa, prima ancora che analizzare uno strumento, interrogarsi sul modo in cui i servizi guardano all'adolescente: come destinatario di interventi oppure come protagonista possibile del proprio percorso.

Un secondo elemento emerso riguarda la specificità dello strumento rispetto al lavoro con adolescenti e giovani. L'analisi svolta ha mostrato che la sua rilevanza non risiede soltanto nella struttura grafica o nella suddivisione in aree, ma soprattutto nel tentativo di costruire uno strumento maggiormente aderente a una fase della vita in cui identità, relazioni, uso del tempo, autostima e rapporto con il futuro risultano strettamente intrecciati. Da questo punto di vista, la tesi ha portato a riconoscere che la *My Mind Star* non rappresenta semplicemente una versione "più giovane" di strumenti precedenti, ma un dispositivo pensato per rendere più leggibile l'esperienza adolescenziale in una forma che possa essere discussa, negoziata e tradotta in obiettivi concreti.

Il nucleo più rilevante emerso nel corso del lavoro riguarda però il rapporto tra la *My Mind Star* e la costruzione del progetto di vita dell'adolescente. La riflessione sviluppata nella tesi suggerisce che il contributo più importante dello strumento non consista nella misurazione del disagio in senso stretto, ma nella possibilità di aiutare il giovane a collocarsi rispetto alla propria situazione, a distinguere aree di fatica e risorse, a riconoscere priorità e a immaginare passi successivi. In questa prospettiva, la stella appare significativa perché sostiene una trasformazione

del colloquio, da uno spazio centrato prevalentemente sul problema ad uno spazio orientato anche alla direzione del cambiamento. Il fatto che lo strumento possa sfociare in un piano d'azione rafforza ulteriormente questa lettura, poiché permette di passare dalla comprensione condivisa alla definizione di obiettivi, azioni e responsabilità.

Il capitolo finale sul progetto VOICE, ha mostrato che la *My Mind Star* acquista senso soprattutto quando viene collocata dentro un contesto capace di tenere insieme intercettazione precoce del disagio, lavoro di rete, coinvolgimento delle famiglie, integrazione tra educativo, sociale e sanitario e attenzione alla comunità educante. La funzione che emerge dal caso bresciano è prevalentemente dialogica, orientativa e partecipativa, in quanto lo strumento è stato utile nel favorire il dialogo, nel sostenere il monitoraggio del percorso e nel valorizzare la percezione soggettiva dell'adolescente. Proprio per questo, il progetto VOICE non conferma soltanto la possibile utilità della *My Mind Star*, ma mostra anche che tale utilità dipende dalla qualità del contesto in cui viene inserita.

A rafforzare questa lettura hanno contribuito in modo decisivo anche le interviste ai due formatori. Le loro testimonianze hanno permesso di cogliere dall'interno il significato attribuito allo strumento e di comprendere meglio perché, nel contesto italiano, si sia ritenuto necessario proporre una stella specificamente orientata agli adolescenti. In particolare, dalle interviste emerge che la *My Mind Star* viene percepita come più funzionale perché più "vicina" al linguaggio dei giovani, più comprensibile, più concreta e più adatta a sostenerne il coinvolgimento. Allo stesso tempo, i colloqui hanno mostrato che il suo valore non è automatico, la stella funziona soprattutto quando è accompagnata da una relazione di fiducia, da un operatore formato e da un uso non valutativo dello strumento. In tal senso, la ricerca ha portato alla conclusione che la *My Mind Star* appare promettente non perché "risolve" il lavoro con adolescenti e giovani, ma perché può renderlo più chiaro, più condiviso e più coerente con una logica di *Recovery*.

Un'altra riflessione, che emerge con forza dall'intero percorso della tesi, riguarda la carenza del materiale disponibile sul piano scientifico. Il lavoro svolto ha mostrato che la *My Mind Star* dispone oggi di un corpus di studi ancora limitato a livello internazionale e ancor più ridotto in Italia. Questo aspetto non indebolisce l'interesse dello strumento, ma invita a collocarlo con prudenza: più che come dispositivo già pienamente consolidato, esso appare oggi come una proposta in fase di sviluppo, sostenuta da primi elementi favorevoli ma ancora bisognosa di

ulteriori sperimentazioni, adattamenti e verifiche empiriche. Nel contesto italiano, tale limite è ancora più evidente, dal momento che la sua introduzione e traduzione sono molto recenti e che molte questioni relative al linguaggio, alle modalità di utilizzo e alle condizioni di efficacia risultano ancora aperte. Proprio per questo, uno degli esiti più importanti di questo elaborato consiste forse nell'aver mostrato che la *My Mind Star* merita attenzione non solo come oggetto teorico, ma come terreno di ricerca ancora in evoluzione.

La realizzazione della tesi ha portato dunque a riconoscere nella *My Mind Star* uno strumento coerente con una visione della salute mentale adolescenziale centrata non esclusivamente sul contenimento del disagio, ma sulla possibilità di accompagnare il giovane nella lettura della propria esperienza e nella costruzione del proprio progetto di vita. La riflessione teorica, il caso territoriale di VOICE e i contributi emersi dalle interviste convergono nel suggerire che il valore principale della *My Mind Star* risieda nella sua capacità di tenere insieme comprensione, partecipazione e progettualità. È proprio in questa tensione tra analisi della situazione presente e apertura verso possibilità future che lo strumento contribuisce significativamente al lavoro educativo e sociosanitario con adolescenti e giovani.

Dalle considerazioni sviluppate al termine di questo elaborato emergono alcune riflessioni circa l'utilità della *My Mind Star* nei servizi rivolti ai giovani. Come si è avuto modo di evidenziare, si tratta di uno strumento che presenta un potenziale significativo di diffusione. Il suo impiego, tuttavia, non può essere pensata in modo standardizzato, ma richiede un attento lavoro di contestualizzazione in relazione alle caratteristiche del servizio, agli obiettivi educativi e alla specificità dei bisogni degli adolescenti. In tale prospettiva, un presupposto imprescindibile rimane la costruzione di una relazione di fiducia tra il giovane e l'operatore, poiché è proprio all'interno di una cornice relazionale autentica che lo strumento può esprimere pienamente il proprio valore.

La rilevanza della *My Mind Star*, infatti, non risiede esclusivamente nella possibilità di rilevare criticità o di definire obiettivi operativi, ma soprattutto nella capacità di restituire all'adolescente una posizione centrale all'interno del proprio percorso. Il fatto di essere ascoltato, coinvolto e valorizzato favorisce l'assunzione di un ruolo attivo, che può incidere positivamente sulla costruzione dell'identità, sul senso di autoefficacia e sull'autostima. In questo senso, lo strumento, oltre a supportare la coproduzione di piani d'azione condivisi, contribuisce in modo più profondo alla costruzione del progetto di vita del giovane, poiché lo accompagna nel

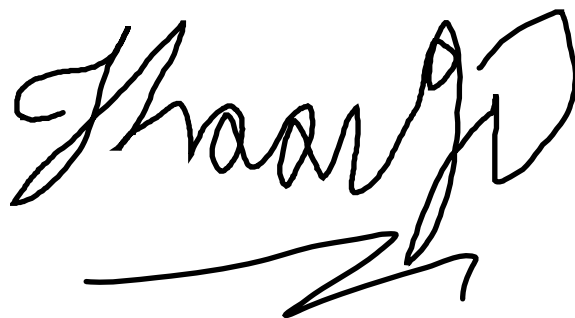
riconoscimento delle proprie risorse, dei propri bisogni e delle direzioni possibili del proprio futuro. Proprio per questo, la *My Mind Star* appare coerente con una visione dell'intervento educativo che non si limita a contenere il disagio, ma mira a promuovere benessere, partecipazione e capacità di orientarsi nel divenire della propria vita.

Altro aspetto da tenere in considerazione corrisponde a che l'adozione della *My Mind Star* non deve essere intesa come una sostituzione delle metodologie cliniche o educative preesistenti. Lo strumento si pone come un dispositivo integrativo che, lungi dal voler rimpiazzare la valutazione professionale, ne rafforza l'efficacia fornendo una cornice visiva e narrativa condivisa. La sua implementazione permette di complementare la dimensione clinica con quella soggettiva del vissuto dell'adolescente, potenziando l'alleanza terapeutica e rendendo il progetto di vita un percorso realmente co-costruito.

Un ulteriore elemento emerge dal confronto tra la *My Mind Star* e la *Recovery Star*. Nella *My Mind Star*, infatti, non compare in modo esplicito l'area della speranza, dimensione che nella *Recovery Star* assume invece un ruolo di particolare rilievo e che, più in generale, rappresenta una componente fondamentale di ogni percorso di crescita e di progettazione esistenziale. Tale assenza apre un interrogativo significativo: è possibile che questa dimensione sia stata implicitamente ricompresa in altre aree dello strumento, oppure che sia stata esclusa in ragione della specificità evolutiva dell'adolescenza? Pur non essendo stato possibile approfondire in questa sede tale questione, essa potrebbe meritare di essere mantenuta aperta, poiché richiama un nodo teorico ed educativo importante. La speranza, infatti, non coincide con un generico ottimismo, ma con la possibilità di immaginarsi nel futuro, di percepire margini di cambiamento e di attribuire significato al proprio percorso, aspetti che risultano particolarmente notevoli proprio in età adolescenziale.

In conclusione, l'introduzione della *My Mind Star* in un numero più ampio di servizi richiederebbe non soltanto l'adozione di un nuovo strumento, ma soprattutto un progressivo cambiamento di prospettiva culturale e operativa. Ciò implica tempi distesi, investimenti nella formazione degli operatori e una disponibilità dei servizi a ripensarsi in senso maggiormente partecipativo, relazionale e orientato al progetto di vita. Al tempo stesso, appare necessario che la ricerca, in Italia e a livello internazionale, continui ad approfondire potenzialità e limiti dello strumento, così da renderlo sempre più solido, affinato e aderente ai bisogni dei suoi destinatari.

Tuttavia, proprio nei suoi aspetti ancora aperti, la *My Mind Star* mostra la sua rilevanza più profonda, poiché essa sollecita ai servizi a guardare l'adolescente non solo a partire da ciò che manca o non funziona, ma a partire da ciò che può diventare. Ed è forse in questo spostamento di sguardo che si può riconoscere uno dei contributi più significativi dello strumento, portando a non semplicemente accompagnare il giovane dentro una difficoltà, ma sostenerlo nel riconoscersi come soggetto capace di desiderare, scegliere e costruire, anche nella fragilità, una vita dotata di significato.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Thaarij', with a stylized flourish underneath.

Bibliografia

- Acharya, B., & Agius, M. (2017). The importance of hope against other factors in the recovery from mental illness. *Psychiatria Danubina*, 29(Suppl. 3), 619–622. https://www.researchgate.net/publication/333246460_The_importance_of_hope_against_other_factors_in_the_recovery_of_mental_illness
- Åkerblom, K.B., Ness, O. (2023). Peer Workers in Co-production and Co-creation in Mental Health and Substance Use Services: A Scoping Review. *Adm Policy Ment Health* 50, 296–316. <https://doi.org/10.1007/s10488-022-01242-x>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Associazione Ipse Lab APS (n.d.). *Recovery: per un 'prendersi cura' centrato sulla persona*. <https://radio32.net/wp-content/uploads/2025/09/Recovery-per-un-%E2%80%98prendersi-cura-centrato-sulla-persona-.pdf>
- ATS Brescia (2025). *Piano di Zona 2025–2027 dell'Ambito Territoriale Sociale 1 – Brescia*. https://www.ats-brescia.it/system/files/field_allegati_trasparenza/allegati/1387/paragrafi/23507/PZ%201_relata.pdf
- Babini, V. P. (2009). *Liberi tutti: Manicomi e psichiatri in Italia: Una storia del Novecento*. Il Mulino.

- Ballesteros-Urpí, A., Slade, M., Manley, D., & Pardo-Hernandez, H. (2019). Conceptual framework for personal recovery in mental health among children and adolescents: Protocol for a systematic review and narrative synthesis. *BMJ Open*, 9(8), Article e029300. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029300>
- Basaglia, F. (2004). *L'istituzione negata*. Einaudi.
- Basso, L., Boggian, I., Carozza, P., Lamonaca, D., & Svettoni, A. (2016). Recovery in Italy: An Update. *International Journal of Mental Health*, 45(1), 71–88. <https://doi.org/10.1080/00207411.2016.1159891>
- Boardman, J., & Shepherd, G. (2012). RECOVERY: Implementing recovery in mental health services. *International Psychiatry*, 9, 6 - 8. <https://www.semanticscholar.org/paper/RECOVERY:-Implementing-recovery-in-mental-health-Boardman-Shepherd/3c49bff0a652518ef98505be3cc9ff15ea77e599>
- Boholdt-Petersen, M., Mårtensson, S., & Bak, J. (2019, gennaio). *Introducing the Recovery-Star into a dual-diagnostic ward* [Sessione Poster]. Conference: 5th Horatio Festival of Psychiatric Nursing: participatory mental health, Mental Health Center Sct. Hans, Copenhagen, Danimarca. <https://www.researchgate.net/publication/334965752>
- Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493–505. <https://doi.org/10.1080/09638230400006809>
- Borghetti, S., Bruni, A. & Caravaglia, M. (2023). Lavoro di rete, inclusione sociale e lavorativa insieme all'ESP - Esperto in Supporto tra Pari. *Progetto Innovativo Regione Lombardia TR 89 ASST-Rhodense, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze: CPS di Bollate, Garbagnate M.se, Passirana di Rho e Settimo M.se*. <https://www.asst-rhodense.it/nuovo-sito/home/ambito-territoriale/dsm/sm/2023/BROCHURE%20ESP%20in%20ASST%20Rhodense%2011.04.2023.pdf>

- Bovaird, T., & Loeffler, E. (2012). From engagement to co-production: The contribution of users and communities to outcomes and public value. *Voluntas*, 23(4), 1119–1138. <https://doi.org/10.1007/s11266-012-9309-6>
- Chamberlin, J. (1978). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. Hawthorn Books.
- Crawford, M. J., Robotham, D., Thana, L., Patterson, S., Weaver, T., Barber, R., Wykes, T., & Rose, D. (2011). Selecting outcome measures in mental health: The views of service users. *Journal of Mental Health*, 20(4), 336-346. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.577114>
- De Stefani, R., & Tomasi, J. (2023). *La psichiatria del fareassieme. Valori e pratiche orientate alla recovery*. Erickson.
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- Deegan, P. E. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91–97. <https://doi.org/10.1037/h0101301>
- Dickens, G., Weleminsky, J., Onifade, Y., & Sugarman, P. (2012). Recovery Star: Validating user recovery. *The Psychiatrist*, 36(2), 45–50. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.111.034264>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535–544. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.5.535>
- Frost, B. G., Turrell, M., Sly, K. A., Lewin, T. J., Conrad, A. M., Johnston, S., Tirupati, S., Petrovic, K., & Rajkumar, S. (2017). Implementation of a recovery-oriented model in a sub-acute Intermediate Stay Mental Health Unit (ISMHU). *BMC Health Services Research*, 17(2), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1939-8>

- García-Carrión, R., Villarejo-Carballido, B., & Villardón-Gallego, L. (2019). Children and adolescents mental health: A systematic review of interaction-based interventions in schools and communities. *Frontiers in Psychology, 10*, 918. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00918>
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. (2026, 4 febbraio). *Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2025–2030* (Serie Generale n.28). <https://www.gazzettaufficiale.it/do/gazzetta/downloadPdf?dataPubblicazioneGazzetta=20260204&numeroGazzetta=28&tipoSerie=SG&tipoSupplemento=SO&numeroSupplemento=6&progressivo=0&estensione=pdf&edizione=0>
- Gillard, S. (2019). Peer support in mental health services: Where is the research taking us, and do we want to go there? *Journal of Mental Health, 28*(4), 341–344. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1608935>
- Good, A. (2019). *Psychometric validation of the Recovery Star*. Triangle Consulting Social Enterprise Ltd. <https://www.outcomesstar.org.uk/wp-content/uploads/Validation-of-the-Recovery-Star-1.pdf>
- Good, A. (2023). *My Mind Star psychometric fact sheet*. Triangle Consulting Social Enterprise Ltd. https://outcomesstar.org/wp-content/uploads/2025/04/OS-Psychometric-Factsheet_My-Mind-Star.pdf
- Graffigna, G., Barello, S., & Bonanomi, A. (2017). The role of Patient Health Engagement Model (PHE-model) in affecting patient activation and medication adherence: A structural equation model. *PloS one, 12*(6), e0179865. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179865>
- Griffiths, C. A., Heinkel, S., & Dock, B. (2015). Enhancing recovery: Transition intervention service for return to the community following exit from an alternative to psychiatric inpatient admission – a residential recovery house. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 10*(1), 39-50. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-09-2014-0027>
- Guarino, A., Negro, L., Compare, C., Madeo, A., Bolognini, P., Degli Esposti, L., Filippi, M., Lamberini, F., Morrone, M., Masetti, M., Serra, A. M., & Albanesi, C. (2024). "A Feeling of Safeness and Freedom": The Promotion of Mental Health Recovery Through Co-Production in an

- Italian Community Organization. *Community Mental Health Journal*, 60, 1452-1463. <https://doi.org/10.1007/s10597-024-01279-2>
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, 144(6), 718–726. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.6.718>
- HeadStart Kernow. (2022). *Children and young people’s emotional health and wellbeing transformation programme. Cornwall’s HeadStart Kernow Programme 2016-2022. End of Programme Report.* <https://www.headstartkernow.org.uk/Learning/Programme%20reports/Published%20HeadStart%20Programme%20Main%20Report.pdf>
- HM Government & Department of Health (2011). *No health without mental health: a cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages.* https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c348ae5274a25a914129d/dh_124058.pdf
- Hopper, K. (2007). Rethinking social recovery in schizophrenia: What a capabilities approach might offer. *Social Science & Medicine*, 74(12), 1850–1858. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.04.012>
- Il Calabrone, Fraternità Giovani, & La Rondine. (2022a). *Progetto dettagliato VOICE.*
- Il Calabrone, Fraternità Giovani, & La Rondine. (2022b). *Abstract progetto Voice.*
- Jakobsson, C.E., Genovesi, E., Afolayan, A., Bella-Awusah, T., Omowobale, T., Buyanga, M. & Kakuma, R. (2023). Co-production in psychosis services: A systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*, 17(25). <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00594-7>
- John, M., Jeffries, C., Acuña-Rivera, M., Warren, N., & Simonds, L. M. (2015). Development of measures to assess personal recovery in young people treated in specialist mental health services. *Journal of Mental Health*, 24(6), 349–353. <https://doi.org/10.1002/cpp.1905>

- Joyce, H. D., & Early, T. J. (2014). The impact of school connectedness and teacher support on depressive symptoms in adolescents: A multilevel analysis. *Children and Youth Services Review*, 39, 101–107. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2014.02.005>
- Kaplan, T., & Racussen, L. (2013). A crisis recovery model for adolescents with severe mental health problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(2), 246–259. <https://doi.org/10.1177/1359104512449320>
- Killaspy, H., White, S., Taylor, T. L., & King, M. (2012). Psychometric properties of the Mental Health Recovery Star. *The British Journal of Psychiatry*, 201(1), 65–70. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.107946>
- Larsen, J., & Griffiths, C. (2013). Supporting recovery in a third sector alternative to psychiatric hospital admission: Evaluation of routinely collected outcome data. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 8(3), 116–125. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-04-2013-0016>
- Lasalvia, A., Bordini, L., Fin, V. & Bonetto, C. (2025). Lived experience in Italian mental health services: a national survey of peer support and co-production practices. *BMC Health Serv Res* 25, 1235 <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13407-z>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lloyd, C., Williams, P. L., Machingura, T., & Tse, S. (2016). A focus on recovery: using the Mental Health Recovery Star as an outcome measure. *Advances in Mental Health*, 14(1), 57–64. <https://doi.org/10.1080/18387357.2015.1064341>
- MacKeith, J. (2011). The development of the Outcomes Star: A participatory approach to assessment and outcome measurement. *Housing, Care and Support*, 14(3), 98–106. https://www.outcomesstar.org.uk/wp-content/uploads/A_Development-of-the-Outcomes-Star-Published-in-Housing-Care-and-Support.pdf?utm

- MacKeith, J. (2014). Assessing the reliability of the Outcomes Star in research and practice. *Housing, Care and Support*, 17(4), 188–197. <https://doi.org/10.1108/HCS-11-2014-0027>
- MacKeith, J., Burns, S., Goodbrand, S., & Good, A. (2019). *My Mind Star development report*. Triangle Consulting Social Enterprise Ltd. https://www.outcomesstar.org.uk/wp-content/uploads/My-Mind-Star-Development-Report-FINAL_updated.pdf
- MacKeith, J., Good, A., & Burns, S. (2021). Development of a co-produced tool for monitoring and supporting the mental health of young people. *BJPsych Open*, 7(S1), S118–S119. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8771772/>
- Marrocu, E., & Tufexis, A. (2024). *Voice: Valutazione d'impatto - Report finale*. Open Impact Srl. <https://ilcalabrone.org/wp-content/uploads/reportValutazioneImpattoProgettoVoice.pdf>
- Mental Health Europe. (n.d.). *Short guide to personal recovery in mental health*. <https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2019/12/Short-Guide-to-Recovery.pdf>
- Mental Health Providers Forum. (2009). *Southside Partnership - Recovery Star Implementation Report*. https://outcomesstar.org/wp-content/uploads/2025/05/J_Southside-Partnership-Implementation-Report.pdf
- National Institute for Health and Care Excellence. (2008). *Community engagement*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44/resources/community-engagement-improving-health-pdf-1837452827077>
- Naughton, J. N. L., Maybery, D., & Sutton, K. (2018). Review of child and adolescent mental health recovery. Literature: Concordance and contention. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 5(7), 151–158. <https://doi.org/10.1007/s40737-018-0119-z>
- New Freedom Commission on Mental Health. (2003). *Achieving the promise: Transforming mental health care in America. Final report*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Nyashanu, M., & Nicholson, J. (2022). Mental Health Recovery Star: review of the evidence and development of an action plan to improve practice. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*,

69(2), 11-19. https://www.outcomesstar.org.uk/wp-content/uploads/New-Zealand-Journal-of-Occupational-Therapy-NZJOT_Vol69_No2_September_2022_Godhelp.pdf

Onifade, Y. (2011). Mental Health Recovery Star. *Mental Health and Social Inclusion*, 15(2), 78-87. <https://doi.org/10.1108/20428301111140921>

O'Reilly, M., Svirydzenka, N., Adams, S., & Dogra, N. (2018). Review of mental health promotion interventions in schools. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(7), 647–662. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1530-1>

Piat, M., Seida, K., & Sabetti, J. (2017). Understanding everyday life and mental health recovery through CHIME. *Mental Health and Social Inclusion*, 21 (5): 271–279. <https://doi.org/10.1108/MHSI-08-2017-0034>

Pirella, A. (2015). *Il manicomio di carta. Cronache di una rivoluzione psichiatrica (1968-1978)*.

Placentino, A., Lucchi, F., Scarsato, G., Fazzari, G., & Gruppo REX.IT (2017). La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana. *Rivista di Psichiatria*, 52(6), 247-254. <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/2846/articoli/28728/>

Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L. L., Redding, C. A., & Rosenbloom, D. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 13(1), 39–46. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.13.1.39>

Raniti, M. B., Rakesh, D., Patton, G. C., & Sawyer, S. M. (2022). The role of school connectedness in the prevention of youth depression and anxiety: A systematic review with youth consultation. *BMC Public Health*, 22, 2152. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14364-6>

Rayner, S., Thielking, M., & Lough, R. (2018). A new paradigm of youth recovery: Implications for youth mental health service provision. *Australian Journal of Psychology*, 70(4), 330–340. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12206>

- Reid, K., et al. (2024). The translation of recovery-oriented social work practice in child and youth mental health: A scoping review. *The British Journal of Social Work*, 54(6), 2506–2525. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcae041>
- Roberts, G., & Boardman, J. (2013). Understanding ‘recovery.’ *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(6), 400–409. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.112.010355>
- Roper, C., Grey, F., & Cadogan, E. (2018). Co-production: Putting principles into practice in mental health contexts. https://healthsciences.unimelb.edu.au/_data/assets/pdf_file/0007/3392215/Coproduction_putting_principles_into_practice.pdf
- Rose, D. (2014). The mainstreaming of recovery. *Journal of Mental Health*, 23(5), 217–218. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.928406>
- Ruggeri, M. (2025). Adolescenti e adulti nella stessa tempesta: Educare quando nessuno ha le risposte. *Animazione Sociale*, 383, 22–32. <https://www.animazione sociale.it>
- SAMHSA. (2006). *National consensus statement on mental health recovery*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://dn790000.ca.archive.org/0/items/consensusstatement/consensus%20statement.pdf>
- Scarsato, G. (2023). La mappatura dinamica come pratica generativa nei percorsi di recovery. In G. Tognetti & M. Cacioppo (Eds.), *Alla ricerca del territorio perduto: La mappatura dinamica delle risorse per la recovery*. FrancoAngeli. <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/book/921>
- Sklar, M., Groessl, E. J., O'Connell, M., Davidson, L., & Aarons, G. A. (2013). Instruments for measuring mental health recovery: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1082-1095. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.002>
- Slade, M., & Wallace, G. (2017). Recovery and Mental Health. In M. Slade, L. Oades, & A. Jarden (Eds.), *Wellbeing, Recovery and Mental Health* (pp. 24–34). chapter, Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316339275.004>

- Slay, J., & Stephens, L. (2013). *Co-production in mental health: A literature review*. New Economics Foundation. https://new-economicsf.files.svdcn.com/production/files/ca0975b7cd88125c3e_ywm6bp311.pdf
- Snowdon, N., Huda, M. M., Dalton, H., & Allan, J. (2025). Evaluating a community-delivered, nature-based mental health program for rural adolescents: *Evidence from the human nature program*. Research Square. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-7909305/v1>
- Snyder, C. R. (2002). TARGET ARTICLE: Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01
- Sulaiman, I. H., Abdul Taib, N. I., Lim, J. T. Y., Mohd Daud, T. I., & Midin, M. (2024). The role of peer support in recovery among clients with mental illness attending the psychiatric service in a tertiary hospital in Malaysia: a qualitative study. *BMC psychiatry*, 24(1), 470. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05901-1>
- Szadejko, K. (2020). Il modello “biopsicosociale”: Verso un approccio integrale. *Teoria e Prassi*, 1(1), 21–29. https://www.igtoniolo.it/wp-content/uploads/2020/10/20-10_TP_Il-modello-biopsicosociale.pdf
- Tickle A, Cheung N, Walker C (2013), Professionals’ perceptions of the Mental Health Recovery Star. *Mental Health Review Journal*, 18 (4),194–203. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-04-2013-0015>
- Tognetti, G., & Cacioppo, M. (Eds.). (2023). *Alla ricerca del territorio perduto: La mappatura dinamica delle risorse per la recovery*. FrancoAngeli. <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/book/921>
- Topor, A., Borg, M., Di Girolamo, S., & Davidson, L. (2011). Not just an individual journey: social aspects of recovery. *The International journal of social psychiatry*, 57(1), 90–99. <https://doi.org/10.1177/0020764009345062>
- Triangle Consulting Social Enterprise Ltd (2014). *Mental Health Recovery Star: Guida per l’utente*.
- Triangle Consulting Social Enterprise Ltd (2019). *My Mind Star: Guida per l’utente*.

Triangle Consulting Social Enterprise Ltd (n.d.a). *Development of the Recovery Star* (4th ed.).
<https://www.outcomesstar.org.uk/wp-content/uploads/RS4-development-process-1.pdf>

Triangle Consulting Social Enterprise Ltd (n.d.b). *My Mind Star: Guida per gli operatori*.

UNICEF. (2022). *Promoting and protecting mental health in schools and learning environments*.
<https://www.unicef.org/media/126821/file/Promoting%20and%20protecting%20mental%20health%20in%20schools%20and%20learning%20environments.pdf>

Viksveen, P., Cardenas, N.E., Berg, S.H., Salamonsen, A., Game, J. R., & Bjonnes, S. (2024). Adolescents' involvement in mental health treatment and service design: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 24, 1502. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11892-2>

WHO Regional Office for Europe. (2024). *Child and adolescent health in the WHO European Region: Adolescent mental health fact sheet*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c0b5c1fc-f368-4139-bfd8-35d6a8a4fa5a/content>

World Health Organization (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*.
<https://iris.who.int/handle/10665/42407>

World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013–2020*.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a3368698-a5f7-491c-b26b-ee58b08868c6/content>

World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/184ff4ef-9c4c-4aad-b1c5-437b08bc0184/content>

Zorat, D. (2025, Gennaio 30). *Voice: Ripartire dagli adolescenti*. *La Voce del Popolo*.
https://ilcalabrone.org/wp-content/uploads/La_Voce_del_Popolo_Brescia_30_Gennaio_2025.pdf

Sitografia

AIPESP. (n.d.). *Associazione Italiana Persone Esperte in Supporto tra Pari*. <https://aipesp.it/it>

Child Outcomes Research Consortium (CORC). (n.d.). *Outcomes Star*.
<https://corc.uk.net/outcome-measures-guidance/directory-of-outcome-measures/outcomes-star/>

CoLab Torre Cimabue. (2026). *CoLab Torre Cimabue*. <https://www.colab-brescia.it/>

Il Calabrone. (2024). *My Mind Star: La salute psicologica dei/delle giovani come stella polare*.
<https://ilcalabrone.org/my-mind-star/>

Il Chiaro del Bosco. (2026). *Outcomes Star*. <https://ilchiarodelbosco.org/outcomes-stars/>

Le Parole Ritrovate. (n.d.). *Le Parole Ritrovate*. <https://www.leparoleritrovate.com/>

Ministero della Salute. (2024). *Salute mentale: Relazione annuale al Parlamento*.
<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/salute-mentale/salute-mentale-dalla-legge-basaglia-ad-oggi/>

Ministero della Salute. (2026). *Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale 2025–2030*.
<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/salute-mentale/piano-di-azioni-nazionale-la-salute-mentale/>

Outcomes Star. (2026). *Outcomes Star*. <https://outcomesstar.org/>

Rete Utenti Salute Mentale Lombardia. (n.d.). *RUL – Rete Utenti Salute Mentale Lombardia*.
<https://www.reteutentilombardia.it/>

World Health Organization. (2025a). *Mental health of adolescents*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

World Health Organization. (2025b). *Improving the mental and brain health of children and adolescents*. <https://www.who.int/activities/improving-the-mental-and-brain-health-of-children-and-adolescents>