



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**RECOVERY e SALUTE  
MENTALE:  
Indagine conoscitiva relativa agli  
infermieri che operano in ambito  
psichiatrico**

Relatore:  
**Dott. Maurizio Mercuri**

Tesi di Laurea di:  
**Arianna Plebani**

Correlatore:  
**Dott.ssa Stefania Impicci**

A.A. 2018/2019

*Ai miei genitori e a mio fratello,  
“Che la strada sia sempre libera da ostacoli,  
e se incontri sassi,  
costruisci ponti”.*

## INDICE

1. INTRODUZIONE.....	pag.2
1.1Significato di Recovery.....	pag.3
1.2Recovery Multidimensionale.....	pag.4
1.3Il concetto di recupero funzionale.....	pag.6
2. CENNI STORICI.....	pag.10
2.1La psichiatria prima della legge 180.....	pag. 10
2.2L'antipsichiatria.....	pag.12
2.3Il trattamento psichiatrico moderno.....	pag. 16
3. STRUMENTI DI INDAGINE.....	pag.18
3.1Il Questionario.....	pag.18
3.2Le aree della costruzione del questionario.....	pag.20
4. METODOLOGIA.....	pag.24
4.1Modalità di somministrazione del questionario....	pag.24
4.2Il centro di Salute Mentale(CSM).....	pag.26
4.3Il Servizio Riabilitativo Residenziale (SRR).....	pag.28
5. RISULTATI.....	pag.30
6. DISCUSSIONE.....	pag.35
CONCLUSIONI.....	pag.38
BIBLIOGRAFIA .....	pag.40
ALLEGATI.....	pag.44

## 1. INTRODUZIONE

Il processo di *Recovery*, definita anche Riabilitazione Psichiatrica, è quell'insieme di interventi mirati a migliorare il funzionamento di persone con disabilità psichiche, in modo di essere in grado di svolgere un ruolo valido con successo e soddisfazione nell'ambiente di vita scelto con il minor sostegno continuativo possibile. Nel dipartimento di salute mentale viene introdotta in ambito territoriale poiché i pazienti hanno già superato la fase acuta e hanno iniziato il percorso di reinserimento nell'ambito lavorativo e sociale.

La tesi è stata svolta con l'idea di fornire uno studio pilota per approfondire la conoscenza del processo di *Recovery* e dare uno stimolo a successive ricerche in ambito psichiatrico e di assistenza infermieristica.

Tra i vari aspetti relativi all'assistenza psichiatrica, il tema della *Recovery* non è conosciuto come gli altri, ma rappresenta un percorso importante per consentire al paziente di ritrovare un ruolo significativo nella società, dopo avere accettato il proprio stato di salute mentale ed avere intrapreso le cure necessarie.

Proprio per questo si è deciso di esplicitare con una ricerca descrittiva quanto questo processo sia conosciuto tra gli operatori infermieristici, che sono coloro che si trovano a contatto con i pazienti durante tutto il percorso, dalla fase acuta fino alla dimissione e al reinserimento nella società.

Per presentare una fotografia più precisa di questa tematica si è anche voluto evidenziare quali aspetti della *Recovery* siano applicati nella realtà delle strutture territoriali del Dipartimento di Salute Mentale e il modo in cui gli operatori infermieristici si relazionano con le tecniche e le metodologie relative a questo processo di assistenza.

## 1.1 SIGNIFICATO DI *RECOVERY*

Il termine *Recovery* presenta diverse sfumature di significato.

Spesso nella letteratura disponibile questo termine inglese viene tradotto con vocaboli come: “recupero, ripresa, guarigione” tutte parole che trasmettono un'idea di punto di arrivo, conclusione di uno stato di malattia.

In realtà, da un punto di vista psichiatrico, con *Recovery* si indica un processo di cambiamento attraverso cui l'individuo migliora la propria salute e benessere, vive in modo “*self-directed*” e si impegna a vivere al meglio delle proprie potenzialità.

*Recovery* è un concetto elaborato dal movimento dei diritti e per la vita indipendente dei disabili che guarda alla salute come autodeterminazione ed inclusione sociale. E' la nuova fase trasformativa del concetto di salute mentale, la fase in cui gli utenti prendono la parola.

Per quanto sia un processo continuo si possono evidenziare anche delle fasi della *Recovery*: dello shock, della passività, in cui si subisce, della rabbia e della lotta contro la disabilità dell'accettazione e dell'*empowerment*, in cui si valorizzano elementi della propria esperienza.

Un aspetto critico di questo processo è lo sviluppo di un senso di coscienza circa la propria esperienza come persona con un problema mentale, la ricerca di un significato personale in questa esperienza e perciò lo sviluppo di un senso di se stesso come 'altro dall'essere disabile'.

La *Recovery* non avviene in solitudine ma richiede la partecipazione di una o più persone che aiutano in momenti cruciali per la loro presenza, per il loro modo di trattare la persona e i suoi problemi, per l'accettazione e la fiducia trasmessa.

## 1.2 RECOVERY MULTIDIMENSIONALE

Gli studi degli ultimi decenni hanno chiaramente dimostrato la natura multidimensionale della *Recovery* e, di conseguenza, la necessità di misurare i suoi esiti su diverse aree:

- **Clinica** (*clinical Recovery*: indicatori oggettivi e misurabili): valuta la remissione prolungata dei sintomi diagnosticati, presenti ad un livello subclinico per frequenza ed intensità; la riduzione delle ospedalizzazioni e delle recidive; l'aderenza terapeutica.
- **Soggettiva** (*personal Recovery*: indicatori soggettivi e solo in parte misurabili): valuta la ripresa di prospettiva, l'aumento del livello di autostima, di auto-efficacia e di autodeterminazione, la capacità di scelta, di assunzione di responsabilità, di accettazione di correre rischi, di riduzione della dipendenza dai servizi; la speranza realistica per un futuro migliore, legata al convincimento di poter fronteggiare i sintomi e la disabilità in maniera attiva, il recupero di un senso di sé positivo, il successo nel raggiungere i propri obiettivi, la partecipazione consapevole al trattamento, lo stimolo a trovare nuovi ruoli più soddisfacenti e socialmente validi, la capacità di resilienza per superare le avversità, la capacità di auto-aiuto e di supporto tra pari, la de-stigmatizzazione della malattia mentale, il ridimensionamento del trauma della malattia e l'accettazione dei propri limiti.
- **Sociale** (*social Recovery*: indicatori soggettivi non misurabili e oggettivi misurabili): ciò che le persone sperimentano quando, diventando più capaci di gestire la loro malattia mentale e/o l'abuso di sostanze, raggiungono un

significativo e positivo senso di appartenenza alla comunità (inclusione sociale).

- **Funzionale** (*functional Recovery*: indicatori oggettivi e misurabili): valuta il miglioramento delle funzioni cognitive e socio-lavorative; il coinvolgimento a tempo pieno o parziale in un'attività presupponente l'esercizio di un ruolo valido - come il lavoro o la scuola – costruttiva e appropriata all'età; una vita parzialmente o totalmente indipendente dalla famiglia o dai servizi, per le esigenze quotidiane ( gestione del denaro, dei beni personali, dei farmaci, degli appuntamenti); i buoni rapporti con i familiari; le attività ricreative in luoghi e contesti normali; le relazioni soddisfacenti con i pari, la cura delle amicizie più strette, il mantenimento di una rete sociale di conoscenti.

### 1.3 IL CONCETTO DI RECUPERO FUNZIONALE

Quando si affronta la *Recovery* da un punto di vista funzionale è necessario andare al di là della semplice idea di remissione clinica, infatti essa comprende molteplici aspetti della vita del paziente, rendendo difficile stabilirsi su una definizione e sviluppare criteri di valutazione affidabili. La maggior parte degli esperti ha concordato sul fatto che il recupero funzionale si sovrappone ad altri concetti come la qualità della vita, la cognizione e la remissione clinica. Inoltre, gli esperti hanno identificato l'influenza della remissione sintomatica, dell'autonomia personale, dell'attività professionale, delle relazioni sociali e dei fattori ambientali sul recupero funzionale. Il recupero funzionale è influenzato da vari fattori ambientali, tra cui eventi di vita stressanti, abuso di sostanze, condizioni socioeconomiche e dinamiche familiari.

Tuttavia, la maggior parte di essi ha riconosciuto che nessuno di questi fattori prevede in modo indipendente il mancato raggiungimento del recupero funzionale. Altri fattori ambientali come il tipo di origine (es. Migrante / locale) e residenza (es. Urbano/rurale) non sono stati considerati in grado di influenzare significativamente il recupero funzionale. Entrambi i sintomi negativi e cognitivi sono stati considerati causa di un impatto significativo sul recupero funzionale, senza superiorità di nessuno dei due gruppi di sintomi. Infine, gli esperti hanno concordato sul fatto che l'auto-stigma (o lo stigma interiorizzato) ha un impatto maggiore sul recupero funzionale rispetto allo stigma sociale. Vi è stato un accordo generale sul fatto che sono necessari interventi psicosociali per raggiungere il recupero funzionale (92,3% di accordo). Tra tutti gli interventi proposti, gli interventi familiari e quelli volti allo sviluppo delle abilità sociali e al miglioramento della occupabilità sono



stati considerati i più utili per il recupero funzionale . Il recupero funzionale è un concetto complesso e multidimensionale che deve essere considerato non solo dai clinici ma anche da ricercatori, pazienti e *caregiver*, così come i responsabili delle politiche di salute mentale. Sebbene la prospettiva delle varie parti interessate coinvolte nella definizione di recupero funzionale possa convergere su molti aspetti, la mancanza di una terminologia comune e il perseguimento di obiettivi diversi ha portato a un ampio repertorio di definizioni, nessuna delle quali si distingue chiaramente dalle altre.

Sebbene la nozione di *recovery* sia diventata centrale nelle politiche e nelle pratiche di molti sistemi di salute mentale, è ancora difficile raggiungere un accordo generalizzato nella sua definizione e misurazione, sulla base delle diverse accezioni che ne danno gli utenti, familiari, clinici, ricercatori. La definizione del *Recovery* più vicina ai clinici e ai ricercatori si fonda sull'assunto che la malattia mentale è prevalentemente di eziologia biologica e che l'obiettivo della guarigione, ottenuto con una cura, sia la completa assenza della malattia e il ritorno al normale funzionamento di vita. Ma non tutti concordano con tale affermazione: secondo molti il *Recovery* potrebbe non aver bisogno di implicare una cura, potrebbe realizzarsi anche in presenza di sintomi persistenti e si declinerebbe, oltre che nella psicopatologica, anche nella dimensione funzionale, la quale è in molti casi relativamente dipendente da sintomi, soprattutto nella fase residuale del disordine. Esempio: un individuo può sperimentare sintomi severi, ma funzionare moderatamente bene nel lavoro; un altro può avere sintomi lievi ed essere gravemente disfunzionale nelle attività quotidiane. La definizione più "clinica" di *Recovery* dunque lo considera un esito e si focalizza sui sintomi e sul funzionamento, prendendo in esame la performance nelle attività quotidiane

richieste per l'autogestione (mantenere un'abitazione), la partecipazione alle attività sociali per un periodo protratto (minimo sei mesi), la remissione/ riduzione dei sintomi positivi e negativi, le capacità neuro-cognitive e l'abilità di funzionare indipendentemente nel mondo reale per un periodo protratto (almeno sei mesi). Secondo gli utenti, invece, il *recovery* non è un esito, ma piuttosto un processo olistico non lineare di adattamento positivo alla malattia e alla disabilità, mettendole in qualche modo tra parentesi, per perseguire una vita personale più piena e soddisfacente. Tale processo viene favorito dalla speranza, dall'*empowerment*, dalla motivazione, dall'assunzione di responsabilità e dall'esistenza di obiettivi personali. In tale accezione sono compresi anche i diritti civili, la battaglia contro lo stigma e la discriminazione, l'inclusione sociale e la promozione di pratiche, servizi e politiche orientati al *Recovery*. Anche se gli esiti ottenuti dai servizi riabilitativi dimostrano che gli utenti sono sensibili agli aspetti funzionali del *Recovery*, essi restano comunque più aderenti agli aspetti soggettivi come la motivazione, l'auto-stima, lo stigma interno e la speranza. Se la definizione clinica di *Recovery* ritiene l'individuo un paziente che sta guarendo dalla malattia mentale ed è intimamente legata al concetto di sollievo da una condizione patologica, la definizione degli utenti, invece, considera l'individuo "in *recovery*", espressione che implica il progredire nella vita, nonostante permangano i sintomi e la malattia.

A prescindere dai diversi paradigmi, esiste comunque generale consenso sull'esistenza di multipli domini nei quali il *Recovery* può realizzarsi, sulla loro relativa indipendenza e sull'estrema eterogeneità degli esiti di *Recovery*. Il tentativo di separare l'esito dal processo ha portato a due distinte aree di ricerca: da un lato l'approfondimento della relazione tra cognizione e *Recovery* funzionale

(clinici e ricercatori); dall'altro l'enfasi sull'esperienza soggettiva e sulla sua relazione con il raggiungimento di una vita significativa (utenti). Mentre la visione scientifica tradizionale, come evidenziato, ha chiaramente escluso la dimensione processuale di *Recovery* dal suo campo di studio, considerandolo rigorosamente un esito, alcuni ricercatori hanno tentato di integrare le due aree di ricerca analizzando il rapporto tra il *Recovery* funzionale e l'esperienza soggettiva di *Recovery*. Tra questi, spiccano Liberman e Kopelowicz (2005), i quali hanno proposto una visione più dialettica, ritenendo che il processo e l'esito siano in una costante e dinamica relazione l'uno con l'altro. La strada tracciata da loro è sicuramente promettente. Infatti, capire come le variabili soggettive e di processo si correlino alla cognizione e agli esiti di *Recovery* funzionale getterebbe molta luce su un'area non ancora chiara, aggiungerebbe conoscenze preziose a quelle di base e migliorerebbe l'efficacia degli interventi.

## **2. CENNI STORICI**

### **2.1 LA PSICHIATRIA PRIMA DELLA LEGGE 180**

La storia della psichiatria dal punto di vista scientifico è abbastanza recente, in quanto solo a partire dal sec. XIX, salvo rare eccezioni, le malattie mentali sono state considerate delle forme morbose e non frutto di possessione diabolica.

Già nell'antichità l'ipotesi eziopatogenica prevalente per le malattie mentali era quella della possessione diabolica e tale ipotesi si affermò profondamente nel Medioevo, in particolare per le forme isteriche e le psicosi con delirio e allucinazioni, dominando sino a tutto il Seicento (ancora nel 1775, in Baviera, vi fu l'esecuzione di un'indemoniata).

Fondatore della psichiatria moderna è considerato il francese Ph. Pinel, che cominciò a interessarsi di problemi psichiatrici nel 1785.

Con Pinel ed Esquirol la nuova disciplina acquistava così una vera veste scientifica, la nosografia delle varie forme si chiariva, si cominciava a porre il problema della terapia in modo diverso dalla semplice custodia (spesso in condizioni inumane) o dall'esorcismo. La riorganizzazione e l'umanizzazione dei luoghi di ricovero fu uno dei più grandi meriti di Pinel; un importante contributo di Pinel ed Esquirol alla nuova disciplina fu inoltre quello di aver dato la giusta importanza alle cause psichiche e alle influenze ambientali nella genesi delle malattie mentali.

All'inizio del sec. XX, quindi, la nosografia psichiatrica assumeva sostanzialmente la veste che le si riconosce oggi, salvo alcune differenze di non grande rilievo. Ma se da un lato si era ottenuto un chiarimento sostanziale su quali fossero le

principali forme di interesse psichiatrico, di cui si possedevano anche descrizioni accurate e attendibili, dall'altro le conoscenze erano del tutto insufficienti sia per ciò che riguardava la terapia, sia per ciò che riguardava le cause delle malattie mentali. Sul piano terapeutico i progressi sostanziali si ebbero con l'introduzione delle terapie di shock e con la scoperta degli psicofarmaci.

La prima terapia di shock fu la malarioterapia, introdotta da W. Jauregg nel 1917 per la cura della paralisi progressiva, gravissima manifestazione terziaria della sifilide. Essa consiste nell'inoculazione di sangue di malarico contenente *Plasmodium vivax* al paziente. L'infezione conseguente provocava febbre alta e, con questa, una liberazione, a livello cerebrale, di diversi neurotrasmettitori, tra cui la serotonina e la noradrenalina, spesso coinvolte nella genesi dei sintomi psicotici.

Tale meccanismo è probabilmente analogo a quello da cui dipende l'elettroshock. Alla malarioterapia seguì, come terapia di shock, la cura insulinica di Sackel (1933), consistente nel produrre un coma ipoglicemico mediante somministrazione di insulina. Il paziente viene quindi risvegliato dal coma con somministrazione di glucosio. Successivamente nacquero le terapie convulsivanti; la prima di queste fu la terapia cardiazolica di von Meduna (1935), a cui doveva seguire l'elettroshock di U. Cerletti (1938).

## 2.2 L'ANTIPSIKIATRIA

*'L'opinione pubblica ignora il problema [degli ospedali psichiatrici], vogliono ignorarlo. Il malato di mente è un argomento tabù. Le loro famiglie li nascondono. Gli ospedali psichiatrici, come le prigioni, sono quasi inaccessibili.* "Con queste parole, il famoso psichiatra italiano Ugo Cerletti (1949), inventore della terapia elettroconvulsiva, ha commentato lo " *scandalo degli ospedali psichiatrici italiani* ", le cui condizioni abominevoli sono state riportate anche in alcuni studi scientifici rapporti visitando professionisti stranieri. Sotto il regime fascista, la psichiatria italiana ha subito un drammatico deterioramento dei diritti umani e delle condizioni di vita negli ospedali psichiatrici, a causa dell'isolamento internazionale, guidato verso il controllo di comportamenti devianti e persino il suo uso politico.

Con il tempo si è anche affermata una concezione della psichiatria, detta antipsichiatria (il cui principale rappresentante in Italia è stato F. Basaglia) che, pur non negando le cause organiche della malattia mentale, pone l'accento sulla componente sociale, che ne peggiorerebbe la prognosi e che influenzerebbe anche l'efficacia delle terapie. Questa impostazione è fortemente critica nei confronti dell'emarginazione cui è sottoposto il malato mentale nelle istituzioni psichiatriche. In Italia questo movimento ha portato alla realizzazione dei cosiddetti "ospedali aperti" in cui si è tentato il recupero dei pazienti senza isolarli dal contesto sociale e familiare. In seguito, la legge 13 maggio 1980, n. 180 ha decretato la chiusura dei manicomi e la realizzazione di strutture alternative al ricovero, miranti più alla cura e al recupero dei pazienti psichiatrici che al loro internamento. In questa ottica sono stati istituiti i Dipartimenti di Salute Mentale, strutture territoriali con compiti di prevenzione, cura e riabilitazione. Tuttavia in

molte regioni le strutture alternative al ricovero manicomiale (case famiglia, comunità terapeutiche, centri diurni, ecc.) previste dalla legge non sono state pienamente realizzate. Laddove ciò è avvenuto, come nella zona di Trieste, la prognosi dei malati è migliorata, anche grazie alla disponibilità di terapie farmacologiche più efficaci e gravate da minori effetti collaterali. Nelle zone carenti, invece, la situazione dei malati può diventare molto critica e gravare eccessivamente sulle famiglie, private dell'assistenza prevista dalla legge stessa.

Dopo l'approvazione della Legge 180/1978 lo scenario dell'assistenza psichiatrica in Italia cambiò radicalmente. Quello che è successo in questi 30 anni è probabilmente uno dei capitoli più interessanti della storia della psichiatria e quello che è successo nei 40 anni successivi alla Riforma è probabilmente una delle più interessanti implementazioni della psichiatria comunitaria in tutto il mondo, nel bene e nel male .

Tuttavia, al di là dell'azione decisiva di Basaglia e dei suoi collaboratori, il processo che portò alla Riforma del 1978 fu molto articolato e conflittuale.

In Italia, oltre a determinare le scelte più radicali in psichiatria, il movimento ha accompagnato, se non addirittura guidato, battaglie per le libertà civili come il divorzio, l'aborto e l'istituzione del Servizio sanitario nazionale (SSN). Questo movimento ha trovato in Italia una parte sostanziale dei professionisti psichiatrici disposti a cambiare radicalmente il sistema, probabilmente a causa delle condizioni eticamente e professionalmente inaccettabili e inconciliabili in cui erano rimasti gli ospedali psichiatrici, mentre in altri paesi la maggior parte dei psichiatri chiari aveva un atteggiamento di resistenza all'ondata anti-istituzionale.

Il processo che ha portato alla Legge 180 è sorto attraverso varie fasi. È iniziato con l'indignazione dell'opinione pubblica in relazione ai reclami per le disumane

condizioni dell'asilo, lasciando il posto alla risonanza dell'esperienza Gorizia condotta da Basaglia (1962-1968), una comunità terapeutica all'interno di un ospedale psichiatrico ispirato al lavoro di Maxwell Jones in Scozia. Poi ci sono stati i programmi finalizzati all'umanizzazione e al ridimensionamento degli ospedali psichiatrici di Arezzo, Parma e Perugia e l'avvio di servizi comunitari alternativi a Reggio Emilia. L'ultimo passaggio ebbe luogo tutto nel 1978. A gennaio Basaglia annunciò che l'ospedale psichiatrico di Trieste, di cui era direttore, avrebbe chiuso, primo nel mondo, entro l'anno. A maggio, la legge 180 fu approvata e il ricovero negli ospedali psichiatrici fu proibito. A dicembre è stata approvata anche la legge 833 che istituisce il SSN e la psichiatria è stata completamente integrata al suo interno. Lo slogan celebre recitato sulle pareti dell'ospedale di Trieste, "La libertà è terapia", era arrivato alla realtà. Una fase completamente nuova di psichiatria italiana è stata aperta, con il progressivo smantellamento degli ospedali psichiatrici (passaggio finale solo nel 1997) e la costruzione della rete dei servizi di salute mentale della comunità, secondo un modello dipartimentale organizzato attraverso diversi livelli di protezione.

Quarant'anni dopo, l'Italia ha ancora un sistema radicale di psichiatria comunitaria, uno dei pochi paesi al mondo in cui la psichiatria di comunità ha una politica nazionale per un periodo così lungo. Tuttavia, la de-istituzionalizzazione e la rete di salute mentale della comunità si sono sviluppate a livello nazionale all'interno di un complesso equilibrio tra federale e poteri regionali per la pianificazione, la gestione e la valutazione dei servizi sanitari. Dal 1999, tutte le funzioni relative alla pianificazione e alla gestione dei servizi sanitari sono di competenza delle amministrazioni regionali, il che rende tecnicamente inappropriato parlare di un SSN o di "psichiatria italiana".



A quarant'anni di distanza dall'entrata in vigore della Legge 180, il bilancio per la psichiatria italiana sembrerebbe a prima vista abbastanza positivo.

Osservando gli elementi oggettivi, l'Italia ha portato a termine il processo di deospedalizzazione più grande e radicale nella storia della psichiatria, implementando allo stesso tempo un sistema diffuso di servizi alla comunità in tutto il paese, sebbene con gradi di solidità e qualità molto varie.

La divisione centenaria tra servizi ordinari e servizi forensi è stata superata, riportando la cura della salute mentale dei trasgressori malati di mente all'interno dei dipartimenti del SSN; tutto ciò senza impatti significativi in termini di abbandono, criminalizzazione dei malati di mente, senz'altro, allarme sociale o aumento del suicidio. Tutto sommato, l'Italia è il paese con il più basso grado di coercizione formale verso i malati di mente, per coloro che rappresentano un valore. Le profonde trasformazioni che nel corso dei secoli hanno attraversato la società italiana e riflesse sul SSN svolgono un ruolo importante.

### **2.3 IL TRATTAMENTO PSICHIATRICO MODERNO**

Il trattamento psichiatrico moderno riprende le conoscenze che derivano dalle ricerche e dalla pratica clinica, e oltre alla terapia farmacologica specifica, vi è sempre più la tendenza ad associare anche un intervento di psicoterapia. Gli sviluppi della psicofarmacologia sono stati notevoli, e hanno permesso di mettere a punto classi di farmaci come i tranquillanti maggiori (neurolettici o antipsicotici), i tranquillanti minori (ansiolitici) e gli antidepressivi (psicoanalettici), che consentono una terapia farmacologica sempre più specifica, e con minori effetti secondari e tossici per l'organismo.

La psicoterapia in ambito psichiatrico, può essere individuale, di gruppo, o centrata sulla famiglia. Quella psicodinamica, oltre al supporto della terapia farmacologica, associa la psicoterapia secondo il metodo psicoanalitico; le “terapie espressive” o di “sostegno” sono utili al paziente per sviluppare nuove abilità psicologiche e risolvere così i conflitti e il disagio psichico personale.

La psicoterapia cognitivo-comportamentale ha lo scopo di individuare gli eventi e le relazioni stressanti per il soggetto. L'obiettivo è ridurre la disabilità, incrementando le *social skills* e le strategie cognitive.

La psicoterapia della famiglia è un importante tipo di terapia e può essere eseguita secondo diverse modalità e in base al tipo di disturbo psichico del paziente. In genere viene utilizzata per patologie quali l'anoressia o la schizofrenia, nelle quali il nucleo familiare ha un ruolo importante nella dinamica e nel mantenimento del disturbo.

La sociologia si occupa di malattie mentali sotto diversi aspetti. Anzitutto cerca di individuare la relazione tra queste e il tipo di società in cui si verificano; in

particolare mette a confronto e analizza il rapporto tra natura, gravità, frequenza delle malattie mentali e alcune componenti sociali significative come la disuguaglianza sociale, la dinamica economica, i modelli culturali prevalenti. Altro campo d'indagine sociologica è l'organizzazione sociale che ruota intorno al trattamento istituzionale delle malattie mentali, e quindi lo studio della professione psichiatrica e dei luoghi di cura come sistemi sociali.

### 3. STRUMENTI DI INDAGINE

#### 3.1 IL QUESTIONARIO

La scelta della tipologia di questionario da sottoporre agli operatori è stata effettuata dopo una attenta ricerca in vari siti internet come: *pubmed*, *cochrane* e su *La Nuova Rassegna Psichiatrica*. Inserendo nella barra di ricerca le parole chiave: *Recovery*, *Recovery oriented*, *mental health*, *functional Recovery*, sono stati recuperati diversi questionari e la scelta è caduta su quello proposto da *La Nuova Rassegna Psichiatrica*, poiché più attinente al tema della ricerca e più recente.

Il Questionario proposto è il *Mental Health Service Recovery-Oriented* è un questionario che adatta alla cultura italiana lo sviluppo di due specifici questionari sul *Recovery* prodotti da Larry Davidson (il *Recovery Self-Assessment* - RSA - ed il *Recovery Knowledge Inventory* - RKI -), integrati in un singolo reattivo, suddiviso in nove aree, raggruppate nelle tre regole generali di buon funzionamento emergenti dalla summenzionata ricerca *community-based*.

Le forme in cui è stato costruito il MHSRO sono quattro, specifiche per Somministrazioni Individuali ad Operatori, Utenti, Familiari e Manager (- O - U - F - M -), e due, specifiche per Somministrazioni Collettive o per Gruppi di Osservatori Esterni, durante Audit di valutazione Interna o Esterna (- COM - DEL -) nei Servizi di Salute Mentale di Comunità.

Le nove aree in cui sono raggruppati tutti gli item, nelle varie forme sono:

- 1) Rinnovare la speranza e l'impegno;
- 2) Essere sostenuto dagli altri;

- 3) Trovare il proprio posto nella comunità locale;
- 4) Ridefinire se stessi;
- 5) Assimilare la malattia;
- 6) Gestire i sintomi;
- 7) Assumere il controllo;
- 8) Combattere lo stigma;
- 9) Maturare *empowerment*.

Le prime tre Aree (1, 2, 3) appartengono alla Prima delle tre regole generali del buon funzionamento dei Servizi di Salute Mentale di Comunità.

Le seconde tre Aree (4, 5, 6) appartengono alla Seconda Regola.

Le Terze tre Aree (7, 8, 9) appartengono alla Terza Regola summenzionata.

Queste 9 Aree presentano, ognuna, 5 affermazioni (a, b, c, d, e) quindi, il questionario si costituisce di un totale di 45 *items*, definiti da 4 livelli di valutazione che vanno da:

- 1- per niente;
- 2- un poco;
- 3- molto;
- 4- moltissimo;

## 3.2 LE AREE DELLA COSTRUZIONE DEL QUESTIONARIO

**Prima Regola** Generale di Buon Funzionamento dei Servizi *Recovery-Oriented*:

“Centratura sui bisogni dell’utenza”.

### **1- Rinnovare la speranza e l’impegno**

Le relazioni di sostegno con i membri della famiglia, gli amici, gli operatori, i membri della comunità e i pari permettono agli utenti di diventare interdipendenti in una comunità che può sia condividere la loro delusione e il loro dolore, sia gioire della loro felicità e dei loro successi. Tutte le persone hanno bisogno che venga loro offerta la “speranza” di ridefinirsi e di determinare la propria vita, di sviluppare senso d’identità e di appartenenza alla comunità, nonostante la presenza di sintomi o difficoltà persistenti, di maturare *empowerment*. I successi sono dovuti a fattori relazionali quali la fiducia e l’impegno da parte di tutte le persone coinvolte nel percorso di *Recovery*. Sono fondamentali quelle esperienze relazionali che conducono allo scambio dei seguenti sentimenti: “crede davvero in me”, “vede in me cose che io non riesco a vedere”.

### **2 - Essere sostenuto dagli altri**

Massimizzare gli aiuti informali degli amici, dei familiari, dei vicini, dei volontari e di altri membri della comunità. Gli operatori non si sostituiscono a queste reti sociali, ma evitano di ostacolarne lo sviluppo con atteggiamenti autoritari e tecnocratici, ne sostengono lo sviluppo attraverso l’ottimizzazione di tutti gli sforzi rivolti al reclutamento delle relazioni d’aiuto informale. Gli interventi si svolgono nei centri d’arte, nelle parrocchie, nelle squadre di calcio, nei centri formativi, e in tutte quelle opportunità che la comunità offre.

### **3 -Trovare il proprio posto nella comunità locale**

Gli interventi si svolgono nell'ambiente naturale della persona con l'obiettivo di facilitare le relazioni con gli altri membri della comunità sociale, sviluppare il senso di cittadinanza e sostenere le persone ad adattarsi alle difficoltà. Il focus è sulla comunità al fine di attivare percorsi d'inclusione sociale e di sviluppo locale di comunità, anche attraverso il coinvolgimento di tutte le risorse, formali ed informali, che i Servizi di Salute Mentale riescano a mettere in campo.

**Seconda Regola** Generale di Buon Funzionamento dei Servizi *Recovery-Oriented*: "Trasformazione delle relazioni cliniche".

### **4 - Ridefinire se stessi**

Gli interventi sono mediati da operatori eterogenei per cultura, etnia, professionalità, stili di vita, interessi, orientamenti religiosi, sessuali e politici. Agli utenti e ai familiari viene fornita in modo chiaro la possibilità di definire e ridefinire i criteri di tutti i percorsi di aiuto, cura ed assistenza di cui usufruiscono.

### **5 - Assimilare la malattia**

Tutti hanno dei punti di forza e delle abilità da valorizzare così come nuove capacità da sviluppare per acquisire sempre nuove competenze. Gli insuccessi di una persona nel dimostrare la propria competenza non sono dovuti solo ai deficit individuali, ma piuttosto al fallimento dei sistemi sociali nel fornire sostegno o creare delle opportunità per dimostrare e acquisire abilità. L'apprendimento dall'esperienza della malattia e della sofferenza mentale si basa sulla valorizzazione delle preferenze personali.

### **6 - Gestire i sintomi**

Apprezzare il contesto di vita della persona, valorizzando la storia personale, le

sue esperienze, i percorsi e le fasi di sviluppo permette di centrare gli interventi non sui sintomi ma sulle aspettative e le aspirazioni degli utenti. Capire l'impatto dell'emarginazione sugli utenti e sui loro sintomi rappresenta la base su cui costruire gli interventi che permettano loro di diventare quello che vogliono essere, nonostante i limiti imposti loro dalla malattia.

**Terza Regola** Generale di Buon Funzionamento dei Servizi *Recovery-Oriented*:  
"Evoluzione civile dei Servizi".

### **7 - Assumere il controllo**

Tutti gli interventi devono prevedere che siano gli utenti ad averne la guida. È necessario che gli operatori imparino a non fare niente senza l'approvazione dell'utente. Il processo di riscoperta e ricostruzione di una costante percezione di sé come agente attivo e responsabile costituisce una fonte importante di miglioramento delle condizioni di ogni utente. Sostenere la persona senza stare né un passo indietro e né un passo avanti, ma standogli semplicemente accanto, accettando che possa fare errori e sbagli.

### **8 - Combattere lo stigma**

Molte persone con disturbi psichiatrici sono stati abituati dagli operatori a "ricevere" aiuto e a lasciare che altri prendono le decisioni al loro posto e così si sentono di non avere molto da condividere e da trasmettere agli altri, mentre invece sono proprio gli utenti le persone maggiormente competenti nell'affrontare, descrivere e prendersi cura delle situazioni di disagio mentale. Attivare relazioni a doppia direzione (si dà e si riceve), serve non soltanto a sviluppare senso di *agency* e autostima al livello individuale, ma a anche a combattere lo stigma a livello sociale.



## **9 - *Maturare empowerment***

Il contesto di povertà e di esclusione dalle risorse materiali e da opportunità quali l'istruzione, il lavoro e robuste reti sociali può sia aggravare, sia interagire con l'emarginazione, l'invisibilità e la "visibilità distorta" della malattia mentale.

Disoccupazione e povertà sono sicuramente stressanti. Il contesto socio-economico in cui vivono gli utenti deve essere considerato un focus di studio, su cui l'utente stesso è informatore privilegiato, al fine di programmare al meglio i Servizi dedicati alla Salute Mentale della Comunità.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE DEL QUESTIONARIO**

Dopo avere stampato il questionario si è deciso di somministrarlo a due sezioni del Dipartimento di Salute Mentale nel centro Italia, ASUR, Area Vasta 2, dove è stato svolto l'ultimo tirocinio:

il CSM (Centro di Salute Mentale) e l'SRR ( Struttura Residenziale Riabilitativa).

La distribuzione dei questionari ai sette operatori/infermieri del CSM dell'ASUR, Area Vasta 2 è stata svolta da uno degli infermieri in quanto il coordinatore non era presente al momento della consegna del materiale.

Il materiale è stato illustrato ad entrambe le strutture, sia nei contenuti che nelle modalità di compilazione, dalla sottoscritta.

Inizialmente è stata fornita una definizione del termine *Recovery*, la Coordinatrice dell'SRR aveva già una conoscenza del termine ma ha richiesto una indicazione di come dovesse essere presentato il questionario ai colleghi. Nel caso del CSM, c'è stato un contatto telefonico con il Coordinatore che non ha posto domande relative al contenuto e alla forma della ricerca. Il personale del CSM ha ricevuto il questionario, distribuitogli da una collega infermiera, e non c'è stato alcun interesse nel ricevere spiegazioni sul significato del termine *Recovery*, pur essendo evidente una mancanza di conoscenza dell'argomento.

Il CSM ha inoltre presentato delle problematiche organizzative poiché ha smarrito temporaneamente il fascicolo con i questionari; questo è stato ritrovato e quando la sottoscritta si è recata presso la struttura per ritirarlo, ha rilevato che i questionari erano stati compilati solo parzialmente e, dopo avere sollecitato gli

interessati a completarli, è ritornata a ritirare il tutto dopo due giorni trovandoli tutti compilati.

Il materiale nel numero di 13 questionari ( 12 infermieri e 1 alla Coordinatrice) è stato consegnato all'SRR ad agosto 2019 e a settembre 2019 sono stati ritirati 11 questionari poiché due infermieri non hanno partecipato alla ricerca.

Al CSM invece i questionari sono stati consegnati a settembre 2019 unicamente a sette infermieri e ad ottobre 2019 ne sono ritornati compilati 7.

## 4.2 IL CENTRO DI SALUTE MENTALE (CSM)

Si tratta del centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche.

Al Centro fa capo un'equipe multi professionale che assicura i seguenti interventi:

- trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni strutture residenziali, ricoveri.
- attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica.
- attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formativa.
- consulenza specialistica per i servizi "di confine" ( UMEA – STDP ), nonché per le strutture residenziali per anziani e per disabili.
- valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità delle pratiche e delle procedure adottate.
- intese e accordi di programma con i Comuni per, tra l'altro, inserimenti lavorativi degli utenti psichiatrici.
- collaborazione con Associazioni di volontariato, scuole, cooperative sociali e tutte le agenzie della rete territoriale.

Il CSM è attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, e il rapporto con il CSM può variare da un solo consulto a interventi prolungati nel tempo.

L'organico del CSM dell'Area Vasta 2 è composto da 9 infermieri, di cui 2 erano in malattia al momento della somministrazione del questionario, 1 Coordinatore Infermieristico, 2 psicologi, 5 psichiatri e 1 primario.

### **4.3 IL SERVIZIO RIABILITATIVO**

Si tratta di un servizio che consente, attraverso programmi personalizzati, il recupero di abilità perdute e l'eventuale apprendimento di altre abilità mai raggiunte. Tale servizio è rivolto a pazienti non in fase di scompenso acuto.

Esso si avvale di interventi individuali, familiari e di gruppo, con particolare riferimento al coinvolgimento di tutta la famiglia nel processo terapeutico riabilitativo. L'attenzione al rapporto con le associazioni del territorio e con le cooperative ha lo scopo di legare la terapia al reinserimento sociale e lavorativo.

Il Servizio Riabilitativo si articola in:

*Servizio di Residenzialità* dove si prestano trattamenti riabilitativi in un contesto di residenzialità per favorire processi di separazione-individuazione, utili per un percorso esistenziale di autonomia e responsabilizzazione. E' favorito l'avvio al lavoro attraverso inserimenti lavorativi di tipo terapeutico e non.

*La Struttura Residenziale Riabilitativa* è una struttura a carattere non ospedaliero e di tipo comunitario, in grado di ospitare dieci persone. L'assistenza ospedaliera-riabilitativa è prestata 24 ore su 24, la durata della residenzialità è in relazione al programma e gli obiettivi dell'utente ospitato, ed in linea di massima non dovrebbe superare i due anni.

*I Gruppi Appartamento* di solito rappresentano il successivo gradino di intervento rispetto alla Struttura Residenziale Riabilitativa; possono ospitare fino ad un massimo di 9 persone (4 più 5 persone) che avendo già completato il percorso nella SRR necessitano di maggiore autonomia e responsabilizzazione (il personale dell'equipe è presente solo in particolari momenti della giornata, tutti i giorni, eccetto il sabato e la domenica).

*Servizio Semi-residenziale* rappresentato dai Centri Diurni che svolgono un intervento volto prevalentemente all'inclusione sociale attraverso attività di gruppo di vario tipo (attività espressive, sportive, culturali e di turismo sociale).

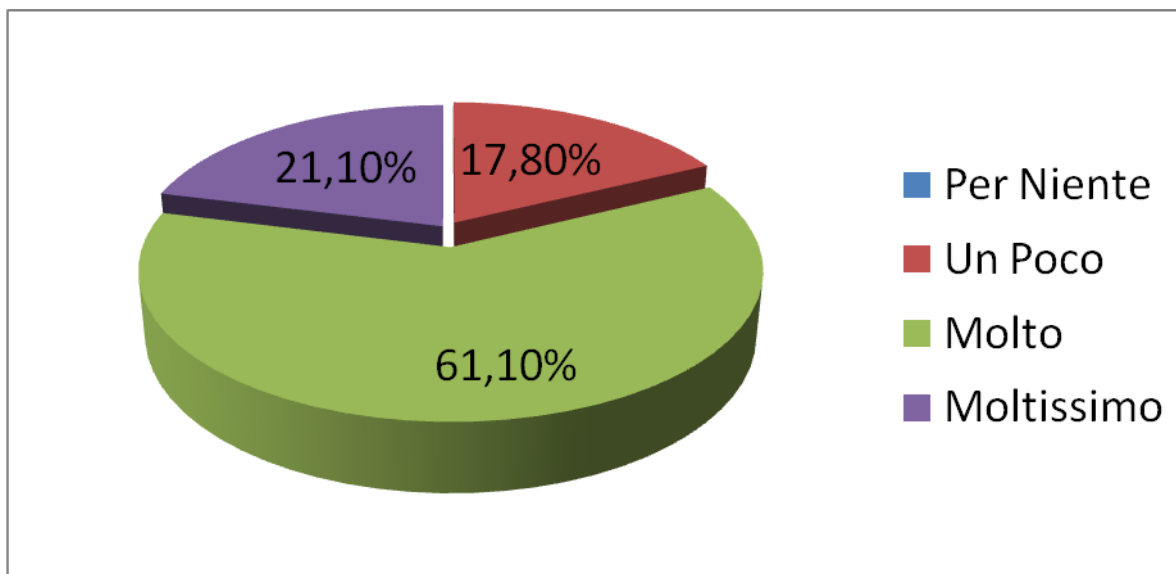
*I Centri Diurni* sono organicamente integrati con le attività del Servizio Sollievo a gestione comunale, aperto anche il sabato pomeriggio.

Ai servizi si accede previa valutazione clinica dell'equipe sanitaria (per quanto concerne i pazienti dell'ASUR Area Vasta 2).

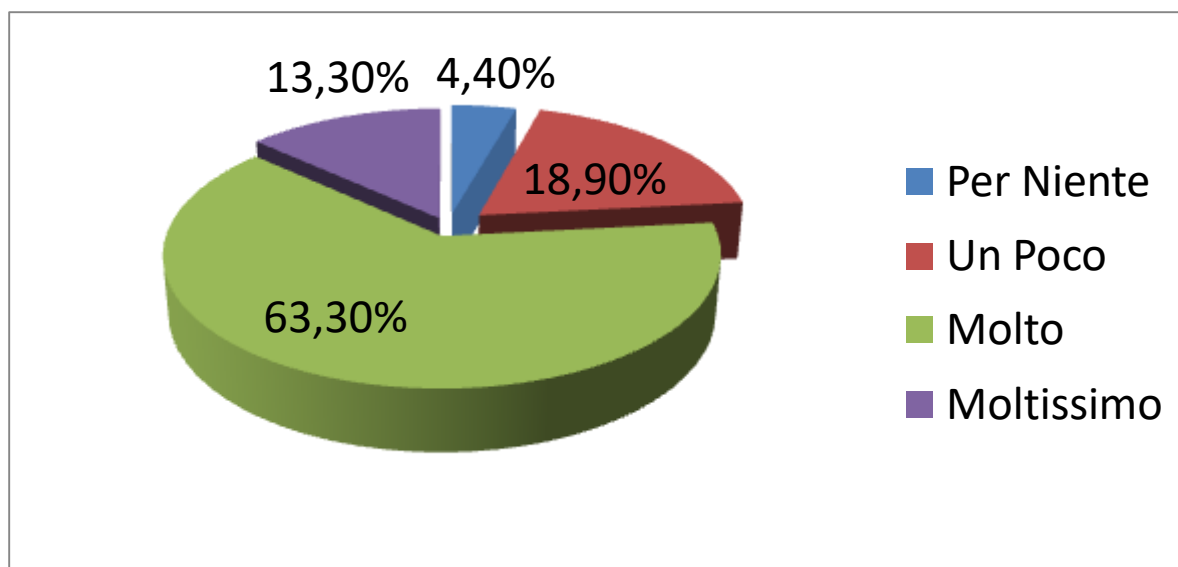
L'adesione è volontaria e prevede l'accettazione del programma da parte dell'utente e della famiglia.

L'SRR presenta un organico comprendente: 12 infermieri, 1 Coordinatore Infermieristico, 1 psichiatra, 1 psicologo e 4 educatori sociali.

## 5. RISULTATI

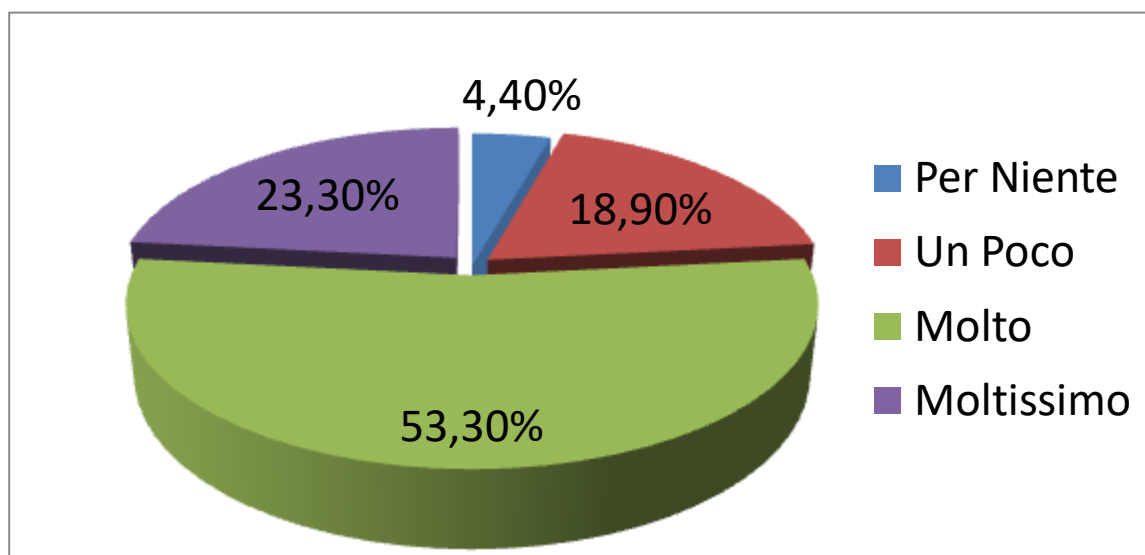


**Grafico 1:** Media Percentuale dei 5 items (a- Mi concentro sui punti di forza di ogni individuo; b- mi complimento con gli utenti per tutti i loro successi; c-credo nella potenziale crescita e nel potenziale miglioramento di tutte le persone; d- utilizzo un linguaggio di speranza e di possibilità;e- sono fiducioso anche quando gli utenti non lo sono) della prima Area **“Rinnovare la speranza e l’impegno”**.

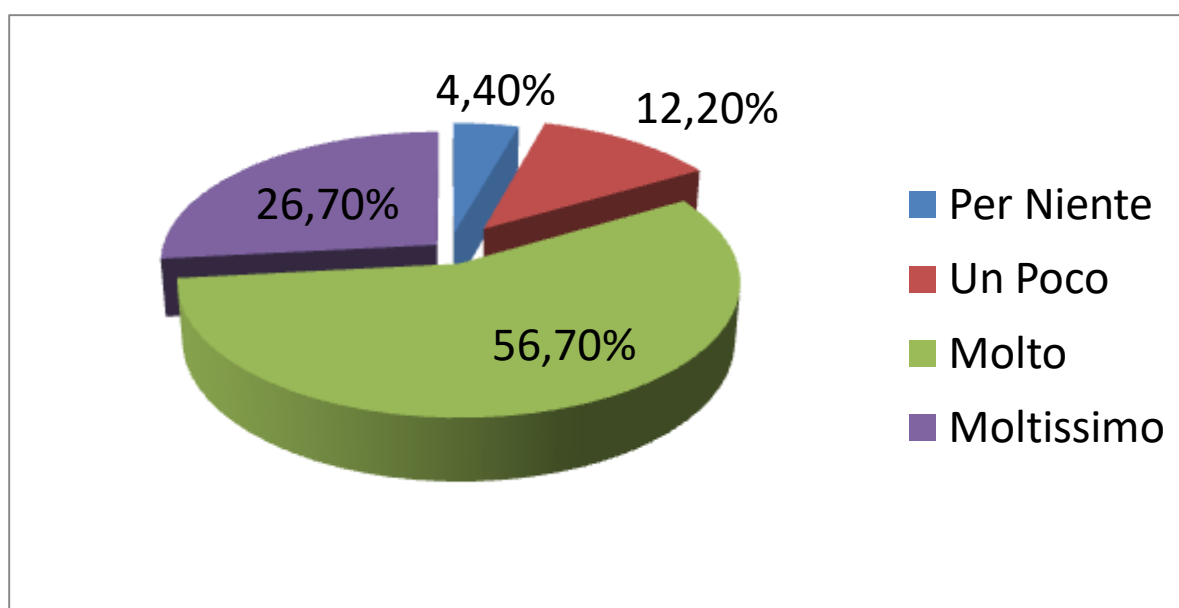


**Grafico 2:** Media Percentuale dei 5 items (a-aiuto gli utenti a sviluppare delle relazioni con la comunità locale e con le persone che possono dare un aiuto non professionale; b- sono disposto ad aiutare le persone a trovare nella comunità locale le risposte ai loro bisogni; c- riesco a condividere la mia fiducia con i colleghi e con i familiari; d- oltre ad erogare le prestazioni, promuovo gli interessi e i diritti degli utenti e dei loro familiari; e- valuto e analizzo la spiritualità come un’importante fonte potenziale di sostegno di ogni individuo;) della seconda Area **“Essere sostenuto dagli altri”**.

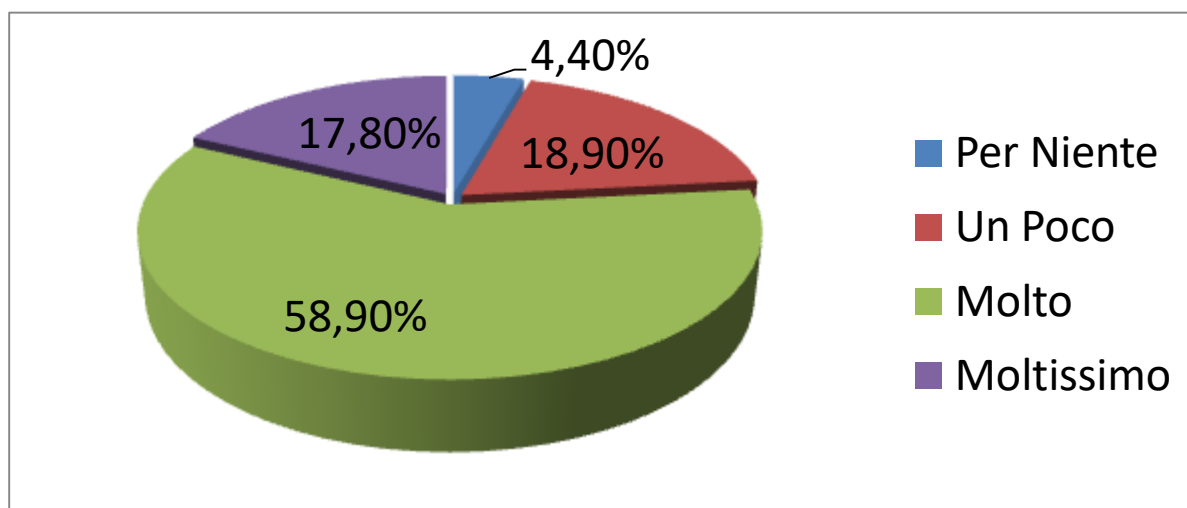




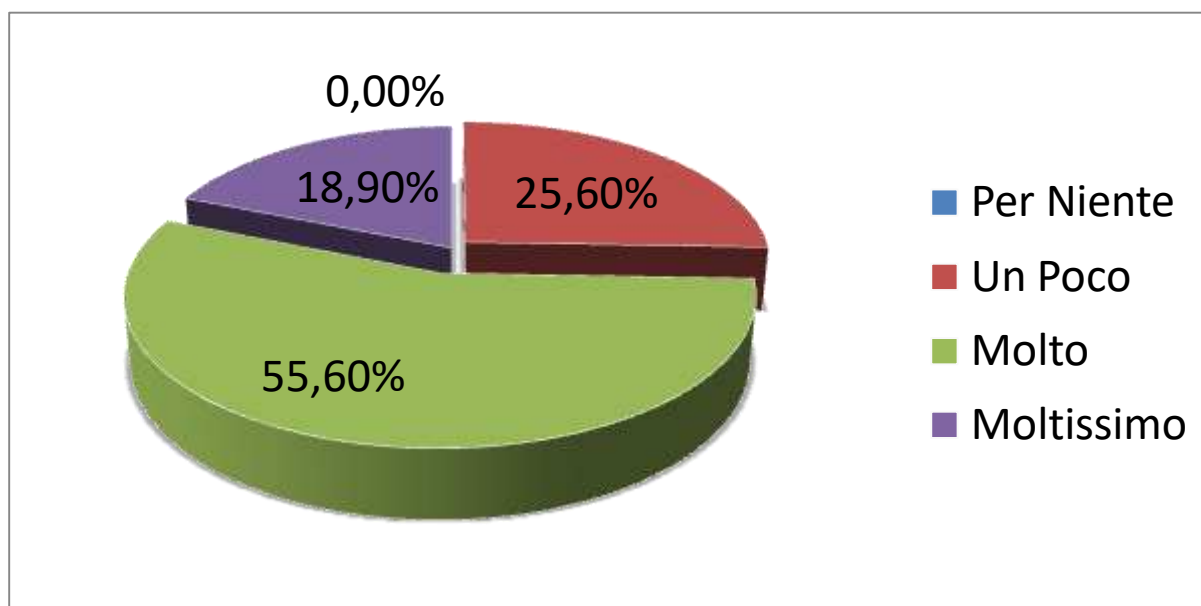
**Grafico 3:** Media Percentuale dei 5 items (a- Sostengo la partecipazione e i ruoli sociali di valore degli utenti; b- evidenzio l'occupazione come una via che conduce al recovery, e promuovo attività di svago e hobby basati sugli interessi di ogni individuo; c-sono in grado di sostenere e valorizzare i punti di forza della persona nel relazionarsi con le istituzioni, il lavoro, i contesti informali; d-sono ben informato sull'intera gamma dei servizi comunitari di Salute Mentale; e-affronto i problemi di tipo medico o fisico che potrebbero impedire alle persone di seguire i propri interessi e i propri hobby;) della terza Area **"Trovare il proprio posto nella comunità locale"**.



**Grafico 4:** Media Percentuale dei 5 items (a- aiuto le persone a coinvolgersi in ruoli sociali di valore e incentivo i loro interessi culturali; b- vedo le persone nella loro completezza di esseri umani, non solo in base alle loro malattie; c- aiuto gli utenti a pianificare la propria vita, al di là dei servizi di salute mentale; d-uso un linguaggio che mette la persona al primo posto; e- lavoro "con" e non "per" le persone, e le aiuto a condividere le loro esperienze personali;) della quarta Area **"Ridefinire se stessi"**.

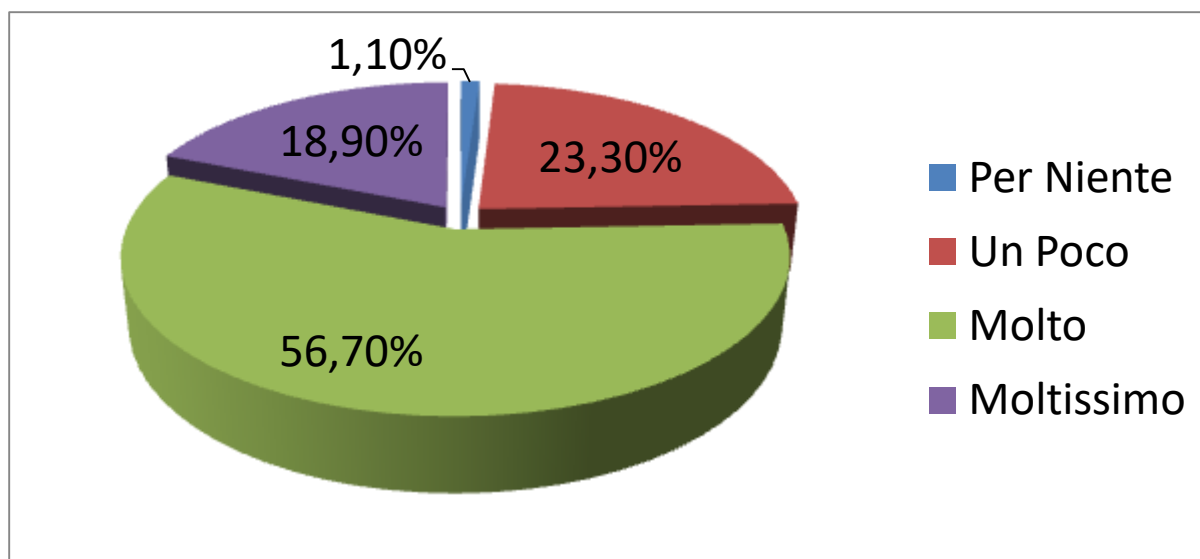


**Grafico 5:** Media Percentuale dei 5 items (a- seguo le loro indicazioni e sostegno gli utenti nel loro percorso verso la recovery; b- amplio le mie conoscenze sul processo di recovery confidando sull'aiuto degli utenti; c- faccio riferimento a persone che hanno ottenuto successo e felicità nonostante la malattia mentale; d- permetto alle persone di esprimere tutti i loro sentimenti; e- incoraggio l'utilizzo del sostegno tra pari e dei modelli recovery-based;) della quinta Area **"Assimilare la malattia"**.

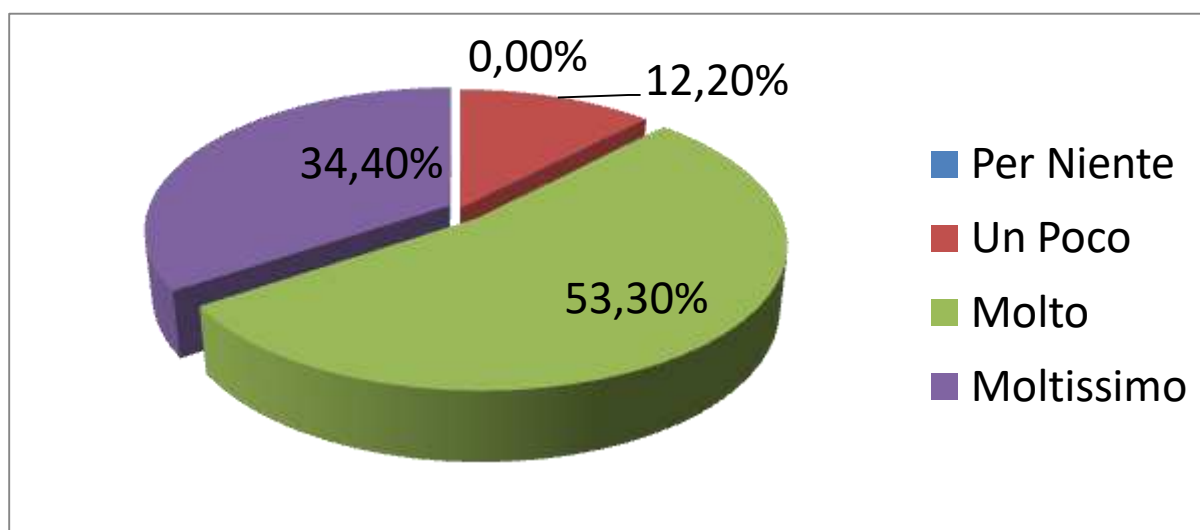


**Grafico 6:** Media Percentuale dei 5 items (a- fornisco l'accesso ad una varietà di metodi diversi attraverso un'assistenza culturalmente dinamica che riflette la comprensione del contesto sociale in cui avviene la recovery, b-capisco che la terapia è solo uno degli aspetti del recovery e che non tutti hanno bisogno di una terapia per affrontare questo percorso; c- capisco che i sintomi non devono necessariamente essere eliminati prima che la persona possa portare avanti il suo percorso di recovery e che possa emanciparsi dal Servizio; d-insegno alle persone ad autogestirsi la malattia attraverso lo sviluppo e l'applicazione di personali strategie;e- lavoro con gli utenti per sviluppare strategie che

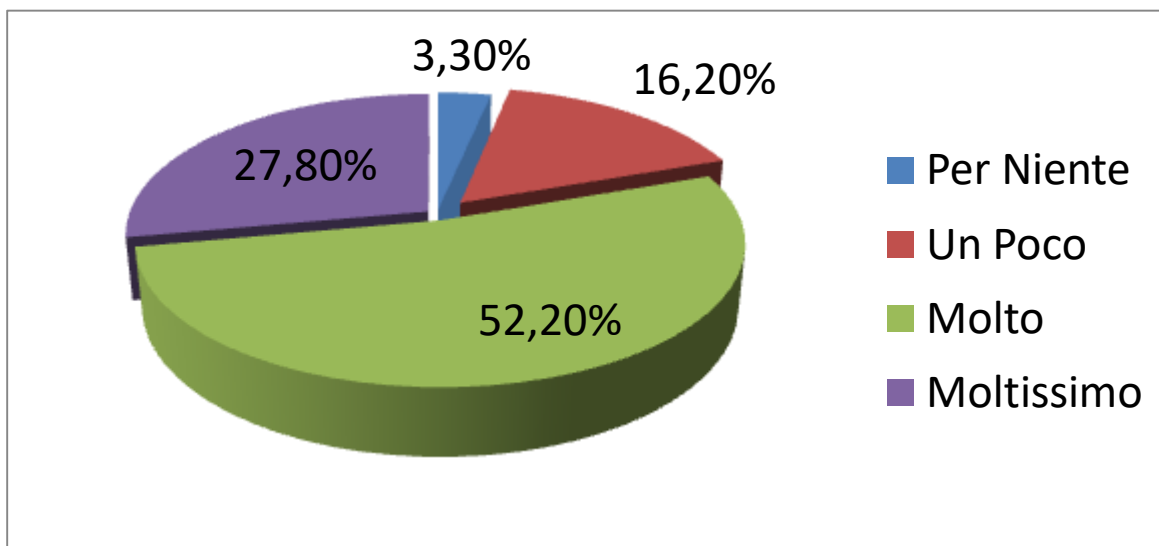
prevenivano le ricadute e definisco con essi quali strategie desiderano vengano seguite in caso di crisi;) della sesta Area **“Gestire i sintomi”**.



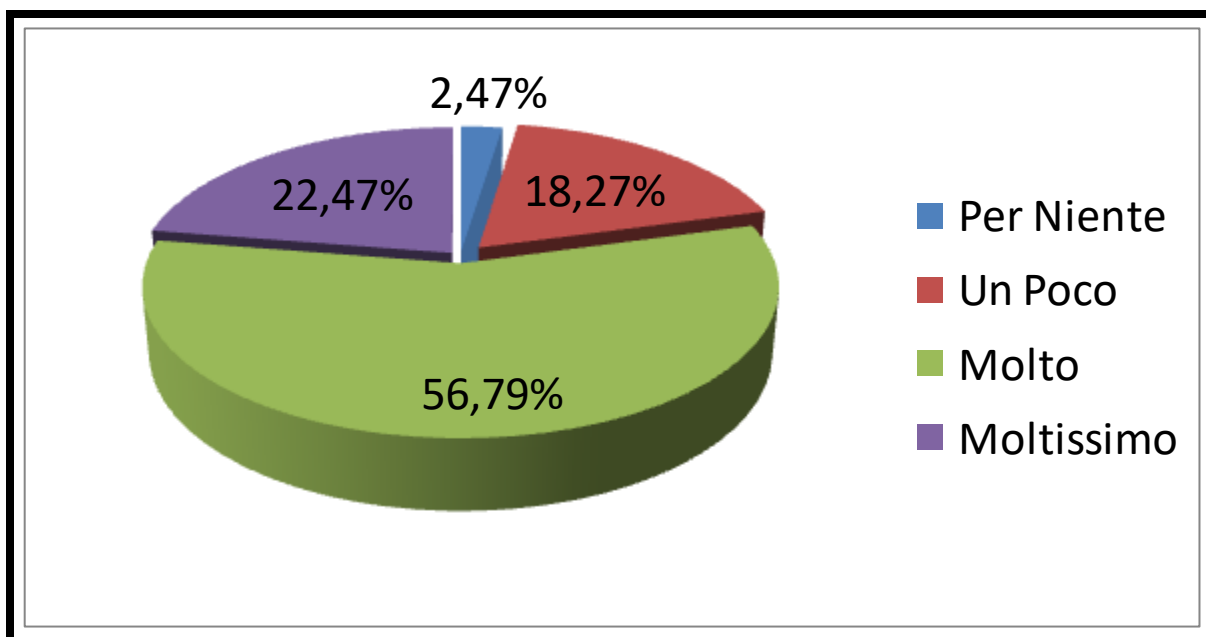
**Grafico 7:** Media Percentuale dei 5 items (a-sono in grado di contribuire ad una progettazione centrata sulla persona; b-fornisco sempre agli utenti opportunità di scelta offrendo delle opzioni tra le quali scegliere; c- evito un atteggiamento di controllo; d- concedo le persone il diritto di commettere errori considerando le opportunità di apprendimento; e- evito atteggiamento dell'operatore che sa tutto e mi relaziono alla pari;) della settima Area **“Assumere il controllo”**.



**Grafico 8:** Media Percentuale dei 5 items (a- evito di utilizzare un linguaggio stigmatizzante e etichettante; b-aiuto a trasformare il Servizio in un ambiente più accogliente; c-coinvolgo le persone in recovery in attività volte ad eliminare lo stigma ed a costruire ambienti abilitanti, a cominciare dal Servizio;d- insegno alle persone come gestire lo stigma difendendo se stessi e gli altri; e-sono in grado di affrontare i pregiudizi personali;) dell'ottava Area **“Combattere lo stigma”**.



**Grafico 9:** Media Percentuale dei 5 items (a-valuto i componenti assertivi degli utenti e la loro autonomia come elementi di crescita personale ed in conseguenza di questi riduco gli aiuti di cui necessitano; b-incoraggio le persone ad essere cittadini responsabili; c-coinvolgo gli utenti in recovery in ogni aspetto della pianificazione, dello sviluppo e del miglioramento di questo Servizio e dei servizi di salute mentale in generale; d- conosco le leggi della Disabilità e sui Servizi per la Salute Mentale e insegno agli utenti come possono utilizzarle per proteggersi, e-ascolto sempre tutte le persone e rispetto le loro scelte anche quando sono opposte alle mie;) della nona Area **"Maturare empowerment"**.



**Grafico 10.** Media Percentuale di tutti e 45 gli items.

## 6. DISCUSSIONE

I dati raccolti hanno portato alla realizzazione di 9 tabelle che calcolano la media delle percentuali relative alle 5 affermazioni con valutazioni graduali da “Per niente” (1) a “Moltissimo” (4).

Il *Grafico 1*, va a sottolineare come il 61% degli infermieri intervistati abbia trovato che la prima regola della *Recovery* si avvicini “Molto” al proprio pensiero, opinione e pratica.

Interessante il fatto che nessuno si valuti “Per niente” concentrato sul paziente e sulla sua crescita e capacità di resilienza.

Credono quindi che l'utilizzo di un linguaggio di speranza e il sostegno al paziente, anche quando questi non ha fiducia nelle proprie potenzialità, sia fondamentale per un buon processo di *Recovery*.

Le percentuali rilevate riferite alla seconda Area, *Grafico 2*, mostrano come gli operatori si auto-valutino ad un livello 3, “Molto” capaci di aiutare gli utenti a sviluppare delle relazioni con la comunità locale, inoltre si mostrano anche disponibili ad assistere i pazienti nei loro bisogni promuovendo i loro interessi e diritti (anche quelli della famiglia).

Particolare attenzione va al dato relativo alla valutazione 1, “Per Niente”, che si presenta con il 4% unitamente alla valutazione 2, “Un Poco”.

La somma di questi due valori mette in evidenza che non tutti gli operatori si sentano in grado di sostenere l'assistito e di valutarne ed analizzarne la spiritualità poiché non ritengono che sia un'importante fonte di sostegno.

I risultati del *Grafico 3*, sottolineano come, anche in questo caso, gli operatori non si sentano adeguati ad aiutare il soggetto a trovare la propria collocazione in

ambito sociale.

Possiamo anche notare che la percentuale relativa al “Molto” sia inferiore rispetto alle autovalutazioni relative alle Regole 1 e 2.

Il *Grafico 4* presenta delle percentuali in linea con quelle precedentemente analizzate pur mostrando un aumento nella opzione 4, “Moltissimo”.

Il *Grafico 5*, relativa all’area 5, mostra un aumento significativo nella scelta 3, “Molto”, mostrando come gli operatori facciano riferimento alle persone che hanno ottenuto risultati positivi rispetto alla proprio disagio mentale. Tali successi sono considerati una opportunità di espressione della propria emotività.

Va sottolineato come un operatore abbia espresso la sua scarsa considerazione per il lavoro di ricerca scrivendo sotto all'espressione: *Recovery based*, presente in una delle affermazioni da valutare, “Siamo in Italia?” e apponendo le proprie valutazioni ad un livello 1.

Il *Grafico 6* che richiede una valutazione in merito alla gestione dei sintomi evidenzia uno 0% nella opzione 1, “Per Niente”, e un valore più alto nella scelta “Un Poco”, questo fa abbassare la percentuale del “Moltissimo”, valutazione 4, ma lasciando nella media la valutazione 3.

Il *Grafico 7*, ha come obiettivo quello di rilevare la valutazione rispetto alla capacità di assumere il controllo. I risultati evidenziano un sostanziale livellamento delle scelte effettuate dagli operatori facendo comprendere che non c'è una totale percezione di una adeguata capacità di relazionarsi alla pari con l'utente, rischiando di avere un atteggiamento di controllo sulle opportunità di scelta e di progettare in modo non centrato sulla persona da sostenere, ma sulle aspettative dell'operatore.

L'1% si crede invece “Per Niente” affine alla richiesta presentata nelle affermazioni

dell'area..

Relativamente al *Grafico 8*, che propone le percentuali della Regola relativa alla capacità di combattere lo stigma, si vede un netto aumento nel dato che si riferisce all'opzione 4, cioè "Moltissimo"; tale valutazione tende a dimostrare come gli operatori evitino l'utilizzo di un linguaggio stigmatizzante ed etichettante, aiutino a trasformare l'ambiente rendendolo più accogliente e compiono le azioni necessarie per aiutare gli utenti ad affrontare e superare l'ostacolo dello stigma presente all'interno della società, nell'ambito familiare e, ovviamente, in se stessi.

La maturazione dell'*empowerment*, espressa nell'ultima area, *Grafico 9*, delinea dati nettamente inferiori alle tabelle precedenti, raggiungendo appena il 52,2% nella scelta 3, cioè "Molto", ciò nonostante, anche in quest'ambito, si verifica un miglioramento nell'opzione 4, "Moltissimo".

Una particolare attenzione va posta ai risultati percentuali della scelta 1, "Per Niente", che in sei Regole varia tra il 1% circa e il 4,4%, mentre risulta equivalente a 0% nelle restanti tre.

## CONCLUSIONI

Dopo avere eseguito l'analisi dei dati raccolti attraverso l'autovalutazione eseguita dagli infermieri delle strutture territoriali psichiatriche dove sono stati distribuiti i questionari, è stato evidente come la percezione personale degli operatori in merito alla loro conoscenza del processo di *Recovery* sia "Molto" affine ad esso.

Nonostante ciò si ha comunque una percentuale di circa del 20% degli operatori che non si sente "Per Niente" o, comunque "Un Poco", in grado di operare secondo le Regole del processo di *Recovery*.

I grafici evidenziano come la somma delle percentuali relative al "Per Niente" e al "Un Poco" corrisponde a quella del "Moltissimo", descrivendo una situazione in evoluzione per quanto riguarda l'acquisizione delle competenze e delle abilità necessarie al raggiungimento di un livello elevato di gestione del processo di *Recovery*.

Avendo potuto svolgere la ricerca utilizzando il questionario strutturato su 45 items calibrati per l'auto valutazione da parte degli operatori, si è compreso che il processo di *Recovery*, pur essendo oggi giorno un percorso fondamentale per ridare speranza, appoggio e fiducia ai pazienti psichiatrici, ai familiari e alla comunità in generale, non è sufficientemente applicato all'interno delle strutture psichiatriche che invece, dovrebbero fornire le basi necessarie per consentire ai soggetti una progettazione esistenziale positiva, rivolta ad un reinserimento sociale e ad una accettazione da parte di se stessi e delle persone che interagiscono con il soggetto.

Data l'importanza del processo di *Recovery* per la riabilitazione e reinserimento sociale del paziente psichiatrico è auspicabile una formazione specifica basata



sulle evidenze scientifiche e sullo studio di casi in modo da ricalibrare la pratica clinica; tale nuovo approccio permetterebbe di abbandonare la strada del “come si è sempre fatto” per intraprendere un percorso mirato alle esigenze del singolo paziente preso in carico.

## BIBLIOGRAFIA

1. Andreoli V., "I principi della nuova Psichiatria", Rizzoli, Milano 2017.
2. Anthony W. A., "A recovery-oriented service system: Setting some system level standards". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2000, 24(2), 159-168.
3. Anthony W. A., "Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s". *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993. 16(4), 11-23.
4. Balduzzi R., "Manuale di Diritto Sanitario", Il Mulino, Bologna 2012.
5. Barbieri L., Basso L., Boggian I., Lamonaca D., Merlin S., Peloso P.F., "Storie di recovery", EricksonLive, Trento, 2013.
6. Basaglia F., (a cura di), "l'istituzione negata", Torino, einaudi, 1968.
7. Bruschetta S., "Definizioni operative e strumenti empirici per valutare l'orientamento al recovery dei Servizi di Salute Mentale di Comunità". Da <http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/index.php/numeri-precedenti/volume-17/2-edizione-questionari-mental-health-service-recovery-oriented-progetto-visiting-dtc>. (Ultimo accesso 13/11/2019).
8. Carling P. J., "Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities". New York, NY: The Guilford Press, 1995.
9. Carozza P., "Dalla centralità dei servizi alla centralità della persona. L'esperienza di cambiamento di un Dipartimento di Salute Mentale", Franco Angeli Edizioni, 2014.
10. Davidson L., J.Tondora, M.Lawless, M. Connell, M.Rowe, "Il recovery in psichiatria. Organizzazione dei servizi e tecniche operative", Erickson, Trento, 2012.
11. Davidson L., and Strauss J. S., "Beyond the biopsychosocial model:

- Integrating disorder, health, and recovery. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 1995, 58(1), 44-55.
12. Fioritti A., "Is freedom (still) therapy? The 40th anniversary of the Italian mental health care reform". Da [https://www.semanticscholar.org/paper/Is-freedom-\(still\)-therapy-The-40th-anniversary-of-Fioritti/d423ddf42689eabdd5916931fa9c963d21a55733](https://www.semanticscholar.org/paper/Is-freedom-(still)-therapy-The-40th-anniversary-of-Fioritti/d423ddf42689eabdd5916931fa9c963d21a55733) (ultimo accesso 13/11/2019)
  13. Giorgetti R., "Legislazione e organizzazione del servizio sanitario", Maggioli Editore, Sant'Arcangelo di Romagna (RN), 2016.
  14. Hoge M. A., Davidson L., Griffith E. E. H., Sledge W. H., & Howenstine R.A. "Defining managed care in public-sector psychiatry. *Hospital & Community Psychiatry*", 1994. 45(11), 1085-1089.
  15. Iannone F. R., "La responsabilità medica dopo la riforma Gelli-Bianco", (legge 22/2017) Admaiora Editrice, Roma 2017.
  16. Lahera G., Gálvez J. L., Sánchez P., Martínez-Roig M., Pérez-Fuster J. V., García-Portilla P., Herrera B., Roca M., "Functional recovery in patients with schizophrenia: recommendations from a panel of experts". Da <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-018-1755-2>. (Ultimo accesso 13/11/2019)
  17. Latimer E.A., Bond G.R., Drake R.E. (2011), "Economic Approaches to Improving Access to Evidence-Based and Recovery-Oriented Services for People with Severe Mental Illness". *Canadian Journal of Psychiatry*; n. 56(9): pp. 523-529.
  18. Lemkau P.V., De Sanctis C., "A survey of Italian psychiatry", *American Journal of Psychiatry*, 1950, 107; 401-408.

19. Liberman R.P., "Il recovery dalla disabilità. Manuale di riabilitazione psichiatrica", Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2012.
20. Mantovani F., "Esclusione sociale e violenza istituzionale", *Diacronie* , N° 20, 4 | 2014, documento 6, (ultimo accesso 13/11/2019).
21. Maone A., D'Avanzo B., "Recovery: nuovi paradigmi per la salute mentale", Cortina Editore, Milano, 2015.
22. Marin I., "Fattori personali, sociali e assistenziali del processo di recovery da un disturbo mentale grave", Novembre 2005; da [http://www.triestesalutementale.it/formazione/master\\_2006-07/lezioni/marin\\_recovery.ppt](http://www.triestesalutementale.it/formazione/master_2006-07/lezioni/marin_recovery.ppt) (ultimo accesso 11/11/2019).
23. Morana D., "La salute come diritto costituzionale", Giappichelli Editore, Torino 2015.
24. Piccione D., "Il pensiero lungo", Ab Edizioni alphabeta verlag, Sommacampagna (VR) 2012.
25. Ralph R.O., "Recovery. Plenary Presentation at the 38th Annual Southern Regional Conference on Mental Health Statistics". New Orleans, Louisiana, 1996.
26. Regione Marche, "Guida dei Servizi – Servizi Riabilitativi". Da [http://asl5.salute.regione.marche.it/viewdoc.asp?CO\\_ID=24259](http://asl5.salute.regione.marche.it/viewdoc.asp?CO_ID=24259) (Ultimo accesso 13/11/2019).
27. Roscioni L., "Il governo della follia", B. Mondadori Ed., Milano, 2011.  
Siracusano A. (a cura di), "Manuale di Psichiatria", Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2007.
28. Spaniol L., Koehler M., & Hutchinson D., "The Recovery Workbook:

Practical Coping and Empowerment Strategies for People with Psychiatric Disability". Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, 1994.

## ALLEGATI

Questionario MHSRO 2ªEd – OPERATORI					
Mental Health Service Recovery-Oriented - 2ª Edizione					
Forma O: per Operatori e membri di Staff clinico-sociali dei Servizi di Salute Mentale di Comunità.					
Somministrazione Individuale					
Autore: Simone Bruschetta (2017)					
Rispetto alle seguenti affermazioni segni con una crocetta quanto l'affermazione si avvicina ai Suoi pensieri, alle Sue opinioni ed alla Sua pratica utilizzando la seguente scala:					
1: PER NIENTE	2: UN POCO	3: MOLTO	4: MOLTISSIMO		
<b>1</b>	<b>Rinnovare la speranza e l'impegno</b>				
a	Mi concentro sui punti di forza di ogni individuo	1	2	3	4
b	Mi complimento con gli utenti per tutti i loro successi	1	2	3	4
c	Credo nella potenziale crescita e nel potenziale miglioramento di tutte le persone	1	2	3	4
d	Utilizzo un linguaggio di speranza e di possibilità	1	2	3	4
e	Sono fiducioso anche quando gli utenti non lo sono	1	2	3	4
<b>2</b>	<b>Essere sostenuto dagli altri</b>				
a	Aiuto gli utenti a sviluppare delle relazioni con la comunità locale e con le persone che possono dare un aiuto non professionale	1	2	3	4
b	Sono disposto ad aiutare le persone a trovare nella comunità locale le risposte ai loro bisogni	1	2	3	4
c	Riesco a condividere la mia fiducia con i colleghi e con i familiari	1	2	3	4
d	Oltre ad erogare le prestazioni, promuovo gli interessi e i diritti degli utenti e dei loro familiari	1	2	3	4
e	Valuto e analizzo la spiritualità come un'importante fonte potenziale di sostegno di ogni individuo	1	2	3	4
<b>3</b>	<b>Trovare il proprio posto nella comunità locale</b>				
a	Sostengo la partecipazione e i ruoli sociali di valore degli utenti	1	2	3	4
b	Evidenzio l'occupazione come una via che conduce al recovery, e promuovo attività di svago e hobby basati sugli interessi di ogni individuo	1	2	3	4
c	Sono in grado di sostenere e valorizzare i punti di forza della persona nel relazionarsi con le istituzioni, il lavoro, i contesti informali	1	2	3	4
d	Sono ben informato sull'intera gamma dei servizi comunitari di Salute Mentale	1	2	3	4
e	Affronto i problemi di tipo medico o fisico che potrebbero impedire alle persone di seguire i propri interessi e i propri hobby	1	2	3	4
<b>4</b>	<b>Ridefinire se stessi</b>				
a	Aiuto le persone a coinvolgersi in ruoli sociali di valore e incentivo i loro interessi culturali	1	2	3	4

b	Vedo le persone nella loro completezza di esseri umani, non solo in base alle loro malattie	1	2	3	4
c	Aiuto gli utenti a pianificare la propria vita, al di là dei servizi di salute mentale	1	2	3	4
d	Uso un linguaggio che mette la persona al primo posto	1	2	3	4
e	Lavoro "con" e non "per" le persone, e le aiuto a condividere le loro esperienze personali	1	2	3	4
<b>5 Assimilare la malattia</b>					
a	Seguo le loro indicazioni e sostengo gli utenti nel loro percorso verso la recovery	1	2	3	4
b	Amplio le mie conoscenze sul processo di recovery affidando sull'aiuto degli utenti	1	2	3	4
c	Faccio riferimento a persone che hanno ottenuto successo e felicità nonostante la malattia mentale	1	2	3	4
d	Permetto alle persone di esprimere tutti i loro sentimenti	1	2	3	4
e	Incoraggio l'utilizzo del sostegno tra pari e dei modelli recovery-based	1	2	3	4
<b>6 Gestire i sintomi</b>					
a	Fornisco l'accesso ad una varietà di metodi diversi attraverso un'assistenza culturalmente dinamica che riflette la comprensione del contesto sociale in cui avviene la recovery	1	2	3	4
b	Capisco che la terapia è solo uno degli aspetti del recovery e che non tutti hanno bisogno di una terapia per affrontare questo percorso	1	2	3	4
c	Capisco che i sintomi non devono necessariamente essere eliminati prima che la persona possa portare avanti il suo percorso di recovery e che possa emanciparsi dal Servizio	1	2	3	4
d	Insegno alle persone ad autogestirsi la malattia attraverso lo sviluppo e l'applicazione di personali strategie	1	2	3	4
e	Lavoro con gli utenti per sviluppare strategie che prevengano le ricadute e definisco con essi quali strategie desiderano vengano seguite in caso di crisi	1	2	3	4
<b>7 Assumere il controllo</b>					
a	Sono in grado di contribuire ad una progettazione centrata sulla persona	1	2	3	4
b	Fornisco sempre agli utenti opportunità di scelta offrendo delle opzioni tra le quali scegliere	1	2	3	4
c	Evito un atteggiamento di controllo	1	2	3	4
d	Concedo alle persone il diritto di commettere errori considerandoli opportunità di apprendimento	1	2	3	4
e	Evito l'atteggiamento dell'operatore che sa tutto e mi relaziono alla pari	1	2	3	4
<b>8 Combattere lo stigma</b>					
a	Evito di utilizzare un linguaggio stigmatizzante e etichettante	1	2	3	4
b	Aiuto a trasformare il Servizio in un ambiente più accogliente	1	2	3	4



c	Coinvolgo le persone in recovery in attività volte ad eliminare lo stigma ed a costruire ambienti abilitanti, a cominciare dal Servizio	1	2	3	4
d	Insegno alle persone come gestire lo stigma difendendo se stessi e gli altri	1	2	3	4
e	Sono in grado di affrontare i pregiudizi personali	1	2	3	4
<b>9</b>	<b>Maturare empowerment</b>				
a	Valuto i comportamenti assertivi degli utenti e la loro autonomia come elementi di crescita personale ed in conseguenza di questi riduco gli aiuti di cui necessitano	1	2	3	4
b	Incoraggio le persone ad essere cittadini responsabili	1	2	3	4
c	Coinvolgo gli utenti in recovery in ogni aspetto della pianificazione, dello sviluppo e del miglioramento di questo Servizio e dei servizi di salute mentale in generale	1	2	3	4
d	Conosco le leggi della Disabilità e sui Servizi per la Salute Mentale e insegno agli utenti come possono utilizzarle per proteggersi	1	2	3	4
e	Ascolto sempre tutte le persone e rispetto le loro scelte anche quando sono opposte alle mie	1	2	3	4