

Recovery in Italy: An Update Recovery in Italia : un aggiornamento

Luigi Basso, Ileana Boggian, Paola Carozza, Dario Lamonaca & Alessandro Svettoni

To cite this article: Luigi Basso, Ileana Boggian, Paola Carozza, Dario Lamonaca & Alessandro Svettoni (2016) Recovery in Italy: An Update, *International Journal of Mental Health*, 45:1, 71-88, DOI: [10.1080/00207411.2016.1159891](https://doi.org/10.1080/00207411.2016.1159891)

To link to this article: <http://dx.doi.org/10.1080/00207411.2016.1159891>

Full Terms & Conditions of access and use can be found at
<http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=mimh20>

Download by: [Azienda Sanitaria di Bolzano], [Luigi Basso] **Date:** 17 May 2016, At:01:3131

International Journal of Mental Health, 45: 71–88, 2016
Copyright © Taylor & Francis Group, LLC
ISSN: 0020-7411 print/1557-9328 online
DOI: [10.1080/00207411.2016.1159891](https://doi.org/10.1080/00207411.2016.1159891)



Recovery¹ in Italy: An Update

Luigi Basso,¹ Ileana Boggian,² Paola Carozza,³ Dario Lamonaca,² and Alessandro Svettini¹

1 Department of Psychiatry Health Trust of Bolzano, Bolzano, Italy

2 Department of Mental Health, AULSS 21 of Legnago, Verona, Italy

3 Department of Mental Health of Ferrara, Ferrara, Italy ()*

(*) Traduzione a cura di **Maria Novella Nicotera** (psychologist, London) (UK)
e **Mario Nicotera**

Abstract:

Since the 1990s, a general reflection has gradually evolved in Italy on the effects of the transformation of psychiatry from being mainly institutional to more community-oriented. Increasingly substantial epidemiological studies and processes of outcome evaluations have focused not only on the clinical aspects, but also on the social and functional level (quality of life, care needs, users' satisfaction for the treatments received). With a certain delay compared to the Anglo-Saxon countries, in recent years, several elements of the concept of recovery have also increasingly emerged in Italy: hope, expectations, self-esteem, self-efficacy, awareness, personal autonomy, and dignity. The present article describes the most relevant experiences conducted in Italy in the latest years developing a recovery-oriented approach in psychiatry, in different areas: methodology, peer support, education, services transformation, and research. In particular, the Italian Study on Recovery (SIR) is described, a research conducted in the "real world" of service-users of Italian mental health services and their family members. Its quantitative part consists of the validation of the Italian translation of the Recovery Assessment Scale (RAS) and its efficacy in identifying persons in recovery (after University of California–Los Angeles [UCLA] criteria). The qualitative research spotlights the experiences and values of services users in recovery and their families. Conclusions focus on the importance of reshaping psychiatric services based on the principles of recovery and on how this transformation should be guided.

Abstract:

Dal 1990 si è evoluta in Italia una riflessione generale sugli effetti della trasformazione della psichiatria dall'essere principalmente istituzionale al diventare maggiormente orientata sul territorio. Studi di epidemiologia e processi di valutazione dei risultati si sono focalizzati non solo sugli aspetti clinici, ma anche su quelli sociali e dei livelli funzionali (qualità della vita, esigenze di assistenza, soddisfazione per il trattamento ricevuto da parte degli utenti del servizio). Con un certo ritardo rispetto ai paesi anglosassoni, anche in Italia negli anni recenti, sono continuati a emergere molti elementi del concetto di *recovery* quali speranza, autostima, auto efficacia, consapevolezza, autonomia e dignità personale. Il presente articolo descrive le

¹ Recovery è un termine di difficile traduzione in italiano, si è preferito, quindi, di lasciare il termine inglese che intende definirla come **guarigione personale** al posto di **guarigione clinica**, delegando la sua comprensione alle parole di Anthony (1993): "la guarigione personale è...un processo, unico e profondamente personale, di cambiamento dei propri valori, attitudini, sentimenti, obiettivi, capacità e ruoli. Significa condurre una vita in modo soddisfacente, fiducioso, produttivo, pur nei limiti imposti dalla malattia. La guarigione implica lo sviluppo di un nuovo significato e un nuovo scopo da attribuire alla propria vita al di là degli effetti catastrofici della malattia mentale ". In: Mike Slade, **Personal recovery**, Teoria e pratica della guarigione personale. Il Pensiero Scientifico, Roma, 2011

esperienze più importanti condotte in Italia negli ultimi anni che hanno sviluppato un approccio psichiatrico orientato sulla recovery in diverse aree: metodologia, *sostegno tra pari*, culturalizzazione, trasformazione dei servizi, e ricerca. In particolare si descrive lo studio italiano sulla riabilitazione (SIR) una ricerca condotta "nel mondo reale" degli utenti dei Servizi di Salute Mentale italiani e dei loro familiari. La sua parte quantitativa consiste nella validazione della traduzione italiana della *Recovery Assessment Scale* (RAS) e della sua efficacia nell'identificare le persone in riabilitazione (secondo i criteri UCLA). La ricerca qualitativa evidenzia le esperienze e i valori degli utenti in recupero e dei loro familiari. Le conclusioni si focalizzano sull'importanza del rimodellare i servizi psichiatrici secondo i principi della recovery e su come questa trasformazione dovrebbe essere guidata.

Keywords Italy; rating scales; recovery; psychosocial rehabilitation; self-help

INTRODUCTION

Il concetto di recovery è stato descritto in letteratura come "le linee guida" per la trasformazione del sistema di salute mentale. [1]

Per incorporare genuinamente questo concetto nella pratica clinica, è essenziale una cultura che sostenga i valori della recovery e s'impegni di integrare i suoi principi in tutti i processi di organizzazione.[2]

Negli anni recenti, in Italia, sono emersi maggiormente alcuni ingredienti cruciali di soggettività, in precedenza ritenuti di secondaria importanza nella psicopatologia, come la speranza, le aspettative, l'autostima, l'autoefficacia, la consapevolezza, l'autodeterminazione, la responsabilità, la dignità personale.

Il focus si è gradualmente spostato dalla "malattia" alla "persona", ai suoi valori, bisogni, desideri, opinioni, responsabilità, e diritti. Storicamente la crescita in primo piano di questi aspetti correlati alla "prospettiva dell'utente" può essere rintracciata indietro negli anni '70, a seguito della messa in discussione delle istituzioni psichiatriche tradizionali e della pratica psichiatrica, e nella crescita dei movimenti di de-istituzionalizzazione

Sia negli Stati Uniti che in Europa, si stabilirono gruppi più o meno organizzati di utenti dei servizi di salute mentale che mostrarono vari gradi di criticismo o ostilità verso le istituzioni psichiatriche. In Europa, alcuni di loro si associarono nei *network europei per ex utenti e sopravvissuti alla psichiatria*.

In Italia, per varie ragioni, tali movimenti e associazioni hanno trovato difficoltà nel diventare indipendenti. Probabilmente, a causa di differenze socio culturali nel modo in cui è concepito il confrontarsi con le istituzioni o l'associazionismo, ma anche perché, a differenza degli altri paesi, la gestione del movimento per la de-istituzionalizzazione era stata portata avanti da una grossa parte della Psichiatria italiana stessa, di cui Basaglia fu la figura leader. Questo portò, all'atto della riforma psichiatrica nel 1978, alla nascita di altre pratiche alternative a quelle degli ospedali psichiatrici, come lo sviluppo di aziende sociali.

L'accesso all'impiego lavorativo garantito dalle comunità sociali e cooperative - l'ultima espressione della prima- in Italia è ancora una delle pietre miliari del processo d'inclusione sociale. Noi crediamo che, nonostante si parta da basi scientifiche, filosofiche e ideologiche molto diverse, così come da contesti socioculturali differenti, ci siano punti di contatto

importanti tra la lezione di Basaglia del “mettere tra parentesi” la malattia (che non significa negarla), collocare la persona al centro e ricostruirne il suo “diritto di cittadinanza” attraverso un programma di inclusione sociale, ed il mosaico di interventi transteoretici di origine anglosassone definiti come “riabilitazione psicosociale” . [4].

Quest'ultima ambisce allo sviluppo di abilità e funzionamento sociale e persegue il raggiungimento di obiettivi significativi per la persona. Essa considera le abilità, più che i deficit, come cruciali per le valutazioni di risorse, ed evidenzia aspetti come la soddisfazione, il successo, la scelta, la responsabilità , il distanziarsi dalla malattia e il guadagnarsi un valido ruolo sociale. Inoltre, valorizza il sostegno tra pari, l'*empowerment*/la responsabilizzazione, e la crescita del ruolo attivo dell'utente nella gestione dei servizi. [5].

THE ITALIAN CONTRIBUTION

Fin dal 1990, in Italia si è evoluta gradualmente una riflessione generale sugli effetti della psichiatria dall'essere principalmente istituzionale al divenire più centrata sulla comunità. Questo è stato sostenuto in fine dalla crescita di diversi studi epidemiologici importanti così come dai processi di valutazione dei risultati in termini di efficacia, non solo da un punto di vista clinico, ma anche da uno sul livello sociale e funzionale in termini di qualità della vita, esigenze di assistenza e soddisfazione dell'utente del trattamento ricevuto.

Fondamentali sono stati anche gli studi ProGres, che condotti attraverso tutta la nazione per ottenere un census dei servizi residenziali psichiatrici, dei reparti psichiatrici ospedalieri e in fine anche dei Centri di Salute Mentale nel territorio. Questi studi hanno certamente spinto i servizi di salute mentale italiani a guardare con un approccio multidimensionale i servizi, i processi e i risultati prodotti in un modo più razionale e meno auto-referenziale. All'interno di questo quadro strutturale, è stato sviluppato il modello per la *Valutazione di Abilità e Definizione di Obiettivi (VADO)* il quale è un importante tentativo di integrare modelli d'interventi riabilitativi. E' basato su evidenze scientifiche e diretto allo stesso tempo ad evidenziare elementi orientati al ricovero come i valori, le scelte e le preferenze dell'utente così come la promozione delle risorse nell'ambiente della persona. Questo strumento è stato sviluppato da un gruppo composto da ricercatori e staff clinico dell'istituto *Fatebenefratelli* di Brescia, *Istituto Superiore di Sanità* di Roma e l'*Istituto di Psichiatria del II Ateneo* dell'Università di Napoli. E' costituito da due parti: una correlata con la valutazione del paziente e l'altra con la definizione del piano di riabilitazione e del suo essere testato [7].

Il principale modello di referenza teorica e pratica è da ritrovarsi nei principi di riabilitazione psicosociale provenienti dalla scuola di Boston.

La scala a punteggio del funzionamento personale e sociale (FPS) è stata validata in italiano, e tradotta e validata in inglese (scala della prestazione personale e sociale o PSP) e in altri linguaggi, ottenendo un crescente grande consenso nell'arena internazionale.[8–11].

L'efficacia della metodologia del VADO è stata testata attraverso uno studio multicentrico controllato e parzialmente randomizzato. Ha incluso servizi psichiatrici in 10 differenti regioni italiane, coinvolgendo utenti dei servizi residenziali, semi residenziali e diurni/*outpatient*. [12–14].

La diffusione di questa metodologia nei servizi di salute mentale italiani ha certamente aiutato a creare una cultura dove la valutazione, la valutazione dell'efficacia dei programmi e

la negoziazione dell'approccio terapeutico sono le fondamenta, mettendo in primo piano *goals* personali dell'utente piuttosto che quelli imposti dai professionisti.

Il percorso soggettivo che guida verso l'acquisizione della consapevolezza, dell'essere agente, della padronanza e della responsabilizzazione potrebbero portare molti vantaggi, non solo nella dimensione dell'individuo, della *recovery* o nel processo di valutazione clinica/funzionale e di ricerca, ma anche nell'aiutare la relazione (terapeutica). Questo è stato ben evidenziato da alcune delle esperienze più avanzate di sostegno tra pari sviluppate in Italia

Le iniziative dei "facilitatori sociali" in Saronno, Pisa e diversi altri posti di "utenti esperti/membri della famiglia" in Trento, di membri della famiglia provenienti dal "Progetto Itaca" a Milano, così come il ruolo di associazioni di famiglie attive a livello nazionale come ATSAM, sono esempi importanti di promozione di salute mentale con un approccio integrativo tra i servizi di salute mentale, associazioni di volontari ed altre agenzie nella Comunità .

Utenti del servizio e membri della famiglia hanno raggiunto una conoscenza esperienziale data dalle loro storie personali e percorsi educativi diversi: attraverso queste iniziative, essi sono nella posizione di darci interventi riconosciuti in diverse aree in una maniera strutturata e continua. Interventi che non rimpiazzano, ma equalizzano quelli dei professionisti, dando un importante valore aggiunto e giocando un ruolo rilevante nel mediare tra i vari soggetti interessati e tra i network naturali(sociali) e istituzionali.

La prospettiva "prima-persona" dell'utente in Italia continua a essere maggiormente valorizzata. Essa porta a una comprensione del ricovero come un "processo" di sviluppo personale per la durata della vita, che differisce da individuo a individuo, che non è lineare, e si posiziona in un dimensione di continuum che si oppone alla dicotomia di curato/non curato. [15].

Inoltre, Ron Coleman sostiene che l'approccio collettivo che rende un'esperienza personale è "essenzialmente un processo politico e liberatorio".[16].

Da questa prospettiva, il sostegno tra pari va oltre la condizione di auto-mutuo aiuto e permette la costruzione di "spazi di negoziazione", che rappresentano processi di una "identità condivisa, costruita e continuamente rinegoziata", un veicolo per la responsabilizzazione. Nel Dipartimento di Salute Mentale di Trieste Roberto Mezzina e Izabel Marin furono i primi ad iniziare un programma di ricerca in collaborazione con gruppi internazionali , inclusi esperti come Marit Borg, Alain Topor e Larry Davidson, che ambivano al riconoscimento del percorso soggettivo effettuato da individui completamente riabilitati/guariti o in via di riabilitazione da gravi malattie mentali, e all' identificare i contesti in cui tali esperienze si effettuavano. [17] [18] , [19], [20]

Da notare che molte iniziative educative sul soggetto di "riabilitazione" hanno già avuto luogo in Italia. Tra queste, la prima e la seconda conferenza internazionale sulla riabilitazione (ICR) tenute a Bolzano a maggio 2011 e maggio 2013. Esse furono organizzate dal Servizio Psichiatrico dell'Azienda Sanitaria di Bolzano con la sponsorizzazione e la collaborazione de: l'Associazione Mondiale per la Riabilitazione Psicosociale, la Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale, la Società Italiana di Psichiatria e la federazione Europea delle Associazioni delle Famiglie delle Persone con Disturbi Mentali. L'ICR ha rappresentato un'opportunità fondamentale per una discussione fra professionisti, utenti, famigliari, ricercatori, con la partecipazione di esperti di reputazione internazionale come Robert Paul Liberman, Marianne Farkas, Richard Warner, Patrick Corrigan, Michaela Amering, Mike Slade, and Janet Wallcraft. In questo contesto fu presentato SIR, lo studio italiano sulla riabilitazione.

THE ITALIAN STUDY ON RECOVERY (SIR) AND THE VALIDATION OF THE ITALIAN VERSION OF THE RECOVERY ASSESSMENT SCALE (RAS)

Dal momento che le evidenze scientifiche della ricerca sulla *recovery* con un approccio quantitativo che ambivano a misurare la riabilitazione con strumenti, come la RAS[21], sono limitate, un processo in questo senso è stato già iniziato in altri paesi [22, 23]. In Italia la ricerca precedentemente si era focalizzata sulla valutazione di aspetti qualitativi del processo di *recovery* [24]. SIR ambisce, tra le altre cose, di riempire questa mancanza d'informazioni sugli aspetti quantitativi della *recovery* in una popolazione di utenti dei servizi di salute mentale italiani nel "mondo reale". Lo scopo in questa ricerca fu anche quello di testare i ritrovamenti preliminari di uno studio pilota precedentemente condotto in Italia che aveva usato la RAS[25]. Questa ricerca precedente aveva mostrato buone proprietà psicometriche dello strumento e confrontando i risultati con i criteri operazionali di *recovery*, fu perfino possibile identificare un possibile punteggio cut/off di soglia per individui in via di *recovery*. Tuttavia questo studio ebbe qualche limite come la piccola dimensione del campione, il suo aspetto non rappresentativo e la mancanza di altre scale di punteggio somministrate assieme alla RAS, così da correlare i punteggi risultati e validare lo strumento. [26]

Lo scopo generale dello studio SIR fu quello d'investigare la validità delle proprietà psicometriche della versione italiana della RAS con lo scopo di studiare la presenza di utenti in *recovery* nel "mondo reale" degli utenti dei Servizi.

Più specificatamente, oltre alla consistenza interna e alla correlazione fra sottoscale, furono valutate la validità convergente tra i sottodomini misurati dalla RAS, insieme ad altri costrutti come autostima responsabilizzazione, qualità della vita.

In particolare, basato su ciò che aveva osservato Mukolo, gli autori avevano ipotizzato associazioni tra la subscale RAS "l'essere sicuri di sé e la speranza" e la "misura di autostima"; la subscale "goal e orientamento al successo e responsabilizzazione"; e la subscale "sintomi non travolgenti" è un indice destinato a valutare l'impatto di alcuni sintomi (memoria, orientamento, comprensione e pensiero disorganizzato; allucinazioni e illusioni; umore depresso; altri sintomi psichiatrici) nella vita del paziente. [27]

Non fu fatta alcuna assunzione specifica sulle sottoscale "volontà di chiedere aiuto" e "il contare sugli altri". Quello che ci si aspettava era, sia una associazione positiva tra il punteggio totale RAS e l'auto valutazione della qualità di vita, sia una correlazione negativa tra il punteggio totale RAS e sintomi auto-riferiti dal paziente, in linea con quello che aveva riportato Corrigan. [21]

Infine, questo studio ambiva a esaminare la validità della RAS, per verificare se i punteggi soglia identificati precedentemente fossero in grado di identificare correttamente gli utenti in via di *recovery* in accordo con i criteri adottati in letteratura. Il campione di utenti arruolati in questa ricerca consisteva di 219 pazienti (37.2% f 68.7% m) provenienti da 25 Centri di Salute Mentale di tutta Italia. Dopo aver ottenuto un consenso informato, ogni Centro aveva reclutato almeno 10 pazienti (alcuni in via di *recovery* secondo i criteri UCLA, i.e. che presentassero una remissione dei sintomi, una buona abilità a sostenere un ruolo sociale, la capacità di gestire compiti del vivere quotidiano senza supervisione, relazioni sociali soddisfacenti al di fuori della famiglia, non essere stati residenti di servizi nei due anni precedenti la ricerca). [26]

I partecipanti avevano fra i 24 e i 65 anni con una scolarizzazione che andava da i 3 ai 25 anni. L'età dell'esordio della malattia andava dai 10 ai 50 anni e la durata tra l'uno e i 40 anni. Una percentuale di 82% di partecipanti non aveva riportato nessuna precedente ospedalizzazione e il 74% aveva dichiarato di non avere alcuna malattia al momento della

valutazione. I partecipanti furono divisi in due gruppi rispetto alla condizione di "recovery": 65 pazienti furono considerati "in recovery", 151 in "non recovery"; per 3 pazienti non fu possibile valutare questa condizione per mancanza di informazioni. Il campione finale su cui le analisi furono condotte consistette perciò in 216 partecipanti. I due gruppi erano comparati in relazione alle variabili sociodemografiche considerate precedentemente. Non ci furono differenze significative fra i due gruppi rispetto al genere, stato, età, scolarizzazione, esordio psicotico, durata della malattia e presenza di altri disturbi. Tuttavia ci furono differenze notabili fra i due gruppi rispetto alla situazione di abitativa, impiego, relazioni sociali, e indipendenza nel vivere quotidiano.

QUANTITATIVE RESULTS OF THE SIR STUDY

I risultati di questo studio supportano ed estendono quanto era stato già osservato, confermando le buone proprietà psicometriche della versione italiana della RAS. Basandosi sulle evidenze di questi risultati, questo strumento può essere usato nella pratica clinica di routine come strumento per monitorare i progressi dell'utente del servizio. Può essere anche un aiuto per pianificare e valutare l'impatto degli interventi nei Servizi di Salute Mentale. In linea con il primo studio pilota sulla validazione del questionario[25], la coerenza interna delle singole subscale, così come quella dell'intera scala si è dimostrata essere buona; in questo studio, inoltre, a riguardo della "α" di Cronbach della subscale "dipendenza/contare su altri", fu accettabile, anche quando non aveva raggiunto valori ottimali (a ¼0.60 vs. a ¼0.53 riportati nello studio di Boggian et al. [25]). Pure i valori d'intercorrelazione tra le scale osservati in questo campione sono concordanti con quelli riportati in letteratura, confermando ulteriormente che le varie dimensioni investigate con la RAS sono simili ma non completamente sovrapponibili.

RAS ha mostrato di essere un questionario con una buona validità convergente e discriminante. In particolar modo, per quanto riguarda la validità convergente, il costrutto "fiducia in sé e speranza", "voler chiedere aiuto", "goal e orientamento al successo" e "il non essere dominati dai sintomi" hanno delle associazioni particolarmente forti con alti livelli di autostima, responsabilizzazione, e qualità della vita.

A differenza di Mukolo et al. [27], che avevano ipotizzato e osservato specifiche relazioni tra "essere sicuri di sé" e auto stima" da una parte, e tra "orientamento al successo e responsabilizzazione" dall'altra, i risultati di questo studio hanno mostrato che le varie dimensioni che caratterizzano la *recovery*, secondo i risultati RAS, erano associati con un aumento nella auto stima positiva e nella responsabilizzazione.

Degne di nota furono le forti correlazioni osservate tra le stesse dimensioni investigate dalla RAS e le misurazioni di qualità della vita, e come conseguenza, con il benessere soggettivo riportato dall'utente del servizio,

Inoltre, in linea con ciò che avevano osservato Corrigan et al. [21], il punteggio totale RAS era fortemente correlato con la qualità della vita.

Invece, non vi era nessuna correlazione negativa significativa tra il punteggio totale sulla scala e la presenza di sintomi auto riportati.

Per quanto riguarda la validità discriminante della RAS, i risultati hanno confermato una buona capacità discriminante dei punteggi-soglia (*cut/off score*) (160) identificati nel lavoro di Boggian; nel presente studio, il tasso di concordanza positivo fu 73/8% (77.3% in quello di Boggian et al. [25]), mentre quello negativo fu di 66.2(65.9% in Boggian et al. [25]).

RAS ha così provato di essere capace di identificare correttamente i pazienti in via di guarigione da quelli che non lo erano, con un numero basso di falsi negativi (es. individui in *recovery* secondo il punteggio RAS, ma non in *recovery* secondo il giudizio clinico).

La scala tende, tuttavia, a produrre un numero di falsi positivi (un terzo d'individui che aveva ottenuto un punteggio RAS indicativo di *recovery*, valutati come “non in *recovery*” dai clinici).

Sembrerebbe che la RAS, che è una misura standardizzata di auto-valutazione di *recovery*, tenda a sovrastimare il numero d'individui effettivamente in *recovery*.

E' degno di considerazione il fatto che il criterio di comparazione usato in questo studio è la valutazione soggettiva del clinico; quindi, questo risultato potrebbe essere attribuito

all'applicazione rigida da parte dei clinici, al momento della valutazione di pazienti da reclutare per lo studio, dei criteri operativi UCLA.

Il confronto dei punteggi nelle varie subscale RAS ottenuti dai pazienti valutati come “in *recovery*” con quelli riportati da individui “non in *recovery*” ha mostrato che i primi sono caratterizzati da una maggiore sicurezza di sé, sono più propensi a cercare aiuto, sono più orientati verso il successo, e si sentono meno limitati dai sintomi rispetto a quei pazienti che non sono in *recovery*.

In linea con lo studio precedente, i due gruppi non si differenziavano nella scala che valutava la volontà a fidarsi degli altri. [25].

Questo risultato, insieme con la bassa consistenza interna di questa sottoscala e con la sua bassa validità convergente con costrutti simili a quello di *recovery*, sembra suggerire che la sottoscala “dipendenza da altri” rappresenta una debolezza dello strumento RAS.

In generale, alla luce dei risultati, è possibile dire che la RAS è uno strumento di misura efficace che può fornire un feedback prezioso agli utenti dei servizi e ai professionisti, in termini di progresso dell'individuo. Data la soggettività del concetto di *recovery*, si è discusso sul fatto che molti degli strumenti disponibili in letteratura mancano di sensibilità ai bisogni della popolazione locale, essendo stati sviluppati principalmente nei paesi anglosassoni. La validazione della versione italiana della scala aiuta a colmare questa mancanza. [28].

La *recovery* è sia il risultato che il processo: in questo senso, la guarigione “dalla” malattia mentale e la guarigione “nella” malattia mentale devono essere considerati dei concetti fluidi che non si escludono a vicenda. [29]

La RAS è forse la migliore misura disponibile del personal *recovery* è uno strumento indicativo dell'abilità percepita di affrontare/gestire la malattia mentale e le sue conseguenze, così come della fiducia di condurre una vita piena e soddisfacente, a prescindere dalla gravità della malattia. [30]

Inoltre, permette ai professionisti della salute mentale di meglio definire specifiche aree dove gli interventi possono essere diretti per migliorare in maniera efficace la salute e il benessere del paziente.

Una serie di revisioni sistematiche e meta analisi, che avevano l'obiettivo di identificare la proporzione di individui con schizofrenia che avevano soddisfatto criteri di *recovery* per l'aspetto clinico e funzionale, trovarono una media che andava dal 13,5% al 35% di pazienti valutati[31–33].

In linea con questi dati della letteratura, la proporzione di “pazienti in *recovery*” osservata nel campione che prese parte in questa ricerca fu di circa 30%. La conoscenza del processo di *recovery* può fornire agli utenti e alle loro famiglie gli strumenti per superare la mancanza di speranza, la loro dipendenza dai servizi e la perdita di controllo delle loro stesse vite, considerati elementi che influenzano e accompagnano la malattia così come i sintomi. [34].

In conclusione, il concetto di *recovery* è importante per la gestione dei servizi, per promuovere interventi che vadano nella stessa direzione di quella che l'utente considera

essere essenziale al percorso di guarigione/ *recovery*, così da ottenere la giusta equivalenza tra le tecniche basate sulle evidenze scientifiche e quelle sulla partecipazione (degli utenti, n.d.t.) [35].

QUALITATIVE RESEARCH IN THE SIR STUDY

In aggiunta agli studi sugli aspetti quantitativi del processo di *recovery*, la ricerca qualitativa basata sull'analisi delle narrazioni delle esperienze dei pazienti è diventata sempre più diffusa. Lo stesso è accaduto con la ricerca sulla partecipazione, dove gli utenti dei servizi assumono un ruolo attivo nella costruzione del disegno della ricerca.

L'aspetto più rilevante della ricerca qualitativa è l'importanza data alla prospettiva di chi ha vissuto un'esperienza di *recovery* da una malattia mentale grave.

Tradizionalmente, la ricerca sulla psicopatologia si è focalizzata principalmente sulle “sequenze di entrata” nella psicosi: in questo caso, è obbligatorio un cambiamento radicale di prospettiva; il focus si sposta dal momento dell'entrata nella malattia attraverso il ricovero, al come riottenere una vita soddisfacente nonostante la malattia.

La diffusione di alcune ricerche significative, a parte il confermare l'alto tasso di ricovero clinico 30-50% - in linea con tutti i maggiori studi longitudinali sugli esiti di schizofrenia –, permette di asserire che non sempre c'è concordanza di miglioramenti tra i livelli clinici, funzionali ed esperienziali.

Questa notevole quantità di letteratura ha mostrato inoltre che durante il corso di tale disturbo è possibile “entrare ed uscire” cioè di andare dentro o fuori dalla malattia.

Dovrebbe essere anche sottolineato che la guarigione può occorrere anche dopo molti anni di malattia, come riportato da Tibaldi e Govers in un articolo dal titolo eloquente “*speranza-basata sulle evidenze scientifiche: una proposta per una prospettiva comune*”. [36]

Lia Govers è un'ex paziente di Tibaldi, attualmente essa stessa scrittrice, che ha contribuito con il resoconto della sua esperienza personale. Uno dei temi principali in questo articolo è che “il diritto ad una seconda opportunità” dovrebbe essere concesso anche a quegli individui che sono considerati secondo un approccio conservatore e tradizionale come “non riabilitabili” perché sono già “cronici” e di conseguenza “incurabili”, e quindi la proposta degli autori considera il “pessimismo prognostico” come una “malattia professionale”.

Le acquisizioni recenti nel campo delle neuroscienze, le evidenze sull'eterogeneità del corso e dell'esito della malattia, i risultati di ricerche sui trattamenti precoci, l'efficacia della pratica evidence-based, insieme alle lobby di associazioni dei parenti e degli utenti dei servizi, hanno spostato l'attenzione dalla domanda sul “se le persone siano capaci o meno di guarire dalla malattia mentale”, a “quali siano i facilitatori o gli ostacoli alla guarigione”. [37].

La domanda centrale diviene allora come i sistemi della salute mentale siano capaci di supportare il processo di *recovery* piuttosto che ostacolarlo. Differenti autori hanno analizzato storie personali di *recovery*, tentando di identificare i fattori chiave della *recovery* dalle malattie. [39, 40]

Inoltre, qualche criticismo è stato originato proprio dal fatto che le misure dei risultati/esiti sono primariamente generate dalla prospettiva dei professionisti o altri esperti con un approccio “dall'alto in basso” piuttosto che da una valutazione di cosa le persone che vivono con problemi di salute mentale percepiscano come essere importante per la qualità della vita. [41].

Parte dello studio SIR, perciò, ha affrontato l'aspetto dell'analisi qualitativa dei colloqui con gli utenti e le loro famiglie, raccolte dai professionisti dei servizi di salute mentale.

La sezione quantitativa del SIR fu allora una ricerca partecipativa, con un approccio “dal basso in alto”, con l'intento di sottolineare le esperienze e i valori degli utenti e delle loro famiglie.

Dei 219 utenti originari reclutati per la prima parte della ricerca -quantitativa-, furono coinvolti 82 utenti e 45 parenti, ai quali venne somministrata una intervista semistrutturata. Nel presente lavoro sono riportati alcuni dei temi che emersero, in particolare, la visione degli utenti e famiglie sui fattori che promuovono o ostacolano il processo di *recovery*.

Le referenze per questo studio sono alcuni studi qualitativi pubblicati precedentemente. I pazienti furono reclutati dai servizi di salute mentale nel territorio/nella comunità in tutta Italia. Il criterio d'inclusione era una storia clinica di psicosi con preferenze per i disturbi di schizofrenia. Le interviste furono condotte dai professionisti che avevano in carico i pazienti e furono trascritte parola per parola. La sintesi preliminare fu portata avanti analizzando tutte le interviste indipendentemente, dopo letture multiple ed estraendo i temi rilevanti sulla base della frequenza con cui apparivano; una volta completata questa parte, fu discussa la struttura/framework concettuale emergente, comparata e migliorata da tutti gli autori che si confrontarono secondo il metodo brainstorming, così da poter raggiungere un consenso sulle aree rilevanti e sulle problematiche. Infine, i temi emersi furono comparati in un focus Group, insieme alla partecipazione di alcuni utenti e parenti. [42, 43].

RESULTS OF THE QUALITATIVE RESEARCH

Cosa dicono i nostri utenti? I bisogni/ esigenze di assistenza sono gli stessi per tutti: la ricostruzione di un ruolo, sentirsi meglio ed essere capaci di prendere controllo del proprio futuro. La *recovery* richiede un confronto dell'individuo con la malattia e l'abilità di farne un evento specifico ma temporaneo nelle loro vite: piuttosto che rappresentare una condizione di "visione/comprendimento completa" deve essere visto più come un desiderio di considerare la malattia un momento di transizione o un periodo limitato, così da essere capaci di andare avanti e di sentirsi bene di nuovo.

I servizi di salute mentale sono percepiti come approcciabili; il ruolo dei professionisti e della famiglia è riconosciuto essere importante nel processo di *recovery*. I servizi di salute mentale, in particolare i day-centre, sono considerati come una risorsa efficace. Posti dove gli utenti possono fare esperienza di un senso di appartenenza e partecipazione, dove si sentono accettati e riconosciuti come persone come gli altri piuttosto che come persone malate, posti che danno opportunità di sviluppo personale, acquisizione di ruoli e connessione con il mondo “esterno”, creando situazioni chiamate "recovery Arenas" (contesti “naturali” dove rimettersi in gioco) [44]).

Tuttavia, i servizi non sono mai descritti in generale, ma piuttosto come luoghi specifici e i percorsi sono identificati con contesti singolari/ professionali. I trattamenti farmacologici sono visti come uno strumento per ottenere benessere, ma anche come un fattore di stigmatizzazione per via degli effetti collaterali, specialmente quelli “visibili”. Le esperienze più demoralizzanti sono quelle associate al ricovero ospedaliero, in termini di mancanza di libertà di movimento, tempi d'inattività, noia e promiscuità'. I servizi, tipicamente, offrono trattamenti psicofarmacologici che assicurano continuità della cura, ma raramente danno al paziente e famiglia interventi educativi/riabilitativi che insegnino loro abilità efficienti per gestire la vita quotidiana, compresi eventi stressanti, e come affrontare l'esperienza traumatica della malattia.

L'insegnamento sulla malattia e su come gestirla, sui metodi per prevenire le ricadute e sul come gestire i sintomi persistenti, è considerato necessario ma è raramente disponibile.

Professionisti e membri della famiglia possono essere percepiti come fattori ostacolanti, specialmente quando sono ipercritici e iperprotettivi, “ciechi” ai miglioramenti fatti dall'utente, o quando usano comunicazioni definitive (es: ”non guarirai mai”).

Questo ha un forte impatto negativo sullo stigma interiore in termini di sentirsi di non valere nulla, mancanza di fiducia in se stessi e senso d'inadeguatezza. Tuttavia, gli utenti intervistati non si sono per nulla arresi alla malattia e alle sue conseguenze: essere normali o ritornare normali è l'obiettivo primario.

La *recovery* è vista come un processo soggettivo e multidimensionale. Esso richiede quindi un approccio olistico, integrato e non riduttivo o “a comportamenti-stagni”.

Molti utenti descrivono un cambiamento in attitudine verso la loro malattia (non solo in termini quantitativi di “più benessere e meno sintomi” ,ma anche qualitativo, in termini di cambiamenti “strutturali”).

Questo è evidenziato dalla descrizione ricorrente di una spaccatura fra il “prima” e il “dopo” dell'entrare nel percorso terapeutico. La ricostruzione d'identità è un lavoro personale che richiede tempo e va oltre gli interventi professionali: uno dei compiti più importanti è ristabilire una identità che comprenda le esperienze passate supportando allo stesso tempo speranza e crescita personale. (es: assimilazione -piuttosto che accettazione- della malattia nella vita di ogni giorno). [45]

Essere in *recovery* include un processo di minimizzazione della malattia e dei suoi effetti sulla vita, cercando allo stesso tempo di capire come conviverci per un certo periodo di tempo. Comprende anche azioni per ridurre le barriere interne ed esterne che potrebbero impedirne il corso.

Molti degli intervistati hanno sentito di essere diventati indipendenti nel gestire la loro vita quotidiana, ma solo alcuni di loro sono pienamente soddisfatti della loro indipendenza. Questo è dovuto a un certo numero di diversi fattori (mancanza di lavoro nel mercato, lavorare nei *setting* delle residenze, mancanza d'indipendenza economica che mantiene la dipendenza dalla famiglia, e mancanza di soluzioni del vivere indipendente che implicano una lunga coabitazione con la famiglia).

Nei fatti, gli utenti sono impegnati nel riottenere compiti all'interno della comunità più allargata, ma i risultati possono essere negativi o fortemente limitativi per via della crisi attuale: mancanza di risorse e opportunità sociali rappresentano delle barriere. Dal momento che la *recovery* è un viaggio unico e personale, per alcuni potrebbe presentarsi attraverso il superamento dei sintomi, mentre per altri è dato dal vivere nel modo migliore possibile nonostante i sintomi. Tuttavia, in molti casi l'esperienza della malattia è diventata un'occasione per imparare e di arricchimento, il consolidamento di un nuovo equilibrio, il diventare più maturi e la scoperta di energie. Il processo di *recovery* emerge come una riconnessione graduale con la vita, che richiede uno spostamento del paradigma da parte dei professionisti nella direzione dell' accrescimento degli obiettivi di vita degli utenti e di qualsiasi altra cosa che promuova l'autostima, un senso attivo di sè, e la determinazione ad avere un controllo migliore della malattia.

THE FAMILY MEMBERS' POINT OF VIEW

Se i pazienti, specialmente all'inizio della malattia, tendono a descrivere come il malessere interno sia molto doloroso per loro, la famiglia invece si riferisce di più a fattori esterni, come se essi vogliano cercare una circostanza “straordinaria” in un evento “ordinario” . E' chiaro che il riconoscimento della malattia e del bisogno di cercare aiuto è arrivato prima per la famiglia che per la persona che fa esperienza dei sintomi. Esso corrisponde al riconoscimento

di un cambiamento nelle abitudini e personalità del paziente, che non è più lo stesso. E' a questo punto che il membro della famiglia spesso descrive come si senta: la malattia del loro parente li ha lasciati con un insieme di dolore, paura, vergogna e confusione, emozioni che potrebbero diventare barriere nella ricerca d'aiuto professionale.

Il bisogno di aiuto è cercato prima di tutto all'interno della famiglia stessa; solo quando i sintomi non sono più gestibili, si cerca aiuto attraverso il contatto con i servizi sanitari. Tuttavia non sembra che il cercare aiuto sia particolarmente complicato, prolungato o che abbia richiesto numerosi tentativi falliti come descritto da altri studi. [46, 47] Se proprio bisogna trovare qualcosa, il rimpianto emerge solo per non aver trovato il servizio o il professionista "giusto" fin dall'inizio, quello che accompagnerà il membro della famiglia malato nel suo percorso di *recovery*.

Il primo contatto con il servizio provoca due emozioni. La prima legata alla sensazione di sollievo (finalmente qualcuno mi aiuta (...)) Il peso non è solo mio(...) Comincio a sperare che le cose si mettano meglio(...), non per delegare, ma per la fiducia nel servizio e il mantenimento delle aspettative. La seconda emozione, correlata a una sensazione di insicurezza, che in parte nasce dalla sensazione di inadeguatezza per non essere capaci di aiutare il membro della famiglia malato e in parte può essere legata all'attitudine non così "amichevole" generata dall'ambiente psichiatrico in se' (es: freddezza, distacco, negligenza) e dai professionisti (indifferenza, scortesia, messaggi di incurabilità).

Alcuni membri della famiglia enfatizzano che ciò che distingue un buon posto di cura da un altro è la presenza di un progetto condiviso a 360 gradi, dal prendere i farmaci agli interventi che ambiscono al riottenimento di ruoli validi. Al contrario, l'insicurezza è il risultato di quando il membro della famiglia non sa quale intervento sia stato attivato e con quali obiettivi; continuano a sentirsi alla merce' degli eventi. I membri della famiglia riconoscono il supporto ricevuto quando è efficace: contesti specifici, come le Comunità Terapeutiche, i programmi residenziali "leggeri" e specialmente i day-center sono visti come "fondamentali", così come l'aiuto ricevuto da professionisti specifici. Sia la terapia farmacologica che gli interventi riabilitativi condotti hanno uguale valore, così come il supporto dato dalla famiglia stessa.

Sulla definizione di *recovery* non ci sono idee non realistiche del concetto, piuttosto è possibile notare molta più speranza e serenità di quella che uno possa aspettarsi: l'idea che un membro della famiglia ha del loro caro come ammalato attualmente è sicuramente cambiata per il meglio paragonata al passato: c'è anche rispetto e considerazione per il progresso ottenuto. Nelle interviste sono evidenti l'attenzione e l'impegno a sottolineare che, nonostante tutto, i parenti erano capaci di trovare il loro equilibrio, insistendo anche sul fatto di come questo faccia diventare il loro caro nella condizione di ammalato, un buon esempio agli occhi degli altri. Infine, per quanto riguarda la descrizione del percorso, esso causa agitazione e risulta non sempre facile, come ci si aspettava(...). Le difficoltà incontrate lungo il percorso sono evidenti, e sono semplificate da alcune figure: le Tre Cime di Lavaredo, il grido di Munch, e l'Armata Brancaleone. Un percorso duro e difficile che, tuttavia, gradualmente è diventata un'esperienza generale positiva. I membri della famiglia non cercano solo loro ma anche persone che possano renderli "esperti", partecipando e rendendoli consapevoli dei passaggi necessari per la cura del membro della famiglia malato. A questo riguardo, enfatizzano l'importanza di avere esempi positivi (es: sapere che la guarigione è possibile) e la possibilità di spostamento dal concetto di normalità/patologia a quello di equilibrio/funzionalità.

DISCUSSION

Ciò che emerge dalle interviste sembra confermare l'importanza della presenza e della combinazione di fattori interni (risorse personali) e di fattori esterni (un sistema di supporto, materiali di risorsa, il paradigma adottato dai servizi di salute mentale, i conseguenti programmi di trattamento) come elementi costituenti del processo di *recovery*.

Il comprendere che l'utente è sulla via della *recovery* aiuta a fornire interventi fatti su misura per i suoi bisogni specifici: facilitando le connessioni con la Comunità in cui vive, normalizzando le esperienze di malattia, incoraggiando il riottenimento di interessi e competenze e integrandoli con la sua prospettiva e obiettivi di vita personali.

Aldilà dell'essere visto come un "viaggio personale" [48], la *recovery* deve essere compresa anche come un processo sociale, dove le persone devono affrontare, insieme al disturbo anche altre prove come il bisogno di risorse tangibili, impieghi lavorativi, disponibilità di abitazioni, indipendenza finanziaria, e servizi efficienti.[49]

In ultimo, la *recovery* rappresenta una sfida per i professionisti, per quanto riguarda ciò che realmente costituisce un aiuto di qualità, così da rivisitare le pratiche paternalistiche che contribuiscono a causare inerzia, dipendenza, e basse aspettative, o la chiusura all'interno dei *setting* psichiatrici come strade senza uscita. Al contrario, il concetto di *recovery* ci spinge verso l'adozione di pratiche che supportino autonomia, condivisione, partecipazione e supporto.[50].

In esso è compreso anche il conoscere e rispettare i tempi e i modi di *recovery* di ogni individuo, inclusi le fasi chiamate "d'improvvisazione/creazione spontanea" "*woodshedding*,"² "un posto sicuro" dove essere temporaneamente protetti e rifugiati, per affrontare le sfide giornaliere, e da dove arrivare -gradualmente con i loro tempi- più vicini agli stadi successivi. Quindi, il compito dei professionisti dovrebbe essere quello di supportare le strategie personali di *recovery*, fornendo *feedback*, esempi positivi, e la possibilità di "essere di passaggio" nei servizi di salute mentale, riacquistando un ruolo soddisfacente nella propria vita.

Il presente lavoro evidenzia il contributo della collezione e diffusione di storie di *recovery*, in termini di condivisione di modelli, conoscenza, e speranza per gli utenti dei servizi, famiglie e professionisti. L'importanza del ritrovamento di un linguaggio comune che sia comprensibile e utile per ogni aspetto, pensato per imparare nuovi modi di promuovere e supportare il cambiamento, visto che la pratica della salute mentale consiste primariamente nella ricerca dei suoi stessi percorsi.

Va notato che molti dei professionisti che hanno partecipato alla somministrazione delle interviste hanno descritto un alto grado di coinvolgimento ed empatia con gli individui di cui si erano raccolte le storie. Per i servizi di salute mentale, rivalutare le pratiche che si basano sulle evidenze che provengono dagli utenti dei servizi e le loro famiglie non è solo un modo di migliorare la qualità della cura, ma anche un'intenzione di aiutare l'aumento della soddisfazione e motivazione dei professionisti stessi.

TOWARD RECOVERY-ORIENTED SERVICES?

E' chiaro che, da una prospettiva di *recovery*, l'approccio nei Servizi di Salute Mentale dovrebbe anche cambiare da un paradigma statico che ambisce al "mantenimento" ad uno che sia orientato alla *recovery*.

² Il termine viene dal jazz, si riferisce a quando un musicista va nella sua *wood shed* - sono quelle casette in legno che gli anglosassoni di solito costruiscono nel giardino come ripostiglio ma che sono anche abitabili come garage etc.- per provare qualcosa di nuovo, fuori dagli sguardi pubblici, creando qualcosa da soli (N.d.T.).

In particolare, sono fondamentali gli aspetti correlati, da una parte per il training delle forze di lavoro e dall'altra per l'organizzazione dei servizi.

Alcune delle “parole d'ordine“ sono le seguenti:

1. programmi che promuovano l'acquisizione di un ruolo sociale attivo invece che programmi di segregazione
2. aumento delle abilità e delle attitudini che promuovono/adottano il processo di *recovery* invece che il paternalismo e l'infantilizzazione
3. accettazione dei rischi inerenti al processo di *recovery* invece che attuazione di una psichiatria difensiva
4. supporto al fare esperienze invece che la protezione dalle esperienze di vita e il comportamento di controllo
5. implementazione delle abilità dei membri del team invece che dei conflitti di potere
6. Stimolo alla leadership invece che (all'aderenza) alla burocrazia

Allo stesso tempo, deve essere garantito che le pratiche riabilitative di provata efficacia siano di routine nei servizi, come gli interventi psico-educativi, training nelle abilità sociali, *training al problem solving* etc., che sono apertamente richieste dagli utenti e dai loro parenti e sono ancora troppo sotto usate nei servizi, come dimostrato da diversi studi.

TRANSFERRING THE PRINCIPLES OF RECOVERY IN THE PRACTICE OF MENTAL HEALTH SERVICES: A DIFFICULT CHALLENGE

Attualmente, le due sfide principali nel campo della salute mentale, che ambiscono a migliorare la qualità dei servizi, sono quelle di riformare i servizi sulla base dei principi di *recovery* e di implementare servizi che siano supportati dalle evidenze scientifiche.

Infatti, per migliorare, questo campo c'è bisogno della conoscenza di chi ha fatto esperienza di malattie mentali gravi così come della conoscenza fornita dalla ricerca scientifica. Quando sono applicate insieme, queste due strategie sono capaci di promuovere lo sviluppo di un sistema ottimale di servizi che la maggioranza delle persone vorrebbe per se stessi o per i loro parenti.

Come può essere trasferita all'interno dei servizi la cultura della *recovery*? Ci sono fondamentalmente 3 modi:

1. eseguendo trattamenti in accordo con i valori principali di *recovery*;
2. guidando una trasformazione dei programmi orientata alla *recovery*;
3. supportando ed aumentando le abilità e le attitudini delle forze di lavoro che promuovono il processo di *recovery*.

Questi 3 punti elencati verranno brevemente descritti.

DELIVERING EVIDENCE-BASED PRACTICES ACCORDING TO THE MAIN CORE VALUES OF RECOVERY

Ci sono almeno 5 principi chiave che supportano il processo di *recovery* e che sono stati riscontrati di frequente nei resoconti personali degli utenti e nella letteratura sulla *recovery* (tavola 1)

CHARACTERISTICS OF SERVICES THAT PROMOTE RECOVERY

I programmi che promuovono il recovery sono quelli che si muovono fuori dai setting delle istituzioni (in contesti sociali), e che hanno i seguenti risultati:

- il riapproccio della persona al contesto (risocializzazione)
- l'apprendimento e la pratica di abilità/competenze;
- lo svolgimento di compiti validi e utili alla comunità;
- il successo.

TABLE 1

PRINCIPI CHE DOVREBBERO GUIDARE L'OFFERTA DI INTERVENTI EVIDENCES BASED

Orientation toward the person

L'orientamento verso la persona implica che gli individui siano più di quello che mostrano nel ruolo limitato e coercitivo di "paziente" o di "coloro che ricevono il servizio". La maggioranza di adulti che hanno (o hanno avuto) ruoli di padri, madri, fratelli, studenti, impiegati o impegnati in associazioni; essi apprezzano quando il professionista esprime un interesse in loro in quanto individui, con ruoli diversi da quello di "pazienti".

Involvement of the person

I dati della ricerca suggeriscono che i migliori risultati sono ottenuti quando gli individui sono coinvolti in modo significativo nella pianificazione e consegna dei servizi per loro.

Potential for growth

Adottare il principio di "potenziale di crescita" implica:

- l'essere impegnati a mantenere un'atmosfera istituzionale e relazionale caratterizzata da speranza, sia per l'utente che per lo staff
- il valutare il progresso nell'area della crescita personale, adattando i servizi in modo che il miglioramento possa essere evidenziato e riconosciuto.

Self-determination/choice

Molti studi hanno mostrato una relazione positiva tra il livello di scelta da parte del paziente e il coinvolgimento e i risultati della riabilitazione [55, 56].

Flexibility

Il processo di guarigione è promosso da quei programmi che possono integrare la natura dinamica del percorso di *recovery*; ciò significa che devono essere così flessibili da tollerare

l'allontanarsi / avvicinarsi degli utenti; da permettere le dinamiche prove/errori e l'alternarsi di successi e fallimenti, elementi caratteristici del processo di guarigione; da concedere alle persone di regredire e di riprovare ancora e ancora dopo aver rinunciato o fallito.

Gli obiettivi dei "servizi di salute mentale orientati alla recovery" sono, quindi, diversi dagli obiettivi dei "servizi per trattamento e cura tradizionali". Questi ultimi enfatizzano solo la remissione dei sintomi e la prevenzione delle ricadute. Con un approccio-recovery, il miglioramento dei sintomi è molto importante e può certamente giocare un ruolo chiave nel miglioramento generale della salute mentale della persona, ma la qualità della vita, così come è valutata dalla persona stessa, è non meno centrale. In conclusione, ogni servizio, o trattamento, o intervento o supporto deve essere valutato in questi termini: in che misura aiuta il paziente a ottenere i suoi goals/obiettivi di guarigione?

THE WORKFORCE'S SKILLS AND ATTITUDES THAT PROMOTE THE PROCESS OF RECOVERY

Una cultura di servizi basati sulla *recovery* enfatizza le qualità personali dei professionisti tanto quanto quelle dei titoli accademici. Insiste sul bisogno di coltivare la loro abilità per dare speranza, per curare, per essere realistici, per credere nell'elasticità e per empatizzare con l'altra persona.

TABLE 2 CONDIZIONI STRUTTURALI NECESSARIE PER TRASFERIRE I PRINCIPI DELLA RECOVERY NELLA PRATICA DEI SERVIZI

- Diversi servizi e agenzie condividono la stessa visione
- E' necessario un lungo periodo di tempo per acquisire le competenze ed innalzare le attitudini dello staff per promuovere la recovery
- La capacità di affrontare e gestire la resistenza e l'inerzia dello staff al cambiamento del modo di offrire i servizi e al modo in cui interagiscono con gli utenti
- Impegno costante da parte della direzione a supervisionare e supportare lo staff
- Impegno delle autorità locali e regionali a fornire risorse e supporto
- Impegno a cambiare il contesto di lavoro, adattandolo ai principi della recovery
- Enfasi su un insegnamento continuativo nel luogo di lavoro
- Sviluppo d'indicatori di *recovery*
- Coraggio di eliminare le pratiche disabilitanti - spesso difese anche dai professionisti, famiglie, politici- degli altri soggetti interessati.

Tali servizi tendono ad andare oltre la cura tradizionale, per aiutare l'individuo con malattia mentale a reintegrarsi nella società, incorporando nel concetto di guarigione i risultati raggiunti nelle dimensioni di qualità della vita, lavoro, abitazione, amicizie e vita sociale [57, 58]. Di conseguenza, l'obiettivo degli operatori è quello di fornire gli individui di risorse

informazioni, competenze, connessione sociale e supporto) così da renderli capaci di gestire la loro condizione e di aiutarli ad avere accesso alle risorse che loro credono necessitare per vivere le loro vite.

Questo implica una relazione tra gli operatori e gli utenti radicalmente differente da quella tradizionale in termini di potere e dipendenza, dove i professionisti non sono solo “esperti con autorità”, ma anche “personal coaches e personal trainers”, ma mettono a disposizione le loro competenze e conoscenze, imparano dagli utenti e li apprezzano come “esperti da esperienza”. [59]

Alla luce di quanto detto sopra, è chiaro che il trasferimento dei principi della recovery e dei trattamenti E-B nella pratica giornaliera è una grande sfida, dal momento che l'implementazione dei trattamenti orientati alla recovery richiedono un certo numero di condizioni strutturali essenziali (tavola 2).

Nell'opinione degli autori, tra le varie aree su cui gli interventi sono necessari per avere dei servizi orientati alla recovery, quella principale è rappresentata dallo sviluppo professionale dello staff. E' necessario non sottovalutare la forte interazione fra l'efficacia dell'operatore e i risultati della guarigione, influenzati in modo significativo dalla competenza professionale, l'attitudine e motivazione dello staff con il quale il paziente interagisce.

CONCLUSIONS

L'integrazione delle due dimensioni di “risultato” e “processo”, “oggettivo” e “soggettivo” e “clinico” e “esperienziale” dei percorsi di *recovery* è un compito essenziale della psichiatria nelle decadi a venire [60]. Inoltre, la dicotomia processo-risultato è più apparente che reale, o almeno, è il risultato di un fraintendimento semantico. Infatti, ogni volta che ci confrontiamo con un fenomeno che ha uno sviluppo nel corso del tempo, questo può solo essere valutato con una prospettiva longitudinale in termini di processo, e con una prospettiva cross-sezionale in termini di risultato: un aspetto incorpora sempre l'altro. Più utile (ma sfortunatamente scarsamente implementato) in termini di ricerca è certamente la valutazione processo/risultato di un disturbo psichiatrico con una prospettiva multi-assiale, dove l'aspetto biomedico è misurabile attraverso indicatori neurobiologici (non ancora chiaramente identificati), l'aspetto clinico sulle basi dei sintomi psicopatologici; l'aspetto neuropsicologico sulla base delle funzioni cognitive; l'aspetto sociale attraverso una valutazione del funzionamento in aree come quella lavorativa, del vivere autonomamente, e delle relazioni sociali; e l'aspetto esperienziale attraverso il benessere soggettivo, padronanza di sé, qualità della vita, e narrazione personale. Attualmente, fino ad ora, questo aspetto “in prima persona” è stato di gran lunga sicuramente quello più trascurato dalla ricerca e dalla pratica tradizionale in psichiatria. Al contrario, è importante quello che il “movimento recovery” ha messo in primo piano. La valorizzazione dell'esperienza di “prima persona” in una prospettiva orientata alla *recovery* ha permesso ai protagonisti di questo processo di diventare indipendenti dall'occhio esclusivo e filtrante dello psichiatra/psicologo per spostare il focus dalla parte malata- focalizzata sul sintomo – alla parte sana – centrata sui valori, aspettative, scelte, speranza, ruolo sociale e vita nella sua interezza, attraverso i vari passaggi della transizione dalla malattia alla *recovery*. C'è una relazione dialettica tra la psicopatologia e la ricerca clinica, da una parte e la prospettiva dell'utente, dall'altra. La discussione che si svolge esclusivamente all'interno del “clinico” e dello “psicopatologico”, è basata su una comprensione naturalistica che è esclusivamente in “terza persona” (spiegazione/ricerca di relazioni causali). Quest'approccio è stato affiancato da tentativi di costruire una comprensione “in prima persona” (approccio soggettivo/empatico). Entrambe queste

dimensioni sono essenziali nella costruzione delle narrazioni cliniche, ma la spina dorsale della relazione tra professionisti della salute mentale e utenti dei servizi può solo essere un approccio intersoggettivo “in seconda persona”, che permetta la costruzione di “narrative condivise”[61], l'assunto di qualsiasi approccio terapeutico-riabilitativo centrato sulla persona.

REFERENCES

1. Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation*, 16, 11–23.
2. Farkas, M. (2008). The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6, 4–10.
3. Bonner, Y.D.B., & Pellegrino, R. (2007) Editoriale. La prospettiva dell'utente: L'inclusione come costruzione della persona. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 131, 5–16.
4. Lysaker, P.H., & Lysaker, J.T. (2010) Schizophrenia and alterations in self-experience: A comparison of 6 perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 331–340.
5. Anthony, W.A.; Cohen, M.; & Farkas, M. (2000). *Psychiatric rehabilitation*. Boston, MA: Boston University Centre for Psychiatric Rehabilitation.
6. De Girolamo, G.; Picardi, A.; Micciolo, R.; Falloon, I.; Fioritti, A.; & Morosini, P. for the Italian PROGRES Study Group. (2002). Residential care in Italy: A national survey of non-hospital facilities. *British Journal of Psychiatry*, 181, 220–225.
7. Morosini, P.; Magliano, L.; & Brambilla, L. (1998). VADO: *Valutazione di abilità definizione di obiettivi*. Trento, Italy: Erickson.
8. Morosini, P.; Magliano, L.; Brambilla, M.; Lugolini, S.; & Pioli, R. (2000) Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 323–329.
9. Juckel, G., & Morosini, P. (2008) The new approach: Psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia. *Current Opinions in Psychiatry*, 21, 630–639.
10. Nasrallah, H.; Morosini, P.; & Gagnon, D.D. (2008). Reliability, validity and ability to detect change of the Personal and Social Performance scale in patients with stable schizophrenia. *Psychiatry Research*, 161, 213–224.
11. Patrick, D.L.; Burns, T.; Morosini, P.L.; Rothman, M.; Gagnon, D.D.; Wild, D.; & Adriaenssen, A. (2009) Reliability, validity and ability to detect change of the clinician-rated personal and social performance scale in patients with acute symptoms of schizophrenia. *Current Medical Research Opinions*, 25, 325–338.
12. Vittorelli, R.; Pioli, R.; Brambilla, L.; Archiati, L.; Rosi, G.; Sleijpen, C.; Magliano, L.; Veltro, F.; & Morosini, P. (2003). Efficacy of the “VADO” approach in psychiatric rehabilitation: A controlled study. *Epidemiol Psichiatr Soc*, 12, 43–52.
13. Pioli, R.; Vittorielli, M.; Gigantesco, A.; Rossi, G.; Basso, L.; Caprioli, C., et al. (2006) Outcome assessment of the VADO approach in psychiatric rehabilitation: A partially randomised multicentric trial. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 2–5.
14. Gigantesco, A.; Vittorielli, M.; Pioli, R.; Falloon, I.R.; Rossi, G.; & Morosini, P. (2006) The VADO approach in psychiatric rehabilitation: A randomized controlled trial. *Psychiatric Services*, 57, 1778–1783.

15. Carozza, P. (2010) La guarigione dalla malattia mentale: Esito o processo? *Psichiatria di Comunità*, 9, 1–10.
16. Coleman, R. (2006). *Recovery: An alien concept?* Peoria, IL: P&P Press.
17. Saraceno, B. (2006). *La fine dell'intrattenimento*. Milano, Italy: Etas Libri.
18. Barnes, M., & Bowl, R. (2000) *Taking over the asylum: Empowerment and mental health*. Basingstoke, UK: Paperbdeil EBook, Palgrave Pub.
19. Mezzina, R.; Borg, M.; Marin, I.; Sells, D.; Topor, A.; & Davidson, L. (2006). From participation to citizenship: How to regain a role, a status and a life in the process of recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 39–61.
20. Davidson, L.; Borg, M.; Marin, I.; Topor, A.; Mezzina, R.; & Sells, D. (2005). Process of recovery in serious mental illness: Findings from a multinational study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8, 177–201.
21. Corrigan, P.; Salzer, M.; Ralph, R.; Songster, Y.; & Keck, L. (2004). Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 1035–1041.
22. Chiba, R.; Miyamoto, Y.; & Kawakami, N. (2009). Reliability and validity of the Japanese version of the Recovery Assessment Scale (R.A.S.) for people with chronic mental illness: Scale development. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 314–322.
23. McNaught, M.; Caputi, P.; Oades, L.; & Deane, F. (2007). Testing the validity of the Recovery Assessment Scale using an Australian sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 450–457.
24. Marin, I., & Bon, S. (2012). *Guarire si può. Persone e disturbo mentale*. Merano, Italy: Alpha Beta Verlag.
25. Boggian, I.; Lamonaca, D.; Svetini, A.; Ghisi, M.; & Gruppo SIR. (2011). Studio Italiano sul Recovery–SIR. Fase 1: Applicazione italiana della Recovery Assessment Scale. *Psichiatria di Comunità*, 10, 38–48.
26. Liberman, R.P.; Kopelowicz, A.; Ventura, J.; & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 256–272.
27. Mukolo, A.; Heflinger, C.A.; & Baxter, J. (2011). Recovery and self-esteem: Concurrent validity of the Recovery Assessment Scale. *The International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 15, 41–68.
28. Trauer, T. (2010). Outcome measurement in chronic mental illness. *International Review of Psychiatry*, 22, 99–113.
29. Davidson, L. (2007). Trajectory to a first episode of psychosis: A qualitative research study with families. *Early Intervention Psychiatry*, 1, 308–315.
30. Cavelti, M.; Kvrjic, S.; Beck, E.M.; Kossowsky, J.; & Vauth, R. (2012). Assessing recovery from schizophrenia as an individual process: A review of self report instruments. *European Psychiatry*, 27, 19–32.
31. Jaaskelainen, E.; Juola, P.; Hirvonen, N.; McGrath, J.; Saha, S.; Isohanni, M.; Veijola, J.; & Miettunen, J. (2012). A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 1296–1306.
32. Haro, J.M.; Norvick, D.; Bertsch, J.; Karagianis, J.; Dossenbach, M.; & Jones, P.B. (2011). Cross-national clinical and functional remission rate: Worldwide Schizophrenia Outpatient Health Outcome (W-SoHo) Study. *British Journal of Psychiatry*, 199, 194–201.

33. Ardvisson, H., & Ardvisson, E. (2005). Recovery from severe mental illness: A 5-year follow-up study after the 1995 Swedish Mental Health Care Reform. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 7, 91–108.
34. Lamonaca, D.; Boggian, I.; Svetini, A.; Ghisi, M.; & Gruppo, SIR. (2011). Primi risultati dello studio italiano sul recovery. In *Il lavoro di Sisifo. Il progetto riabilitativo tra etica, evidenze ed esperienze*. P. Nigro, G. Saccottelli, T. De Donatis, & D. Semisa (eds.). Rome, Italy: Fioriti, 31–45.
35. Farkas, M.; Gagne, C.; Anthony, W.; & Chambelin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence-based programs: Identifying the critical dimension. *Community Mental Health Journal*, 41, 141–158.
36. Tibaldi, G., & Govers, L. (2009). Evidence-based hope. La proposta di una prospettiva comune. *Psichiatria di Comunità*, 8, 117–128.
37. Harvey, P., & Bellack, A. (2009). Toward a terminology for functional recovery in schizophrenia: Is functional remission a viable concept? *Schizophrenia Bulletin*, 35, 300–306.
38. Vandekinderen, C.; Roets, G.; Roose, R.; & Van Hove, G. (2012). Rediscovering recovery: Reconceptualising underlying assumptions of citizenship and interrelated notions of care and support. *The Scientific World Journal*, 496579, 1–7.
39. Onken, S.J.; Craig, C.M.; Ridgway, P.; Ralph, R.; & Cook, J.A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 9–22.
40. Lloyd, C.; King, R.; & Moore, I. (2010). Subjective and objective indicators of recovery in severe mental illness: A cross sectional study. *International Journal of Social Psychiatry*, 56, 220–229.
41. Connell, J.; Brazier, J.; & O’Cathain, A.; Lloyd-Jones, M.; & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: A synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 138.
42. Smith, M.K. (2000). Recovery from a severe psychiatric disability: Findings of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24, 149–158.
43. Marin, I., & Mezzina, R. (2006). Percorsi soggettivi di guarigione. Studio pilota sui fattori di recovery in salute mentale. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 130, 129–152.
44. Sells, D.; Borg, M.; Marin, I.; Mezzina, R.; Topor, A.; & Davidson, L. (2006). Arenas of recovery for persons with severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 3–16.
45. Davidson, L.; Rowe, M.; Tondora, J.; O’Connell, M. J.; & Lawless, M. S. (2008). *A Practical Guide to Recovery- Oriented Practice: Tools for Transforming Mental Health Care*. Oxford University Press.
46. Tanskanen, S.; Morant, N.; Hinton, M.; Lloyd-Evans, B.; Crosby, M.; Killaspy, H.; Raine, R.; Pilling, S.; & Johnson, S. (2011). Service user and carer experiences of seeking help for a first episode of psychosis: A UK qualitative study. *BMC Psychiatry*, 11, 157.
47. Gerson, R.; Davidson, L.; Booty, A.; Wong, C.; McGlashan, T.; Malespina, D.; Pincus, H. A.; & Corcoran, C. (2009). Families experience with seeking treatment for recent onset psychosis. *Psychiatric Services*, 60, 812–816.
48. Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 91–97.

49. Whitley, M.; Harris, M.; Falloot, R. D.; Wolfson, P.; & Berley, R. (2007). The active ingredients of intentional recovery communities: Focus group evaluation. *Journal of Mental Health, 17*, 173–182.
50. Tew, J.; Ramon, S.; Slade, M.; Bird, V.; Melton, J.; & Le Boutillier, C. (2011). Social factors and recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *The British Journal of Social Work, 42*, 443–460.
51. Roncone, R.; Morosini, P.L.; Falloon, I.R.H.; & Casacchia, M. (2002). Family interventions in schizophrenia in Italian mental health services. In *Comprehensive Treatment of Schizophrenia. Linking Neurobehavioral Findings to Psychosocial Approaches*. H. Kashima, I.R.H. Falloon, M. Mizuno, & M. Asai (eds.). Tokyo, Japan: Springer, 284–289.
52. Magliano, L.; Malangone, C.; Guarneri, M.; Marasco, C.; Fiorillo, A.; & Maj, M. (2001). The condition of families of patients with schizophrenia in Italy: Burden, social network and professional support. *Epidemiol Psichiatr Soc, 10*, 96–106.
53. Magliano, L.; Marasco, C.; Fiorillo, A.; Malangone, C.; Guarneri, M.; Maj, M.; & Working Group of the Italian National Study on Families of Persons with Schizophrenia. (2002). The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*, 291–298.
54. Magliano, L., & Fiorillo, A. (2007). Psychoeducational family interventions for schizophrenia in the last decade: From explanatory to pragmatic trials. *Epidemiol Psichiatr Soc, 1*, 22–36.
55. Becker, D.R.; Drake, R.E.; Farabaugh, A.; & Bond, G.R. (1996). Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services, 47*, 1223–1226.
56. Bell, M., & Lysaker, P. (1996). Levels of expectation for work activity in schizophrenia: Clinical and rehabilitation outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 19*, 71–76.
57. Appleby, L. (2007). *Breaking down barriers: The clinical case for change*. London, UK: Department of Health.
58. Appleby, L. (2007). *Mental health ten years on: Progress on mental health care reform*. London, UK: Department of Health.
59. Roberts, G., & Wolfson, P. (2004). The rediscovery of recovery: Open to all. *Advances in Psychiatric Treatment, 10*, 37–49.
60. Jacobson, N., & Greenley, D. (2001) What is recovery?. A conceptual model and explication. *Psychiatric Services, 52*, 482–485.
61. Stanghellini, G., & Rossi Monti, M. (1999). *Psicologia del patologico*. Milano, Italy: Cortina.