

Determinanti sociali e psicosociali e organizzazione dei servizi

Paola Carozza

Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Ferrara

Abstract

I determinanti della salute mentale e dei disturbi mentali includono non solo attributi individuali quali la capacità di gestire i propri pensieri, le proprie emozioni, i propri comportamenti e le relazioni con gli altri, ma anche fattori sociali, culturali, economici, politici ed ambientali, tra cui le politiche adottate a livello nazionale, la protezione sociale, lo standard di vita, le condizioni lavorative ed il supporto sociale offerto dalla comunità. L'esposizione alle avversità sin dalle prime fasi della vita rappresenta un fattore di rischio per disturbi mentali ormai riconosciuto. Le disuguaglianze sociali e le vulnerabilità differenziali, conseguenti a fattori economici, sociali e culturali, comportano variazioni significative nell'accesso alle cure e negli esiti assistenziali in salute mentale. La psichiatria di comunità, sensibile ai determinanti sociali e psicosociali, deve ispirarsi a specifici principi che includono: 1) prossimità, reattività e coinvolgimento dei fruitori dei trattamenti; 2) approccio olistico, centrato sulla persona e basato sui diritti; 3) sviluppo di una rete di servizi per la salute mentale con risorse adeguate e competenti, integrata nei sistemi sociali e di welfare e 4) approccio multi-settoriale e globale che includa salute, istruzione, ricerca, welfare, politiche per la casa e del mercato del lavoro.

Parole chiave: determinanti sociali e psicosociali, fattori protettivi, fattori di rischio, psichiatria di comunità, servizi inclusivi, strategie di inclusione sociale e di recovery.

Abstract (English)

The determinants of mental health and mental disorders include not only individual attributes such as the ability to manage one's thoughts, emotions, behaviours, and relationships with others, but also social, cultural, economic, political, and environmental factors, including policies adopted at the national level, social protection, standard of living, working conditions, and social support provided by the community. Exposure to adversity from early stages of life represents a recognized risk factor for mental disorders. Social inequalities or differential vulnerabilities resulting from economic, social, and cultural factors lead to significant variations in access to care, and outcomes of mental health services. Community Psychiatry, sensitive to social and psychosocial determinants, is inspired by specific principles, which include: 1) proximity, reactivity and involvement of users; 2) holistic, person-centred, rights-based approach; 3) development of a network of mental health services with adequate and competent resources, integrated into social and welfare systems; and 4) a multisectoral and comprehensive approach

that includes health, education, research, welfare, housing and occupational policies.

Keywords

Social and psychosocial determinants, protective factors, risk factors, community- oriented psychiatry, inclusive mental health services, social inclusion and recovery-oriented strategies.

I determinanti sociali/psicosociali nella salute mentale

I determinanti sociali e i determinanti psicosociali influenzano profondamente la salute mentale, agendo sia a livello dell'organizzazione dei servizi sia a livello individuale (APA, 2022). La differenza tra tali due categorie riguarda il tipo di fattori che impattano sul benessere mentale e fisico di un individuo. I determinanti sociali sono le condizioni strutturali e ambientali in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano (Moran, 2022). Essi condizionano direttamente la salute mentale e fisica. Esempi:

- Livello di istruzione
- Reddito e situazione economica
- Occupazione e condizioni lavorative
- Accesso ai servizi sanitari
- Condizioni abitative
- Politiche pubbliche e protezione sociale
- Disuguaglianze sociali e discriminazione

I suddetti fattori definiscono anche lo status socioeconomico e possono rappresentare un fattore di rischio o, al contrario, una risorsa protettiva (Agency for Healthcare Research and Quality, 2021; Smith et al. 2023).

I determinanti psicosociali riguardano, invece, l'interazione tra i fattori psicologici e sociali che influenzano il comportamento, le emozioni e le relazioni. Esempi:

- Supporto sociale e relazioni interpersonali
- Stress e capacità di gestione emotiva
- Esperienze traumatiche o avversità precoci

- Autostima e senso di controllo
- Isolamento sociale
- Cultura e norme sociali interiorizzate

I determinanti psicosociali agiscono a livello individuale e relazionale, modulando la risposta emotiva e comportamentale agli eventi della vita.

Le principali differenze tra i due gruppi di determinanti sono sintetizzate nella tab. 1.

Tipo di Determinante	Focus principale	Livello di influenza
Sociali	Condizioni strutturali e ambientali	Macro (società, istituzioni)
Psicosociali	Interazioni tra mente e ambiente sociale	Meso/micro (famiglia, individuo)

Tab. 1 – Differenze tra i determinanti sociali e i determinanti psicosociali.

I determinanti sociali, come povertà, disoccupazione, bassa istruzione, precarietà abitativa e disuguaglianze, creano un terreno fertile per lo sviluppo di disturbi psichiatrici. Secondo l'OMS, esiste un chiaro gradiente sociale della salute mentale: più bassa è la posizione socioeconomica, maggiore è il rischio di sofferenza psichica. Lo svantaggio sociale, la povertà e la malattia mentale sono, quindi, fortemente interconnessi. È stato riscontrato che nelle classi sociali meno abbienti i problemi di salute mentale hanno una prevalenza di quasi quattro volte superiore rispetto a quella riscontrata nelle classi più abbienti. Per esempio, la diagnosi di psicosi presenta una diffusione nove volte maggiore tra i poveri che tra i ricchi. Riguardo all'età, la preva-

lenza di qualsiasi disturbo mentale è di tre volte più alta tra i bambini poveri rispetto a quelli agiati.

Gli effetti principali dei determinanti sociali sono:

- Maggiore esposizione a stress cronico
- Minore accesso a servizi di supporto e cura
- Aumento del senso di impotenza e isolamento
- Rischio più alto di depressione, ansia e disturbi da stress post-traumatico

I determinanti psicosociali, come il supporto sociale, le relazioni familiari, le esperienze infantili, il livello di autostima e le capacità di coping, producono, invece, i seguenti effetti:

- Aumento del rischio di depressione e riduzione delle possibilità di recovery in presenza di un ambiente invalidante o carente di supporti;
- Aumento del rischio di disturbi mentali in età adulta in presenza di esperienze traumatiche precoci;
- Maggiore probabilità di emergenza di disturbi psichiatrici se si vive in una condizione di costante isolamento sociale;
- Maggiore benessere mentale quando c'è la percezione di esercitare un controllo sulla propria vita.

Spesso i determinanti sociali e psicosociali interagiscono e si influenzano reciprocamente. Ad esempio, vivere in povertà può ridurre le opportunità di costruire relazioni sane, aumentando il rischio di isolamento e stress. Allo stesso tempo, una rete sociale solida può mitigare gli effetti negativi di una condizione socioeconomica sfavorevole.

I determinanti sociali/psicosociali e l'organizzazione dei servizi

I determinanti sociali e psicosociali influenzano in modo significativo anche l'organizzazione dei servizi di salute mentale (Jeste e Pender, 2022).

Per esempio, instabilità economica, povertà, disoccupazione, condizioni abitative precarie, istruzione limitata, esperienze infantili avverse e isolamento sociale sono collegati a tassi più elevati di depressione, ansia, disfunzioni emotive, cognitive e comportamentali e altre gravi condizioni psichiatriche, aumentando così il bisogno di servizi di salute mentale, creando ostacoli all'accesso, compromettendo l'efficacia dei trattamenti e richiedendo un sostegno intensivo e a lungo termine.

Le disuguaglianze territoriali fanno sì che i servizi siano spesso concentrati in zone urbane, lasciando scoperti i contesti rurali o periferici, e i bisogni sociali emergenti, posti da nuove popolazioni di utenti (migranti, persone LGBTQ+, adolescenti, persone senza fissa dimora), pongono grandi sfide all'attuale organizzazione psichiatrica, soprattutto per quanto riguarda l'aggancio (difficoltà ad affidarsi) e la continuità del rapporto di cura (frequenti *drop-out*). Inoltre, le barriere economiche, linguistiche e culturali e lo stigma, che circonda la malattia mentale, insieme alla mancanza di operatori culturalmente competenti, scoraggiano le persone più vulnerabili dal cercare un aiuto specialistico.

Infine, le disuguaglianze nell'istruzione, nell'alloggio e nell'accesso ai servizi, nonché la mancanza di mezzi di trasporto e la marginalità sociale, possono impedire di ricevere cure tempestive.

Affrontare i determinanti sociali e psicosociali è dunque fondamentale per garantire l'equità nella salute mentale e obbliga le organizzazioni psichiatriche a prendere in considerazione i fattori strutturali, ad attuare interventi basati sulla comunità e ad adottare approcci olistici, andando oltre il tradizionale trattamento incentrato sui sintomi, sposando una visione di salute pubblica e riconoscendo che includere nei percorsi di

cura variabili non strettamente biologiche favorisce la ripresa della salute mentale (Marrone e Swarbrick, 2020).

Attenzionare i determinanti sociali e psicosociali significa anche tendere verso un'organizzazione multidisciplinare e interservizi, che coinvolga non solo psichiatri e psicologi, ma anche assistenti sociali, educatori, mediatori culturali, servizi sociali e cure primarie, secondo il modello di integrazione sociosanitaria, essenziale per gestire problemi complessi come la marginalità, la violenza domestica o la dipendenza da sostanze.

Un'organizzazione efficace dei servizi di salute mentale richiede anche la loro integrazione con altre risorse della comunità, come l'assistenza abitativa, il sostegno all'occupazione, i programmi che promuovono stili di vita salutari, i servizi di prossimità, la mediazione culturale e i percorsi facilitati per chi vive in condizioni di esclusione. Dato che reti di sostegno sociale solide sono essenziali per il benessere psicologico, tali connessioni all'interno della comunità dovrebbero essere incentivate e sostenute.

Per ultimo, i determinanti sociali e psicosociali impongono una valutazione continua dell'efficacia dei servizi, non solo nella dimensione clinica, ma anche in quella sociale ed economica, utilizzando indicatori relativi alla qualità della vita, ai tassi di reinserimento lavorativo e alla riduzione dell'isolamento sociale (Richmond, 2002).

Tra i determinanti psicosociali, quello relativo ai legami che uniscono gli esseri umani (amicizia, rapporti familiari, con colleghi e con conoscenti) rappresenta una componente fondamentale del benessere psicologico, emotivo e persino fisico. Pertanto, a tale importante fattore e alle conseguenze sulla salute mentale in sua assenza saranno dedicati i prossimi due paragrafi.

Connessioni sociali e salute mentale

Esiste un profondo legame tra l'esistenza di relazioni umane e il benessere individuale e sociale (Webber, 2025). Se si analizzano le fonti della felicità, si scopre che quasi tutte appartengono ad una dimensione sociale e soggettiva (relazioni familiari, situazione finanziaria, lavoro, vita sociale e amici, salute, libertà personale e valori personali) e che quasi tutte sono state spesso misconosciute dai servizi di salute mentale, concentrati sul gestire l'infelicità piuttosto che su come ridurla.

Il motivo può risiedere nel fatto che perseguire tale obiettivo comporta ampliare la formazione dei professionisti, focalizzata tradizionalmente solo sulla dimensione della malattia e non su quella del benessere; essere consapevoli che gli interventi tesi all'aumento della libertà della persona e coerenti con i suoi valori, aumentano anche lo stato di benessere; ed essere consapevoli che la maggior parte degli agenti sulla felicità sono sociali più che intrapsichici (Webber e Fendt-Newlin, 2017).

Tuttavia, mentre vi è un sostanziale corpo di ricerca che dimostra quanto i fattori psicosociali possano contribuire all'incidenza dei problemi di salute mentale, c'è minore chiarezza su come gli stessi possano giocare un ruolo centrale nel recovery. In questo senso, è però interessante notare come l'inserimento occupazionale è spesso associato ad una riduzione dei sintomi e questo proverebbe che sia i tassi di *social recovery* che quelli di *clinical recovery* sono correlati a fattori socioeconomici, come il tasso di occupazione (Warner, 1994; Borg e Kristiansen, 2008).

Riferendoci invece al *personal recovery*, si noterà come la ripresa di controllo sulla propria vita, la ricostruzione di identità personali e sociali positive (inclusa la riduzione dell'impatto dello stigma

e della discriminazione) e la presenza di relazioni interpersonali significative siano tutte dimensioni sociali nella loro natura. Per questo esse sono favorite da pratiche socialmente inclusive, le quali, però, non ancora sono diventate parte integrante dei piani di trattamento, spesso costruiti più per fronteggiare emergenze e rischi immediati che non per sostenere il recovery a lungo termine (Ramon et al., 2009)¹.

Se le relazioni sono di vitale importanza per il recovery, possono anche ostacolarlo quando le persone con problemi di salute mentale sperimentano interazioni sociali negative, in cui si sentono prive di autorevolezza e umiliate, oppure vivono in ambienti che le fanno sentire così frustrate, colpevoli e vergognose, da essere indotte a ritirarsi dal contatto sociale (Topor et al., 2006). Chi ha sperimentato più volte queste situazioni disabilitanti, può avere bisogno di supporto per allontanarsi da un contesto in cui ci si sente bloccati e limitati da relazioni di subalternità, per inserirsi in un altro ambiente dove si percepisce di poter avere più stima e autorevolezza. Anche relazioni stressanti, invadenti, eccessivamente coinvolgenti o caratterizzate da una comunicazione squalificante ed ostile o da fredda indifferenza hanno un impatto negativo, perché aumentano notevolmente la probabilità di recidiva. Si è anche cercato di evidenziare quale tipo di relazione possa, invece, favorire il recovery e si è concluso che la capacità di “stare accanto” e di

“essere lì” sono importanti nelle fasi precoci del processo di ripresa, mentre nelle fasi successive sono cruciali rapporti di parità e di reciprocità, percepiti meno protettivi (Topor et al., 2006). In tali rapporti, la persona esercita abilità e affronta esperienze concrete, determinanti per riscoprire il senso dell'auto-efficacia (recovery a lungo termine).

Il bisogno di connessione sociale ha una base neurobiologica. Le neuroscienze sociali hanno dimostrato l'esistenza di circuiti neurali e di molecole importanti per i legami sociali, nonché il ruolo rilevante della dopamina, dell'ossitocina e della vasopressina nei circuiti cerebrali deputati all'attaccamento sociale. Nelle ricerche di Insel (2022), la connessione sociale emerge come un campo di ricerca scientifico. Oggi, grazie al lavoro di Cacioppo (2011), le connessioni sociali sono viste scientificamente come un bisogno di base biologico, analogo alla fame e alla sete. Ci sono circuiti cerebrali ben definiti per decodificare facce e voci e alcune di queste regioni sono collegate al sistema cerebrale della ricompensa. Dopamina, ossitocina e vasopressina sono tutte implicate nella connessione sociale in modi che potrebbero cominciare a spiegare perché per un paziente connettersi significativamente con un essere umano può essere più efficace dei neurolettici. La ricerca è chiara: **l'isolamento sociale può essere devastante, l'attaccamento sociale può essere curativo.**

¹ Il concetto di *recovery a lungo termine (long-term recovery)* si riferisce al processo continuo di guarigione e crescita dopo aver superato sfide significative come dipendenze, problemi di salute mentale o riabilitazione fisica. Non è solo evitare una ricaduta, ma costruire una vita stabile, sana e soddisfacente nel tempo. Il recovery a lungo termine non riguarda solo il superare una crisi, ma il mantenere nel tempo un benessere globale, al fine di:

- Ridurre il rischio di ricadute
- Migliorare la qualità della vita
- Rafforzare la resilienza
- Favorire relazioni più sane e durature.

Esclusione sociale e malattia mentale

Uno dei problemi maggiori che affligge le persone con malattia mentale è l'esclusione sociale (Boardman, 2011). Nelle vite dei pazienti psichiatrici, infatti, si riscontrano spesso esperienze di sconfitta sociale (abuso, ingiustizia, espulsioni, fallimento di ruolo, etc.), le quali possono essere accentuate da servizi coercitivi o paternalistici,

che indeboliscono pericolosamente il convincimento di essere in grado di esercitare una qualche forma di competenza (Hughes et al., 2009). Chi ha sperimentato più volte queste situazioni disabilitanti, può avere bisogno di supporto per allontanarsi da un contesto in cui ci si sente bloccati e limitati da relazioni di subalternità, per inserirsi in un altro ambiente dove si percepisce di poter avere più stima e autorevolezza. L'esclusione sociale nel caso dei pazienti psichiatrici, non si declina solo sulla deprivazione materiale (mancanza di reddito), ma anche sulla deprivazione sociale (pregiudizio, discriminazione, identificazione con una categoria di persone "difettuali", etc.). Se tale svantaggio si crea nelle fasi precoci di vita, è probabile che si mantenga per tutto il resto dell'esistenza e può essere trasmesso anche attraverso generazioni. Il motivo per cui la psichiatria dovrebbe essere estremamente attenta al fenomeno dell'esclusione sociale dei pazienti è perché, come è stato già sottolineato, i suoi indicatori (mancanza di lavoro, assenza di alloggio, povertà) sono tutti associati con la disabilità psichiatrica (Borg e Kristiansen, 2008). Pertanto, il miglioramento dello status sociale, con aumento della partecipazione delle persone con problemi di salute mentale alla vita comunitaria, dovrebbe essere uno degli obiettivi principali di tutti gli operatori dei servizi (Webber et al., 2019). Inoltre, l'esclusione sociale non è una condizione stabile e può anche essere superata. Ciò, però, non succede per persone con disordini mentali, a causa della inappropriately delle cure, di reti sociali insufficienti o della scarsa attenzione dei servizi nei confronti dei fattori sociopolitici, finanziari e occupazionali che, a loro volta, esacerbano l'isolamento e l'autoisolamento sociale. L'esclusione è determinata da qualcuno o qualcosa, è il risultato di interazioni reciproche fra individui, gruppi e strutture sociali e non può esi-

stere senza qualcuno o qualcosa che la produca (comportamenti o carenze istituzionali). Pertanto, i rimedi non possono riguardare esclusivamente il singolo individuo, ma anche i servizi, ai luoghi di lavoro, di istruzione e di socializzazione. L'esclusione colpisce anche le famiglie e può essere trasmessa di generazione in generazione, implicando la necessità di un intervento precoce per rompere tale "ciclo di svantaggio". Oltre all'esclusione sociale indotta dai determinanti sociali (povertà, disoccupazione, etc.), esiste anche l'esclusione sociale originata dalle basse aspettative degli operatori sulla possibilità di realizzazione personale dei pazienti psichiatrici, atteggiamento che può indurre processi di auto stigmatizzazione e suscitare vergogna e colpa. Pertanto, affrontare l'esclusione sociale delle persone con problemi di salute mentale richiede non solo cambiamenti strutturali nella società e nelle politiche, ma anche nuovi modelli organizzativi dei servizi e nuove competenze professionali.

Caratteristiche dei servizi di salute mentale sensibili ai determinanti sociali e psicosociali

I determinanti sociali e psicosociali sono alla base della psichiatria di comunità e della salute mentale di comunità. Anche se questi ultimi due termini sono utilizzati a volte in modo indifferenziato, esiste una radicale differenza tra loro. La psichiatria di comunità si ispira alla Strengths Theory (Rapp e Gosha, 2006; Mosher e Burti, 1989) e fa sua una visione olistica, dove «Strengths» è un concetto che comprende molti aspetti umani e include tratti del carattere, talenti, desideri, obiettivi e abilità. Diversamente dalle teorie e dalle tecniche orientate al problema e focalizzate su ciò che è sbagliato/ disfunzionale, l'approccio basato sui punti di forza è interessato a ciò che sta già funzionando e alle abilità posse-

dute e si fonda sul paradigma biopsicosociale, secondo il quale nell'etiopatogenesi dei disturbi mentali concorrono:

- Le componenti bio-organiche individuali e familiari;
- Le modalità con cui si sono costituite le relazioni intra ed intersoggettive dell'individuo;
- Il contesto micro e macro-sociale all'interno del quale egli vive.

Ma questo non è sufficiente per transitare dalla psichiatria di comunità alla salute mentale di comunità, che diventa possibile quando si valorizzano al massimo le risorse presenti nel territorio e si attivano percorsi di inclusione sociale, scolastica, lavorativa, sostenendo, nel contempo, le reti dei familiari nel loro ruolo di supporto al congiunto problematico.

I servizi orientati alla psichiatria di comunità e socialmente inclusivi, e quindi sensibili ai determinanti psicosociali, hanno specifiche caratteristiche (Carozza, 2025):

1. Sono **"prossimali"**, ossia vicini alla vita quotidiana dei cittadini, e hanno come principale connotazione quella di farsi carico dei problemi delle persone e delle famiglie in condizioni di difficoltà, rilevando i bisogni espressi e inespresi e le situazioni di fragilità e disagio, attivando direttamente o indirettamente le risposte e gli interventi necessari e valorizzando le connessioni naturali tra individui e tra famiglie. I servizi di prossimità offrono interventi rivolti a tutti i residenti in una determinata zona urbana o rurale e sono finalizzati a svolgere una funzione di "sensore" delle domande della popolazione e di prima risposta alle esigenze emergenti.
2. Sono **"estroversi"**, ossia costituiti da programmi che, condotti inizialmente nei setting istituzionali, si spostano progressivamente nei contesti sociali e che, attraverso l'esecu-

zione di compiti e l'espletamento di ruoli, abbiano come conseguenza: 1) Il riavvicinamento la persona agli ambienti di vita; 2) L'apprendimento e l'esercizio di abilità; 3) L'espletamento di compiti validi e utili alla collettività e 4) Il successo come risultato delle azioni.

In altri termini, rispondono ai principi della legge 180, secondo la quale le persone con problemi di salute mentale devono ricevere cure e supporti nei loro luoghi di vita, evitando al massimo l'eventualità che passino la loro vita in contesti residenziali sanitari o assistenziali. Si puntualizza che l'assenza di un ruolo sociale si associa alla mancanza di struttura della giornata, ai tempi vuoti, alla noia e all'instaurarsi del self stigma, dovuto alla percezione di non avere alcun valore sociale e di presentarsi al mondo solo con l'identità di malato. Per questo, non avere nulla di significativo da fare rappresenta per i pazienti un fattore altamente stressante, che può indurre ricadute e ospedalizzazioni nonché aggravare la progressione della disabilità². Tale condizione potrebbe incrementare anche il ricorso alle istituzioni sanitarie o sociosanitarie: i pazienti, desocializzati, non motivati al cambiamento e demoralizzati per la loro vita senza senso e senza valore, diventano quelli più elegibili per essere inseriti nelle strutture residenziali, con costante aumento della spesa sanitaria.

L'antidoto a tale deriva iatrogena consiste in due principali strategie: prevenire la perdita di ruolo sociale e favorire la sua ripresa. I servizi di salute mentale sono sempre stati poco incisivi nel promuovere tali percorsi, spesso ritenendoli più un compito dei servizi sociali.

Ne è conseguito che gli inserimenti sociali per le persone con malattia mentale sono diven-

² Perdita progressiva dell'articolazione sociale, dovuta a disuso o mancato apprendimento delle abilità.

tati "parcheggi" senza alcuna finalità significativa per la persona, non monitorati dai servizi, non misurati negli esiti e affidati a operatori dotati di buona volontà ma non di conoscenze e di strumenti appropriati. Tale tipologia di inserimenti non ha fatto altro che:

- Favorire ***l'aggravamento della disabilità***, nella misura in cui le abilità non venivano esercitate.
 - ***Aumentare il self stigma***, nella misura in cui le persone con problemi di salute mentale svolgevano compiti senza valore e spesso infantilizzanti e dequalificanti.
 - ***Aumentare lo stigma sociale***, nella misura in cui l'immagine della persona con problemi di salute mentale, presentata alla società, era quella di soggetto incompetente, pigro, abulico e senza iniziativa, da tutelare e proteggere e che non dava alcun contributo valido alla società.
3. Sono ispirati al principio della ***centralità della persona*** (Tondora et al., 2014), per il quale:
- Le persone con gravi malattie mentali sono persone
 - Vogliono avere una casa decente, un lavoro dignitoso, amici, partner e frequentare le scuole
 - Hanno sentimenti e opinioni e non solo «compulsioni» o «deliri»
 - Possono rispondere alle domande che noi facciamo loro
 - Possono darci un'opinione su quesiti che noi poniamo loro
 - Come tutte persone, hanno una dimensione biologica, psicologica e sociale
 - Non sono «oppositive o resistenti» ma non motivate al cambiamento
 - Possono avere obiettivi personali significativi

Nello specifico, l'approccio improntato alla centralità della persona richiede una differente relazione tra il paziente e il professionista, che, da figura percepita lontana, perché considerata in una posizione di "esperto" che ha una "autorità", diventa un "personal coach o trainer", la cui funzione è quella di aiutare il soggetto a stabilire obiettivi personali e a dargli informazioni, abilità, reti sociali e supporti per gestire la sua condizione svantaggiata.

In altri termini, l'operatore "coach" mette a disposizione le proprie abilità e conoscenze, mentre nel contempo impara da chi è esperto attraverso l'esperienza (Roberts e Wolfson, 2004) (tab. 2).

Servizi Territoriali	Servizi orientati alla psichiatria di comunità
<i>Ruolo tradizionale dell'operatore:</i> Valutazione del problema patologico (malattia); Scelta di specifici trattamenti per il problema individuato.	<i>L'operatore che promuove il recovery:</i> Aiuta il paziente a sviluppare la sua visione di recovery; Aiuta il paziente a definire la sua "personale terapia" insieme (o a prescindere) ai servizi di salute mentale.
<i>Ruolo dell'operatore:</i> Esperto nell'identificazione/risoluzione del problema.	<i>Ruolo dell'operatore:</i> Coach, insegnante, supporter.
<i>Ruolo del paziente:</i> Un buon reporter, che fornisce le corrette informazioni in modo da facilitare l'offerta del trattamento appropriato; Esecutore delle istruzioni degli esperti.	<i>Ruolo del paziente in recovery:</i> Esperto del proprio recovery.

Tab. 2 - Differenze tra il ruolo tradizionale dell'operatore e il ruolo dell'operatore che promuove il recovery.

4. Promuovono l'integrazione del **processo riabilitativo con il personal recovery**

La riabilitazione psichiatrica può essere definita come il concorso sinergico di servizi e tecniche offerte alle persone con disabilità psichiatriche affinché si inseriscano nell'ambiente in cui vivono, con il maggior livello di successo possibile e il minor supporto possibile. Il *recovery*, invece è l'esperienza soggettiva vissuta dall'individuo man mano che egli accetta, e nello stesso tempo supera, le restrizioni connesse alla disabilità (Deegan, 1996). Si potrebbe dire che "la riabilitazione si riferisce all'interfaccia con il mondo, il *recovery* all'interfaccia con il sé, essendo un processo prevalentemente compiuto a livello intrapersonale" (Anthony, 1993).

5. Adottano il modello di malattia mentale **Vulnerabilità/ Stress/Coping**

Il modello di malattia mentale che sostiene i servizi orientati ai determinanti sociali e psicosociali è il **modello di malattia Vulnerabilità/ Stress/Coping**. Esso cerca di rispondere a tre principali domande, che solitamente si fanno i pazienti e i loro familiari: *Cosa causa i disordini psichiatrici? Perché alcuni sviluppano un disordine psichiatrico e altri no? Quali fattori influenzano il decorso del disordine?* Il modello Vulnerabilità/ Stress/Coping risponde a tali domande, contribuendo a comprendere le cause delle malattie mentali, come le malattie mentali e la dipendenza da sostanze e alcol possono influenzarsi e come tali disordini possono essere trattati separatamente o insieme quando si presentano in comorbidità. La "vulnerabilità" si riferisce alla suscettibilità di base alle malattie mentali. Essa è determinata da due principali fattori: 1) il corredo genetico e 2) le esperienze traumatiche (precoci e tardive) di vita. Lo "stress" si riferisce alle sfi-

de che si affrontano nella vita e che richiedono un certo livello di adattamento. Lo stress peggiora la vulnerabilità biologica e i sintomi ed è associato alle ricadute.

Eventi stressanti gravi sono: perdere un proprio caro, essere licenziato, essere vittima di reato o avere conflitti e tensioni con le persone significative. Anche gli eventi positivi possono essere debilitanti. Ad esempio, un buon rendimento scolastico, l'ottenimento di un nuovo lavoro, l'inizio di un nuovo rapporto, la nascita di un figlio o l'esercizio delle funzioni genitoriali implicano tutti un certo grado di affaticamento. Come già evidenziato, allo stesso modo i tempi vuoti possono essere snervanti. Quando le persone con malattia mentale non hanno nulla di propositivo o di interessante da fare, tendono ad avere ricattizzazioni di sintomi e sono più inclini a usare sostanze.

Quindi, la mancanza di coinvolgimento significativo nelle aree di vita può essere una significativa fonte di stress.

La vulnerabilità e lo stress sono influenzati da specifici fattori psicosociali, sui quali i pazienti possono avere una forma di controllo (box 1).

- **Uso di alcol e droghe.** L'uso di alcol o droghe può aumentare la vulnerabilità biologica già preesistente nei confronti di un disturbo psichiatrico, in quanto aggrava ulteriormente i microdanni cerebrali ad essa associati, interferendo con gli effetti correttivi dei farmaci, aumentando l'intensità e la frequenza dei sintomi e incrementando la possibilità di recidive. Pertanto, poiché la maggior parte delle persone con disturbi mentali e uso di sostanze tende ad essere altamente sensibile alle anche minime quantità di alcol e droghe, evitare tali dannose abitudini può ridurre la vulnerabilità biologica.

- **Uso dei farmaci.** I farmaci possono essere mezzi potenti per ridurre la vulnerabilità biologica, contribuendo a correggere gli squilibri di neurotrasmettitori (sostanze chimiche del cervello responsabili dei sentimenti, dei pensieri e dei comportamenti), ritenuti la causa biologica dei disturbi psichiatrici.

- **Apprendimento di coping skills.** Lo sviluppo di strategie di coping può aiutare a gestire lo stress e a ridurre i suoi effetti negativi sulla vulnerabilità. Lo stress è una parte normale della vita ed è impossibile per chiunque evitarlo. Tuttavia, i pazienti possono imparare a gestirlo in modo più efficace e a proteggersi dai suoi effetti peggiorativi sui sintomi e sulle ricadute imparando tecniche di fronteggiamento non farmacologiche. Una delle strategie di coping più efficaci è quella di essere impegnati in attività interessanti e gratificanti (lavoro, scuola, genitorialità, etc.). Tali attività possono comportare anche loro un certo grado di tensione, ritenuta però positiva, a differenza di quella associata all'assenza di abilità e di attività, che è altamente negativa. Lo sforzo di condurre una vita normale, accettando anche i limiti imposti dalla malattia, protegge dagli effetti negativi dello stress e irrobustisce di fronte allo stress «fisiologico». Questo significa che adottando tali strategie, si possono ridurre i sintomi e le ricadute e migliorare il corso dei disturbi concomitanti. Esempi di strategie di coping: sviluppare abilità per la gestione di eventi affaticanti e dei sintomi persistenti; essere coinvolti in attività significative che strutturano il tempo e riducono la sgradevole sensazione di non avere nulla da fare; costruire relazioni sociali di sostegno, utili anche per mantenere la sobrietà in caso di comorbidità psichiatrica e uso di sostanze e alcol.

- **Supporto sociale.** Un altro modo per ridurre gli effetti negativi delle tensioni quotidiane sulla vulnerabilità è il supporto sociale, che deriva

dall'avere validi e stretti rapporti con gli altri. Questi ultimi possono sostenere i pazienti a:

- Risolvere problemi complessi;
- Utilizzare strategie di coping per affrontare i sintomi e l'impulso ad usare sostanze;
- Trasmettere loro che sono importanti e che hanno un valore;
- Sostenerli nel perseguire obiettivi personali significativi.

Coloro i quali hanno un buon supporto sociale sono meno vulnerabili agli effetti dell'ansia e dell'angoscia sul loro disturbo psichiatrico, possono gestirlo più efficacemente e vivere una vita più remunerativa.

Box 1 – Fattori psicosociali che influenzano la vulnerabilità e lo stress

Pertanto, sulla base del modello di stress-vulnerabilità, l'obiettivo è quello di ridurre la vulnerabilità biologica aumentando la capacità di resilienza nei confronti dello stress, assumendo farmaci ed evitando di usare alcol o droghe.

6. Mettono in discussione la **diagnosi psichiatrica tradizionale**, fondata sulla valutazione dell'intensità e della frequenza dei sintomi, comprendendo altre dimensioni valutative che riguardano il funzionamento negli ambienti di vita (esercizio di abilità), la vulnerabilità allo stress, la dipendenza dalla famiglia o dalle istituzioni, lo stigma interno, l'autostima, l'efficacia personale e il contesto familiare. I motivi per i quali la diagnosi psichiatrica, che si basa su un approccio categoriale, non soddisfa i criteri di una valutazione olistica, ossia della persona in tutte le sue dimensioni, sono elencati nella Box. 2.

L'approccio categoriale:

- Classifica le malattie in base alla presenza o all'assenza di specifici sintomi;

- Organizza i disordini mentali in differenti categorie e sottocategorie, ognuna inclusiva di sintomi e di segni tipici;
- È un approccio classificatorio "sì - no";
- Trascura preziose informazioni cliniche: quando i pensieri umani, i sentimenti e i comportamenti sono organizzati in categorie, l'unicità della persona è trascurata;
- Non dà indicazioni circa le abilità da sviluppare, le risorse da utilizzare e i supporti da fornire;
- Non dà indicazioni sugli ambienti di vita nei quali la persona può vivere, lavorare, studiare e socializzare;
- Può rinforzare lo stigma interno e l'identificazione con la diagnosi e con la malattia.

Box 2 – I limiti dell'approccio diagnostico categoriale

7. Valorizzano la prassi della definizione dell'**obiettivo personale**. Se il recovery avviene quando le persone con malattia mentale scoprono o riscoprono abilità e risorse per perseguire scopi per loro importanti e per sviluppare un senso di sé, che permetta loro di crescere, superando o marginalizzando le patologie psichiatriche, avere un obiettivo da perseguire è una parte fondamentale del processo di ripresa.

Purtroppo, sperimentare sintomi psichiatrici, soprattutto deficit cognitivi, assorbe molta energia e, a volte, questo può rendere difficile partecipare ad attività o anche immaginarsi il proprio futuro. Bisogna prendersi del tempo per valutare cosa è importante per il paziente come individuo, cosa vorrebbe raggiungere e come vorrebbe che fosse la sua vita, facendogli specifiche domande (per es.: Quali sono due aree della tua vita rispetto alle quali non sei soddisfatto e che ti piacerebbe migliorare? Quali obiettivi ti piacerebbe definire in queste aree?) e facendolo riflettere (Quale tipo di

amici ti piacerebbe avere? Cosa ti piacerebbe fare nel tuo tempo libero? Che tipo di hobbies, di sport o di attività ti piacerebbe coltivare? Che tipo di lavoro ti piacerebbe fare? Ci sono dei corsi di studio che vorresti intraprendere? Che tipo di relazioni amicali ti piacerebbe avere? Che tipo di situazione abitativa ti piacerebbe avere? Vorresti cambiare la tua situazione economica? Come vorresti esprimere la tua creatività? Che tipo di relazioni vorresti avere con la tua famiglia? In quali aspetti della tua vita ti senti più soddisfatto? In quali aspetti della tua vita ti senti meno soddisfatto? Quale aspetto della tua vita vorresti cambiare?). L'obiettivo personale di recovery è cruciale poiché **la speranza di raggiungerlo motiva il paziente a coinvolgersi nel processo di cura**.

Se l'attività di definizione dell'obiettivo personale è trascurata è possibile che l'operatore e il paziente percorrano strade diverse senza saperlo. A volte la ragione per la quale non si coinvolge quest'ultimo nella definizione di una meta personale deriva dall'erronea convinzione che le persone con problemi di salute mentale siano incapaci di prendere decisioni o di fare scelte. Purtroppo, i professionisti sono riluttanti a includere l'attività «definizione dell'obiettivo di ripresa» come parte regolare della loro pratica e, quando lo fanno, raramente il risultato di tale processo riflette la prospettiva del paziente, rispondendo invece prevalentemente alle aspettative del servizio. Molte ricerche evidenziano che la definizione dell'obiettivo personale influenza gli esiti e che il suo conseguimento ha ricadute positive anche sui tassi di recidiva. Altri studi hanno sottolineato la relazione tra la scelta dell'obiettivo da parte di chi lo deve perseguire e l'esito riabilitativo (Mueser et al., 2001; Lysacker e Bell, 1996), rilevando che un ruolo

lavorativo rispondente alle preferenze dei pazienti stessi viene mantenuto per un periodo di tempo doppio rispetto a quello imposto dai servizi o dalla famiglia altri (Bond et al., 2001).

8. Offrono un **trattamento integrato**, reso necessario dal sempre maggiore numero di pazienti che necessitano di cooperazione tra i servizi di salute mentale e altre agenzie sociali e sanitarie³. Il trattamento integrato interdisciplinare e multidimensionale è **omnicomprensivo**, ossia agente sulla dimensione biopsico-sociale, su diverse aree di vita (lavoro, scuola, famiglia, abitazione, spazio sociale e ricreativo) e sulle comorbidità fisiche; sistematico, ossia condotto con regolarità e con precise metodologie; **intensivo**, ossia caratterizzato da interventi non diradati nel tempo e **assertivo**, ossia riproposto costantemente anche in presenza di rifiuti e di *drop-out*.

Il modello integrato di intervento si applica anche nei rapporti tra i servizi pubblici e il privato sociale, dato che gli esiti di recovery si raggiungono solo se c'è una profonda sinergia anche tra sistema sanitario pubblico e sistema sanitario privato.

Pertanto, anche se sono i professionisti del terzo settore che supporteranno i pazienti nel loro progetto di vita, il servizio pubblico continuerà a:

- Mantenere la presa in carico dei pazienti;

- Intervenire nel caso di ricadute e ricoveri, evenienze possibili nel percorso di recovery e di inclusione sociale;
- Bilanciare la terapia farmacologica con il percorso di inclusione sociale.

Ci sono quattro specifiche condizioni per una efficiente cooperazione tra il settore pubblico e il settore privato nell'ambito della psichiatria di comunità: 1) superare la delega in bianco da parte del servizio pubblico, transitando da una prassi caratterizzata da un "disimpegnato" invio a quella della co-progettazione; 2) organizzare formazioni comuni; 3) adottare uno stile di lavoro basato sulla partnership e sulla cooperazione tra servizi e tra professionalità diverse; 4) organizzare incontri sistematici tra il servizio pubblico e gli operatori del terzo settore per il monitoraggio dei progetti.

Quando entrano in gioco più servizi, che si occupano di una stessa persona, il ruolo dell'inviante, ossia di chi ha intercettato per primo il paziente e lo ha da più tempo in cura, è fondamentale perché il trattamento raggiunga i risultati desiderati.

Sia gli invianti sia i colleghi dei nuovi servizi coinvolti **devono aver chiaro quali sono gli obiettivi sui quali si sta lavorando, che ognuno di loro fa parte di un sistema e che le azioni terapeutiche di ciascuno di essi possono avere una ripercussione sulle azioni terapeutiche degli altri, nonché sul paziente e sul suo contesto.**

9. Applicano un modello di intervento **centrato sul destinatario dei trattamenti e non sull'organizzazione**. L'aumento dei pazienti con necessità di trattamenti integrati multidimensionali e interprofessionali comporta il superamento della presa in carico delle singole UO (fallimento del modello di intervento sequenziale o parallelo) a favore di un modello

³ Pazienti con comorbidità psichiatrica e uso di sostanze (UO CSM, UO SPDC, UO SERD, Servizi Sociali); pazienti con gravi disturbi di personalità (borderline, antisociale e narcisistico) (UO CSM, UO SPDC, UO SERD, Servizi Sociali); pazienti adolescenti con disturbi mentali e del comportamento (UO CSM, UO SERD, UO NPI, UO SPDC, Consultorio, Servizi Sociali); pazienti autistici adulti (UO CSM, Servizi Sociali, Cooperative); pazienti psicotici con bisogni sociali (UO CSM, Servizi Sociali); pazienti con disabilità intellettiva (NPI, CSM, Servizi Sociali, privato sociale, MMG); pazienti psichiatrici con disturbi mentali e fisici dovuti all'invecchiamento (CSM, MMG, Servizi Sociali).

di presa in carico in cui sono coinvolte le competenze necessarie, a prescindere dal servizio di appartenenza (CSM, NPI, SERD, SPDC, Servizi Sociali, MMG). Una conseguenza di tale modello di intervento è il superamento della barriera tra i servizi per i minori e quelli per la maggiore età, transitando dalla tradizionale prassi dell'invio a quella della co-progettazione, stile di lavoro che implica l'organizzazione di incontri sistematici con tutti i professionisti implicati. Ognuno di loro deve rinforzare e supportare l'intervento dei colleghi, attraverso lo sviluppo della cooperazione.

Deve esser definito anche un **network manager**, che tiene le fila tra tutti i servizi partecipi, si fa carico del passaggio di informazioni e programma periodicamente occasioni di revisione dei percorsi di cura e dei loro esiti.

10. Strutturano gli **inserimenti sociali alla luce dei principi di recovery** (box.3).

- Scelta del paziente. I programmi valorizzano la scelta del paziente e lo coinvolgono nell'individuazione degli ambienti e del tipo di ruolo da svolgere.
- Setting integrati. Il ruolo sociale deve svolgersi in ambienti favorevoli alle interazioni sociali.
- Presenza di multiple opportunità. La probabilità di successo aumenta quando il paziente, contestualmente al lavoro, può giovare di altre risorse (abitazione dignitosa, stimolanti relazioni sociali, etc.).
- Presenza di supporti naturali (famiglia, amici, colleghi, tutor).
- Accezione ampia del successo, per cui si può considerare una grande conquista anche la semplice azione di essere "sopravvissuti" un giorno nel contesto lavorativo, abitativo o scolastico.

- Facilitazioni introdotte nell'ambiente, con lo scopo di aiutare i pazienti a ridurre l'eventualità di un fallimento.
- Mantenimento della relazione di supporto con gli operatori e possibilità di riassumere il ruolo sociale in qualsiasi momento, qualora esso sia stato dismesso.
- Gradualità e rispetto dei tempi per il cambiamento. Se i pazienti non sono pressati da alte richieste di performance, gli esiti di successo sono più probabili.
- Sviluppo di una prospettiva positiva, incoraggiando i pazienti a considerare il ruolo sociale come un importante aspetto della loro vita, presente e futura.
- Feedback di rinforzo o correttivo dei soggetti esterni al sistema dei servizi (datore di lavoro, insegnante, istruttore sportivo, etc.).

Box 3 – Caratteristiche degli inserimenti sociali orientati alla guarigione

11. Favoriscono lo sviluppo negli operatori di **abilità efficaci per attuare pratiche socialmente inclusive**: saper lavorare in partnership; individuare i bisogni e i punti di forza degli individui; assumersi la responsabilità dei rischi; adottare approcci centrati sul paziente, dando la priorità ai suoi obiettivi e trasmettendo la convinzione della loro realizzazione; utilizzare i supporti naturali (amici, famiglie, datori di lavoro, enti di formazione) per sostenere i pazienti a raggiungere i loro obiettivi. Le pratiche socialmente inclusive comportano molteplici vantaggi (box 4).

Migliori esiti per i pazienti:

- Una certa protezione dalle ricadute e dalla riaccutizzazione dei sintomi;
- Sostegno soprattutto in occasione di crisi;
- Accesso alle risorse della comunità, positivamente influenti sul senso di benessere.

Migliori esiti per i familiari:

- Riduzione dello stress comportato dai pregiudizi sulla malattia mentale e dalle recidive e ospedalizzazioni, correlate al vuoto e all'isolamento sociale del loro congiunto problematico.

Vantaggi economici:

- Maggiori possibilità di occupazione per le persone con problemi di salute mentale;
- Ripresa produttiva dei membri della famiglia, in seguito alla fuoriuscita parziale o totale del congiunto problematico dal nucleo familiare;
- Riduzione dei costi derivanti dalle istituzionalizzazioni residenziali e dalle ospedalizzazioni, causate dalla condizione di isolamento sociale.

Box 4 – Vantaggi comportati dalle pratiche socialmente inclusive.

12. Optano per **un'accezione multidimensionale del recovery**. Gli studi degli ultimi decenni hanno chiaramente dimostrato la natura multidimensionale del recovery e, di conseguenza, la necessità di misurare i suoi esiti su diverse aree:

- Clinica (clinical recovery*: indicatori soggettivi e oggettivi misurabili): remissione prolungata dei sintomi diagnosticati, presenti ad un livello subclinico per frequenza ed intensità; riduzione delle ospedalizzazioni e delle recidive; aderenza terapeutica.
- Funzionale (functional recovery*: indicatori oggettivi e misurabili): miglioramento delle funzioni cognitive e socio-lavorative, 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), buoni rapporti con i familiari, attività ricrea-

tive in luoghi e contesti normali, relazioni soddisfacenti, cura delle amicizie più strette, mantenimento di una rete sociale di conoscenti.

- Soggettiva (personal recovery*: indicatori soggettivi e in parte misurabili): ripresa di prospettiva, aumento del livello di autostima, di autoefficacia e di autodeterminazione, capacità di scelta, assunzione di responsabilità, accettazione di correre rischi, riduzione della dipendenza dai servizi, speranza realistica per un futuro migliore, legata al convincimento di poter fronteggiare i sintomi e la disabilità in maniera attiva, recupero di un senso di sé positivo, successo nel raggiungere i propri obiettivi, partecipazione consapevole al trattamento, stimolo a trovare nuovi ruoli più soddisfacenti e socialmente validi, capacità di resilienza per superare le avversità, capacità di autoaiuto e di supporto tra pari, destigmatizzazione della malattia mentale, ridimensionamento del trauma della malattia, 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.

Si ricorda che il recovery è un processo soggettivo e oggettivo, visto all'interno di un continuum e non come dicotomia guarito-non guarito.

13. Adottano il **paradigma psicosociale nella valutazione degli esiti**. In sanità, la valutazione degli esiti si effettua solitamente a tre livelli: livello individuale, livello del programma e livello del sistema. Nello specifico, la valutazio-

ne degli esiti psicosociali nella psichiatria di comunità dovrebbe focalizzarsi su:

- Cambiamenti dei comportamenti
- Cambiamenti dello status sociale
- Cambiamenti delle attività di vita quotidiana

riscontrati negli ambienti naturali (abitazione, scuola, lavoro, luoghi di ricreazione e di socializzazione; Blankertz e Cook 1998).

Le principali dimensioni di valutazione dell'esito in un servizio orientato al paradigma psicosociale sono elencate nella box 5.

Gestione della malattia mentale

Si riferisce a come la persona gestisce i suoi problemi di salute mentale. Non significa necessariamente non avere più sintomi o non assumere più farmaci, quanto piuttosto apprendere come gestire i sintomi, gli eventi stressanti e le ricadute, costruendo una vita che non è definita o limitata da tali fattori.

Salute fisica e cura di sé

Si riferisce a quanto la persona cura sé stessa (salute fisica, igiene, aspetto).

Abilità di vita indipendente (abitazione)

Si riferisce all'aspetto pratico della vita indipendente (fare la spesa e cucinarsi, relazionare con i vicini, tenere pulito e in ordine l'ambiente, gestire appropriatamente il denaro, etc.).

Reti sociali

Si riferisce alla presenza di reti sociali e al grado di appartenenza della persona alla comunità. Include il prendere parte ad attività al di fuori dei servizi di salute mentale (associazioni di volontariato, riunioni con il vicinato, club, organizzazioni religiose, gruppi di amici, etc.) (Marangelli et al. 2007).

Lavoro ed educazione

Si riferisce al lavoro e agli studi, prendendo in considerazione i seguenti indicatori: La persona

vuole lavorare o studiare? Sa che lavoro vorrebbe fare o cosa studiare? Ha abilità e qualifiche per ottenere il lavoro o intraprendere gli studi che desidera? È in grado di trovare e mantenere il lavoro o completare il corso di studi?

Per alcune persone il lavoro retribuito potrebbe essere non appropriato, al contrario del volontariato o di altri tipi di attività non lavorative.

Relazioni

Si riferisce alle relazioni importanti nella vita del paziente. Un suggerimento è quello di invitarlo a scegliere un rapporto dove vuole che le cose vadano meglio (per es. un familiare, un amico o il partner), un rapporto che desidera costruire ex novo (per es. un partner), oppure una persona importante con la quale però non è in contatto da tempo ma con cui vorrebbe riallacciare una relazione. Qualsiasi sia la scelta, l'obiettivo potrebbe essere quello di aumentare la prossimità emotiva o fisica, nella misura in cui il paziente stesso si sente di farlo (Webber et al., 2015).

Comportamenti di dipendenza da droghe e alcol

Si riferisce all'uso o all'abuso di droghe e di alcol o ad altre dipendenze, come il gioco, il cibo o lo shopping. L'obiettivo è quello di valutare se esiste la consapevolezza di tali comportamenti e l'impegno a ridurre il danno che essi possono causare al paziente e alle persone con le quali interagisce.

Responsabilità

Si riferisce all'assunzione di responsabilità civili (pagare l'affitto e le utenze, andare d'accordo con i vicini o con i compagni di casa, non infrangere la legge, non avere problemi con la polizia o con l'autorità giudiziaria, etc.).

Identità e autostima

Si riferisce a come la persona si percepisce e se ha il senso della propria identità (cosa le piace e cosa non le piace di sé stessa, quali sono i suoi punti di forza e di debolezza, il livello di accettazione di sé per come è, etc.).

Fiducia e speranza

Si riferisce a quanto la persona si fida degli altri, a quanto si fida di sé stessa, se ha speranza per il futuro, quanta fiducia ha nella vita e quanto crede che le cose possano andar meglio.

Box 5 – Principali dimensioni di valutazione dell'esito psico-sociale.⁴

Nello specifico, il paradigma psicosociale implica anche la valutazione della dimensione del funzionamento globale, riguardante la performance in particolari ruoli (coniuge, lavoratore, studente, inquilino, etc.), la performance in particolari domini (sociale, emotivo, cognitivo, comunicativo) o uno specifico set di comportamenti (*skill assessment*: iniziare una conversazione, esprimere sentimenti, gestire il denaro, etc.).

Particolare importanza per misurare quanto un servizio di salute mentale è influenzato dai determinanti sociali e psicosociali è individuare indicatori di esito nei principali ruoli svolti dai pazienti negli ambienti reali, nella dimensione dell'utilizzazione dei servizi per il soddisfacimento dei bisogni e del supporto sociale (box 6).

Dimensione abitativa e di adattamento all'ambiente (Farkas e Coe 2019).

Indicatori di esito:

- Adattamento all'ambiente (uso dei mezzi pubblici, gestione economica, abilità di vestirsi appropriatamente, etc.).

⁴ In psichiatria di comunità, l'*esito psicosociale* si riferisce ai risultati che un paziente ottiene non solo sul piano clinico (riduzione dei sintomi), ma soprattutto sul funzionamento sociale, relazionale e sulla qualità della vita. È un concetto centrale perché misura quanto la persona riesce a reinserirsi nella comunità, mantenere relazioni, lavorare, gestire la propria autonomia e ridurre lo stigma. L'esito psicosociale è cruciale perché sposta l'attenzione dalla sola remissione dei sintomi alla costruzione di una vita significativa e dignitosa. In altre parole, non basta "non avere sintomi": serve poter vivere bene, con relazioni, lavoro e senso di appartenenza.

- Abilità domestiche (livello di indipendenza nelle faccende domestiche).
- Abilità interpersonali (andare d'accordo con i vicini e con i coinquilini).
- Abilità cognitive (livello di autogestione nell'amministrazione del budget, pianificazione delle azioni e del tempo necessario per eseguirle, abilità di problem solving, etc.).
- Abilità di cura personale (igiene personale e dell'ambiente, cura della propria salute, preparazione dei pasti, cura del vestiario, etc.).
- Abilità sociali (abilità comunicative, gestione della sessualità, del tempo libero e delle risorse, etc.).

Dimensione lavorativa. Indicatori di esito:

- Qualità e livello di performance lavorativa (capacità di: imparare le istruzioni lavorative, seguirle correttamente, assumerne l'iniziativa e non aspettare passivamente di ricevere indicazioni, mantenere una continuità, accettare le responsabilità, essere flessibili, eseguire il lavoro con accuratezza, etc.).
- Relazioni interpersonali (comunicare spontaneamente, cooperare e rapportarsi con i colleghi di lavoro, accettare critiche costruttive, non dimostrarsi distante o evitante, sentirsi a proprio agio quando gli altri si avvicinano, etc.).
- Non assumere comportamenti infantili o impropriamente giocosi, non essere sovraeccitati o aggressivi.

Dimensione educativa. Indicatori di esito (Soro et al., 2022):

- Abilità correlate all'ambiente di studio (socializzare nel campus, usare i servizi amministrativi, rapportarsi alle segreterie, pianificare le spese di iscrizione, etc.).
- Abilità accademiche /cognitive (stendere i piani di studio, partecipare alle lezioni, prepararsi agli esami, etc.).

- Abilità emotive (gestire le emozioni relative ad una prova di esame, tollerare i feedback correttivi degli insegnanti, etc.).

- Abilità sociali (conoscere nuovi studenti, partecipare a iniziative sociali promosse dalle istituzioni educative, etc.).

Dimensione dell'utilizzazione dei servizi per il soddisfacimento dei bisogni. Indicatori:

- Risorse messe a disposizione (personale, posti fisici, supporti, programmi, modalità di erogazione dei servizi, etc.).

- Bisogni del paziente (abitazione, salute fisica, reddito, educazione, stato lavorativo, amici, famiglia, tempo libero, vita spirituale, problemi legali, problemi correlati all'uso di sostanze, sessualità, etc.).

Dimensione del supporto sociale (Carling, 1995). Il supporto sociale si declina in supporto strumentale (cibo, soldi, alloggio, trasporti, etc.) e supporto relazionale o affettivo, misurato dalla qualità e quantità delle relazioni (numero delle persone della propria rete sociale, lunghezza e costanza delle relazioni, frequenza dei contatti).

Box 6 – Altri indicatori di esito psicosociale.

Un servizio centrato sulla persona e attento anche alla dimensione psicologica, oltre che a quella sociale e biologica, prende in considerazione, come dimensione valutativa, anche alcune **aree intrapersonali** in cui misurare l'esito (box 7).

- Maggiore connessione con i propri stati affettivi. Indicatore: difficoltà ad individuare, a nominare e a esprimere sentimenti, opinioni e valori in modo socializzato.
- Consapevolezza dei fattori stressanti e delle modalità di risposta disfunzionali. Indicatore: non negare la produzione di sintomi in concomitanza di difficoltà incontrate nella vita quotidiana.

- Riduzione dei comportamenti utilizzati come "distanziatori sociali".

- Riduzione dei livelli di dipendenza dagli altri.

- Riduzione del convincimento di incapacità e del senso di impotenza.

- Riduzione della colpa e della vergogna.

- Riduzione di un ruolo protettivo nei confronti dei genitori, con coartazione dei propri spazi e rinuncia ai propri progetti di vita.

- Riduzione della tendenza a punirsi per la delusione procurata alla propria famiglia; senso di colpa per un successo migliorativo della propria esistenza.

Box 7 – Dimensioni psicologiche dei pazienti da prendere in considerazione per la valutazione di esito psicosociale.

Esistono, infine, **specifiche abilità del personale**, necessarie per effettuare una valutazione di esito: essere capaci di sviluppare una relazione con il paziente basata sulla fiducia, di validarlo e di aiutarlo a diventare consapevole degli esiti raggiunti, riuscendo a vederne la ricaduta nella sua quotidianità.

Il modello degli ambienti supportati per contrastare i determinanti sociali e psicosociali che favoriscono la malattia mentale

Il recovery è un processo continuo facilitato dallo svolgimento di ruoli significativi. Tutti noi siamo definiti dalle funzioni che svolgiamo ogni giorno e le persone con problemi di salute mentale non fanno eccezione. Essere un lavoratore, uno studente, un componente della famiglia o un amico significa farsi carico di compiti che rendono la vita degna di essere vissuta.

Nella psichiatria di comunità, i programmi finalizzati all'acquisizione e al mantenimento di un ruolo sociale valido si chiamano "ambienti supportati" e sono quattro: **abitazione supportata, lavoro supportato, ripresa degli studi supportata e socializzazione supportata**. Gli ambienti sup-

portati sono contesti che promuovono benessere, resilienza e inclusione, contrastando gli effetti negativi dei determinanti sociali svantaggiosi, nella misura in cui favoriscono la resilienza psicologica, riducono l'isolamento e sostengono il recovery, anche in presenza di vulnerabilità. Ad esempio, un individuo che vive in povertà, ma ha una rete familiare solida e una scuola inclusiva, ha meno probabilità di sviluppare disturbi mentali rispetto a chi, pur in condizioni abbienti, ha una famiglia "abbandonica" e un contesto scolastico "espulsivo".

Le caratteristiche degli ambienti supportati sono riassunte nella box 8 (Farkas et al. 2005; Carozza, 2006; Macpherson et al. 2004).

- Gli ambienti supportati devono essere collocati all'interno della comunità (scuole, posti di lavoro, abitazioni normali) e i ruoli che vi si svolgono devono essere rispondenti alle regole sociali correnti.
- I pazienti sono accolti non per pietà o per paternalismo, ma per il ruolo che hanno deciso di svolgere e che è a loro richiesto.
- Sono erogati supporti flessibili e continui nell'ambiente reale per periodi non inferiori a 18 mesi.
- Il monitoraggio della performance del paziente ha un ruolo centrale.
- I pazienti sono incoraggiati a frequentare i gruppi di supporto per la risoluzione delle problematiche incontrate.
- La collocazione nell'ambiente si attua in tempi relativamente brevi e gli interventi di supporto e di insegnamento delle abilità continuano contestualmente alla sistemazione lavorativa, abitativa o scolastica.
- Il modello degli ambienti supportati non costringe i pazienti ad evolvere secondo un continuum,

dove devono aumentare il proprio livello di funzionamento per accedere ad un altro ambiente.

- La collocazione rispecchia le preferenze del paziente.

Box 8 – Caratteristiche degli ambienti supportati.

Si descrivono di seguito le principali caratteristiche e tipologie di tre ambienti supportati: lavoro, abitazione e istruzione.

Abitazione supportata. L'abitazione supportata è una strategia altamente efficace, che combina un alloggio accessibile con servizi intensivi e coordinati, al fine di aiutare i pazienti a mantenere una casa stabile, a integrarsi nella comunità e a vivere tra individui senza diagnosi psichiatriche. È una risorsa vitale per le persone che affrontano sfide legate alla salute mentale, fornendo una base sicura e un percorso verso il recovery (Tsemberis et al., 2004).

Lavoro supportato. Il lavoro supportato è un programma che aiuta i pazienti a trovare e a mantenere un'occupazione caratterizzata da un compenso dignitoso, sfrutta i punti di forza personali e fornisce il supporto necessario per avere successo sul posto di lavoro (Drake et al., 2013). Tale approccio è particolarmente rilevante per le persone con gravi disturbi mentali che affrontano sfide nel reperire e conservare un impiego (Martinelli et al., 2022). Le principali tipologie del lavoro supportato sono:

- *Individual Placement Support (IPS).* Si tratta di un intervento psicosociale basato sulle evidenze, che sostiene le persone con gravi disturbi mentali nella ricerca di un impiego competitivo. Nel programma IPS è enfatizzata la ricerca rapida di un lavoro, l'abbinamento personalizzato al tipo di occupazione e il supporto continuo per mantenerla. L'obiettivo è integrare gli individui nel mondo produttivo, tenendo conto dei loro problemi di salute

mentale (Becker e Drake, 1994; Fioritti et al., 2014).

- **Modello della Clubhouse.** Il modello delle Clubhouse offre una comunità di supporto alle persone con disturbi mentali e rappresenta un approccio innovativo alla riabilitazione psicosociale per persone con disturbi mentali gravi, come la schizofrenia, i disturbi bipolari e la depressione maggiore. Nello specifico, la Clubhouse è un luogo di incontro e di attività diurne non sanitarizzate, creato insieme a/per individui affetti dai suddetti disturbi, con l'obiettivo di facilitare la socializzazione e l'inserimento nel mondo del lavoro. Il modello si basa sui principi dell'empowerment, del peer-help e della lotta contro l'isolamento e la stigmatizzazione di chi ha esperienza vissuta di malattia mentale. Le caratteristiche principali del modello Clubhouse sono:
 - o Partecipazione attiva: i membri sono coinvolti attivamente nella gestione e nelle attività del Clubhouse.
 - o Lavoro e occupazione: i membri hanno l'opportunità di svolgere attività lavorative significative all'interno del Clubhouse.
 - o Socializzazione: la Clubhouse offre un ambiente di supporto per la socializzazione e la costruzione di relazioni.
 - o Autonomia e empowerment: il modello mira a promuovere l'autonomia e l'empowerment dei membri.
 - o Assenza di sanitarizzazione: la Clubhouse non è un ambiente sanitario, ma piuttosto un luogo di supporto e di allenamento di abilità psicosociali.
- **Impresa Sociale.** In Italia, le imprese sociali svolgono un ruolo significativo nel settore della salute mentale, assistendo le persone con disabilità (compresa quella psichiatrica) a svolgere un ruolo lavorativo.

Istruzione supportata. I pazienti che vogliono tornare a scuola dovrebbero avere la possibilità di farlo. La diagnosi psichiatrica, i sintomi, il deterioramento cognitivo lieve-moderato, l'anamnesi di abuso di droghe o alcol non dovrebbero impedire di perseguire un obiettivo educativo. Il ritorno a scuola è un grande passo per tanti pazienti e, quando essi riescono a farlo, assumono un ruolo molto valorizzato nella nostra società, che implica dinamicità, realizzazione personale, raggiungimento di uno status e aumento di possibilità. Il ritorno a scuola, inoltre, è spesso *un antidoto allo stigma interiorizzato e ai sentimenti di disperazione*, anche perché rappresenta un nuovo inizio pieno di promesse e trasmette il messaggio che la malattia mentale non è il capolinea di un'esistenza ma, come molte malattie o disabilità, può coesistere con il recupero di una dimensione personale valoriale. Ci vogliono coraggio e energia per rientrare in un ambiente che può rievocare esperienze dolorose. Pertanto, per non far svanire l'interesse iniziale, è importante avviare il programma di istruzione supportata il più rapidamente possibile. È stato dimostrato che un intervento tempestivo, unito al sostegno e all'incoraggiamento, aiuta i pazienti a riprendere il ruolo promettente e produttivo di studente (Mowbray et al., 2002). L'obiettivo educativo dovrebbe fare parte a pieno titolo del piano di trattamento. Nei programmi di educazione supportata, come d'altronde in tutti i programmi di "ambienti supportati" ci si concentra sulla costruzione del futuro, piuttosto che sul passato, e ci si preoccupa più di chi sono ora i pazienti e di cosa possono realizzare, piuttosto che di cosa sono stati e di cosa li ha bloccati (Unger, 1998; Hofstra et al, 2023).

Il personale *necessita di specifiche competenze* per condurre nella pratica i programmi di abita-

zione supportata, lavoro supportato, ripresa degli studi supportata e socializzazione supportata (box 9).

- Competenze per sviluppare l'alleanza con il paziente e i familiari
- Competenze per motivare il paziente e i familiari al cambiamento
- Competenze per stabilire l'obiettivo di recovery
- Competenze didattiche
- Competenze psicoeducative
- Competenze cognitivo-comportamentali
- Competenze supportive
- Competenze favorevoli al personal recovery: scelta, autodeterminazione, coinvolgimento, potenziale di crescita

Box 9 – Competenze richieste per condurre i programmi in "ambienti supportati".

Le pratiche comunitarie, fondamento dei servizi sensibili ai determinanti sociali/psicosociali

Le pratiche comunitarie, la cui sperimentazione nel nostro Paese è stata avviata contestualmente al processo di smantellamento degli ospedali psichiatrici, sono il fondamento della psichiatria di comunità e si ispirano all'Approccio Assertivo, core dell'Assertive Community Treatment (ACT), una metodologia di intervento basata sull'evidenza, ampiamente riconosciuta come efficace per il trattamento delle malattie mentali gravi e attuata da un'équipe multidisciplinare (SAMHSA 2023). Le pratiche comunitarie con una base di evidenza più o meno forte, incluse dell'Approccio Assertivo, sono: *l'assertività (proattività), la tempestività, l'intensità di contatti e di interventi, la flessibilità, la continuità terapeutica, l'integrazione di interventi e di figure professionali e il supporto negli ambienti di vita*⁴. Si ispirano alla Strengths

Theory (Rapp e Gosha, 2006), dove "Strengths" è una dimensione che include tratti del carattere, talenti, desideri, obiettivi e abilità. Diversamente dalle teorie orientate al problema e focalizzate su ciò che è disfunzionale, la Strengths Theory enfatizza i punti di forza e gli aspetti funzionali degli individui e si fonda sul paradigma biopsicosociale.

L'assertività dei servizi

L'Approccio Assertivo è appropriato per quei pazienti le cui esigenze non sono state soddisfatte dai servizi tradizionali e che, da un punto di vista puramente economico, sono i maggiori utilizzatori di risorse e, dunque, anche i più dispendiosi. I servizi forniti in modo "assertivo" sono quelli in cui i membri dell'équipe fanno il possibile per sostenere e mettere i pazienti in condizione di raggiungere i loro obiettivi individuali, contrastando l'aspettativa di essere lasciati in pace e sfidando il luogo comune che le persone con malattia mentale non sono in grado di crescere e sostenere il minimo stress. Poiché l'individuazione precoce dei segnali di ricaduta e l'adozione di misure preventive nei confronti del loro manifestarsi sono predittive di una prognosi migliore e poiché più numerose sono le ricadute più per i pazienti diventa difficile riprendersi, una delle abilità più importanti, che i membri dell'équipe, i pazienti e le loro famiglie devono imparare nell'Approccio Assertivo, è come identificare i sintomi prodromici di una riasacerbazione di malattia. Infatti, tale prassi si è rivelata efficace nel ridurre notevolmente l'ospedalizzazione psichiatrica, oltre che nell'aumentare il livello di stabilità abitativa, nel ridurre l'abuso di sostanze, nell'incrementare i tassi di occupazione competitiva e nel migliorare la qualità della vita, i sinto-

professionali e supporto negli ambienti di vita sono state trattate nei paragrafi precedenti. La buona pratica della *tempestività* è inclusa nell'Approccio Assertivo.

⁴Le pratiche comunitarie *integrazione di interventi e di figure pro-*

mi e il funzionamento sociale. Anche gli stessi pazienti e i relativi familiari riferiscono una maggiore soddisfazione quando ricevono servizi assertivi. Infine, l'Approccio Assertivo crea e rinforza connessioni tra i membri dell'équipe, gli utenti, le famiglie e le altre agenzie sanitarie e sociali (cure primarie, servizi sociali, terzo settore, insegnanti, istruttori sportivi, associazioni di volontariato, forze dell'ordine, magistratura, etc.), le quali generano a catena nuove risorse.

La flessibilità dei servizi

La flessibilità è stata sempre una qualità invocata per i servizi di salute mentale. Essa si declina in quattro principali dimensioni: *la flessibilità organizzativa*, *la flessibilità correlata alla non linearità del processo del recovery*, *la flessibilità del livello di supporto* e *la flessibilità dei servizi a seconda della fase di malattia*. La flessibilità organizzativa si riferisce alla capacità di un'organizzazione di adattarsi e di rispondere in modo efficace ai cambiamenti interni ed esterni. In particolare, nel contesto sanitario, e quindi anche in quello psichiatrico, la flessibilità organizzativa è fondamentale per affrontare le sfide complesse e in continua evoluzione, poste da sempre più numerose categorie di cittadini. Esempi, invece, di flessibilità correlata alla non linearità del processo di recovery sono quei programmi riabilitativi o terapeutici che tollerano i movimenti di allontanamento/avvicinamento dei pazienti e la dinamica prova/errore, tipica del processo di ripresa, considerandoli fenomeni fisiologici. Perché ciò accada, i percorsi di cura non devono essere strutturati secondo un continuum rigido, ma prevedere la possibilità che il paziente fallisca e riprovi più e più volte, torni indietro e riprenda da dove si è fermato, non si scoraggi e tenti di nuovo.

Per quanto riguarda la flessibilità dei livelli di supporto, è noto che nella psichiatria di comuni-

tà i diversi obiettivi di salute mentale da raggiungere, la natura e la gravità della condizione psichiatrica della persona, la sua salute fisica e il tipo di trattamento prescritto comportano l'offerta flessibile di differenti gradi di sostegno.

Infine, la flessibilità dei servizi a seconda della fase di malattia scaturisce dall'evidenza che la maggior parte dei disturbi psichiatrici gravi presenta delle fasi, attraverso le quali il paziente transita. Le fasi procedono dai segni prodromici, indicativi dell'esordio del problema o di una sua riesacerbazione, alla fase acuta, quando i sintomi e la disorganizzazione emotiva/cognitiva e comportamentale sono al loro massimo di manifestazione. Successivamente, si hanno le fasi di stabilizzazione e di stabilità, che, se tutto va bene, sono seguite dalla recovery sintomatica e funzionale, sia precoce (*early recovery*) che a lungo termine (*long - term recovery*). Per ognuna di tali fasi sono raccomandate strategie d'intervento specifiche, presupposto che comporta un approccio flessibile e personalizzato.

L'intensità dell'offerta dei servizi

L'intensità dell'assistenza psichiatrica si riferisce al livello di risorse, alla quantità di cure e al numero dei contatti forniti a una persona con problemi di salute mentale ed è una combinazione di diversi fattori. Essa si attua attraverso il ICM (Intensive Case Management), il cui obiettivo è quello di promuovere l'accesso alle cure per quei pazienti che hanno difficoltà a seguire un regime terapeutico, a causa della gravità dei loro disturbi e/o della loro marginalità sociale. L'ICM viene offerto da un'équipe, con lo scopo di aiutare i pazienti a mantenere il proprio alloggio, a raggiungere una qualità di vita ottimale, a migliorare le abilità personali e sociali, ad affrontare i bisogni di salute mentale, a impegnarsi in attività significative e a costruire relazioni soddisfacenti. I pazienti ai quali è stato applicato tale mo-

dello mantengono più facilmente il rapporto di cura con il servizio, raggiungono un migliore funzionamento generale, trovano lavoro più facilmente, riescono a mantenere l'abitazione e hanno ricoveri ospedalieri più brevi (soprattutto se in precedenza erano stati ospedalizzati per periodi molto più lunghi).

La continuità terapeutica dei servizi e delle relazioni di cura

La continuità delle cure, considerata dai pazienti e dai professionisti una caratteristica essenziale di un'assistenza sanitaria di qualità, si declina in tre principali tipologie: continuità informativa, (l'informazione è il filo conduttore che collega un servizio a un altro e i servizi ai loro fruitori), continuità gestionale (i servizi vengono offerti senza interruzioni, facendo percepire le cure future come prevedibili e sicure) e continuità relazionale, consistente nella costanza dei rapporti tra i pazienti, i familiari e i singoli professionisti o un team di professionisti. Le principali dimensioni della continuità assistenziale, secondo i pazienti, sono: mantenimento della relazione di cura, tempestività dell'intervento, mutualità tra paziente e servizio, possibilità di negoziazione, da parte del paziente, circa il proprio percorso di cura e conoscenza del proprio problema di salute mentale, delle funzioni degli operatori, dei trattamenti offerti, dei cambiamenti organizzativi (riduzione dell'orario di apertura del servizio, istituzione di un nuovo servizio, etc.) e riguardanti personale (assenza per malattia o altro del proprio case manager, pensionamento del proprio psichiatra, etc.).

Conclusioni

A questo punto una domanda sorge spontanea: ma se le pratiche socialmente inclusive sono così vantaggiose perché è così difficile attuarle? I motivi sono diversi. Prima di tutto esiste una grave lacuna di formazione del personale dei Di-

partimenti di Salute Mentale nelle pratiche socialmente inclusive. Come secondo punto, il numero di risorse umane è sempre più ridotto. Inoltre, prevale ancora il paradigma biologico su quello biopsicosociale ed esistono pregiudizi a considerare la persona con problemi di salute mentale un cittadino con bisogni sociali e non solo un malato. Per ultimo, ci sono specifiche barriere all'iclusione sociale (box 10).

Trasporti

Senza trasporti adeguati e accessibili, i pazienti psichiatrici rischiano di essere ulteriormente esclusi da una gamma di opportunità comunitarie. A livello locale, occorre maggiore sforzo per sviluppare e mantenere la partnership con le agenzie dei trasporti, garantire tutte le informazioni sul trasporto pubblico e contrastare provvedimenti svantaggiosi per tale categoria di persone.

Partecipazione civica

È necessario ridurre ogni tipo di ostacolo per consentire la partecipazione attiva dei pazienti alla vita sociale, prendendo precisi accordi con le agenzie competenti.

Sistema giuridico

Ugualmente importante è la sensibilizzazione dei responsabili dell'ordine pubblico e del potere giudiziario al rispetto dei diritti civili del cittadino paziente psichiatrico.

Occupazione

Il lavoro dà un'identità socialmente riconosciuta, sviluppando l'autonomia, l'autostima e l'autoefficacia. Il raggiungimento di tale obiettivo richiede la partecipazione di molteplici figure di operatori sociali per aprire il variegato modo del lavoro (datori di lavoro, rappresentanti di categoria, rappresentanti sindacali, enti di formazione professionale, cooperazione) al mondo della salute mentale. Nello specifico, occorre:

- Costruire partnership per dare risposte olistiche;
- Costruire sistemi sociali, tesi ad una sempre crescente offerta di opportunità di lavoro;
- Promuovere e sostenere lavori calibrati alla persona, in modo da mantenere l'occupazione ottenuta;
- Educare il mondo del lavoro a non indentificare la pericolosità con la malattia mentale;
- Realizzare attività finalizzate a tutelare la salute mentale dei lavoratori.

Abitazione

Nonostante i progressi compiuti in questo settore, restano ancora alcune aree da migliorare:

- Formazione specifica per tutto il personale dedicato ai supporti abitativi;
- Specifico impegno verso i pazienti senza fissa dimora, anche tramite l'assistenza primaria;
- Necessità di supportare coloro che, senza sostegno, finirebbero la loro vita o in case di cura o in SPDC;
- Rispetto per i pazienti con problemi di salute mentale, non sistemandoli in appartamenti scadenti o in quartieri degradati.

Box 10 – Barriere all'inclusione sociale.

Una più accorta condivisione delle risorse locali e una maggiore responsabilità di tutti i settori interessati, compresa l'edilizia sociale, potrebbero contribuire a rispondere a tale esigenza, ad esempio riservando per i pazienti psichiatrici un certo numero di alloggi sovvenzionati

Ci piace concludere con quella che, a parere di chi scrive, è una delle barriere più robuste all'inclusione sociale delle persone con problemi di salute mentale, ossia **la crisi attuale dei valori solidaristici**. Negli ultimi decenni, i valori espressi dalla costituzione (tutela della dignità della persona, sviluppo della sua personalità,

doveri di solidarietà politica, economica e sociale, attuazione progressiva dell'eguaglianza tramite la rimozione da parte dello Stato degli ostacoli di ordine politico, economico e sociale che compromettono «di fatto la libertà e l'eguaglianza» dei cittadini) sono entrati lentamente, ma inesorabilmente, in una profondissima crisi. Gli investimenti in settori base, quali l'istruzione e la sanità, sono diminuiti (e i relativi costi sono posti sempre più a carico dei cittadini utenti), la tutela del lavoro dipendente non è più garantita, la previdenza sociale preoccupa. Si è arrivati allo sviluppo di politiche autoritarie caratterizzate da vero e proprio razzismo e violazione dei diritti umani, da improvvisazione, da forme ingenuie di assistenzialismo, da "sovranoismo", populismo e individualismo esasperati. Il divario tra diritti soggettivi e diritti sociali, il ridimensionamento del Welfare e l'arretramento dell'eguaglianza redistributiva si associano alla presenza di una cultura diffusa, che accentua l'interesse per i diritti soggettivi – si pensi a leggi recenti come quella sulle unioni civili o sul fine-vita – a scapito dell'attenzione ai diritti sociali, con una sempre maggiore tolleranza delle diseguaglianze di reddito e di assistenza. Un clima del genere non solo mina profondamente i processi riabilitativi, di recovery e di inclusione sociale, ma favorisce il sempre maggiore incremento dei disturbi psichiatrici al quale si sta assistendo, nella misura in cui i determinanti sociali e psicosociali, associati alla malattia mentale, non solo non vengono contrastati ma sono addirittura rinforzati e tollerati. Per questi motivi, chi lavora nel nostro settore, pur non assumendo un ruolo direttamente politico, deve necessariamente occuparsi di "politica" e riappropriarsi di quelle funzioni di *advocacy*, esercitate così bene negli anni della riforma psichiatrica ma ora in gran parte dismesse, finalizzate a dare voce e potere ai pazienti e alle

loro famiglie e a sostenere i loro diritti, bisogni e partecipazione attiva nelle decisioni di cura e nelle politiche sanitarie

Bibliografia

- [1] American Psychiatric Association. (2022). Report of the Presidential Task Force on the Social Determinants of Mental Health (.pdf). In American Psychiatric Association.
- [2] Agency for Healthcare Research and Quality. (2021). Access to Healthcare and Disparities in Access. In www.ncbi.nlm.nih.gov. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578537/>
- [3] Smith, T. E., Corbeil, T., Wall, M. M., Tang, F., Essock, S. M., Frimpong, E., Goldman, M. L., Mascayano, F., Radigan, M., Wang, R., Rodgers, I., Dixon, L. B., Olfson, M., & Lewis-Fernández, R. (2023). Community, Hospital, and Patient Factors Contributing to Ethnoracial Disparities in Follow-Up After Psychiatric Hospitalization. *Psychiatric Services*, 74(7), 684–694. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220110>
- [4] Jeste, D. V., & Pender, V. B. (2022). Social Determinants of Mental Health: Recommendations for Research, Training, Practice, and Policy. *JAMA Psychiatry*, 79(4), 283–284. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.4385>
- [5] Marrone, J., & Swarbrick, M. A. (2020). Long-Term Unemployment: A Social Determinant Underaddressed Within Community Behavioral Health Programs. *Psychiatric Services*, 71(7), 745–748. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900522>
- [6] Moran, M. (2022). Symposium to Address Social Determinants of Mental Health. *Psychiatric News*, 57(3). <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2022.03.3.24>
- [7] Richmond, L. M. (2022). Need to Address Social Determinants of Health Also an Economic Imperative. *Psychiatric News*, 57(7). <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2022.07.7>
- [8] Boardman, J. (2011). Social exclusion and mental health - How people with mental health problems are disadvantaged: An overview. *Mental Health and Social Inclusion*, 15(3):112-121.
- [9] Cacioppo, J.T. et al. (2011). Social Isolation. *Ann NY Acad Sci*, 1231(1):17-22.
- [10] Carozza, P. (2006). *Principi di Riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*. Franco Angeli Editore, Milano.
- [11] Insel, T. (2022). *Healing: Our Path from Mental Illness to Mental Health*. Penguin Random House.
- [12] Ramon, S., Shera, W., Healy, B., Lachman, M., & Renouf, N. (2009). The rediscovered concept of recovery in mental illness: A multicountry comparison of policy and practice. *International Journal of Mental Health*, 38(2): 106–126.
- [13] Topor, A., Borg, M., Mezzina, R. (2006). The Role of Family, Friends, and Professionals in the Recovery Process. *Archives of Andrology*, 9(1):17-37.
- [14] Warner, R. (1994). *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy* (2nd ed.). Taylor & Francis/Routledge.
- [15] Hughes, Robert W., Marsh, John E., Jones, Dylan M. (2009). Perceptual-Gestural (Mis)mapping in Serial Short-Term Memory: The Impact of Talker Variability. *American Psychological Association*.
- [16] Rapp, C. A., Goscha, R. J. (2006). *The strengths model: Case management with people with psychiatric disabilities* (2nd ed.). Oxford University Press.
- [17] Roberts, G., Wolfson, P. (2004) The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 37–49.
- [18] Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(3), 91–97. <https://doi.org/10.1037/h0101301>
- [19] Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- [20] Mueser, K. T., Becker, D.R., Wolfe, R. (2001). Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health*, 10, 4, 411–417.
- [21] Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C. A., Meisler, N., Lehman, A. F., Bell, M. D., & Blyler, C. R. (2001). Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 52(3), 313–322. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.3.313>

- [22] Lysaker, P.H., Bell, M.D. (1995). Work and meaning: Disturbance of volition and vocational dysfunction in schizophrenia. *Psychiatry*, 58, 392-400.
- [23] Blankertz, L., Cook, J. A. (1998). Choosing and using outcome measures. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(2), 167-174. <https://doi.org/10.1037/h0095251>
- [24] Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 141-158. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-2649-6>
- [25] Carozza, P. (2025). *Pratiche basate sull'evidenza e pratiche promettenti nella psichiatria di comunità. Orientare metodologicamente il lavoro quotidiano dei professionisti*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- [26] Carling P.J. (1995). Return to Community. Building Support System for People with Psychiatric Disabilities. The Guilford Press, New York.
- [27] Hofstra J., van der Velde J., Farkas M., Korevaar L., Büttner S. (2023). Supported education for students with psychiatric disabilities: A systematic review of effectiveness studies from 2009 to 2021. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 46, 3, 173-184.
- [28] Marangelli M.G., Morazzoni L., Re E. (2007). Reti Sociali Naturali e disagio psichico. Manuale per l'attivazione di facilitatori naturali. Centro Scientifico Editore, Torino.
- [29] Mosher L.R., Burti L. (1989). Community Mental Health: Principles and Practice. W.W. Norton & Co, New York.
- [30] Mowbray C.T., Strauch Brown K., Furlong-Norman K., Sullivan Soydan A. (2002). Supported Education and Psychiatric Rehabilitation: Models and Methods. IAPRS, Linthicum.
- [31] Soro G., Muscettola A., Perini I. (a cura di) (2022). Il supporto all'istruzione delle persone con disturbi psichiatrici. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- [32] Unger K. (1998). Handbook on Supported Education: Providing Accommodations and Services for Students with Psychiatric Disabilities.
- [33] Tondora J., Miller R., Slade M., Davidson L. (2014). Partnering for Recovery in Mental Health: A Practical Guide to Person-centered Planning. Wiley-Blackwell, Oxford.
- [34] Webber M. (2005). Social capital and mental health. In J. Tew (ed) Social Perspectives in Mental Health: Developing Social Models to Understand and Work with Mental Distress. Jessica Kingsley Publishers, London, 90-111.
- [35] Webber M., Fendt-Newlin M. (2017). A review of social participation interventions for people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 52, 369-380.
- [36] Webber M., Morris D., Howarth S., Fendt-Newlin M., Treacy S., McCrone P. (2019). Effect of the Connecting People Intervention on Social Capital: A Pilot Study. *Research on Social Work Practice* 29, 5, 483-494.
- [37] Webber M., Reidy H., Ansari D., Stevens M., Morris D. (2015). Enhancing social networks: A qualitative study of health and social care practice in UK mental health services. *Health and Social Care in the Community* 23, 180-189.
- [38] Drake, R., Bond, G., & Becker, D. (2013). Individual placement and support: An evidence-based approach to supported employment. *Individual Placement and Support: An Evidence-Based Approach to Supported Employment*, 1-204. [10.1093/acprof:oso/9780199734016.001.0001](https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199734016.001.0001) [DOI] [Google Scholar]
- [39] Macpherson, R, Shepherd, G, Edwards, T (2004) Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. *Advances in Psychiatric Treatment* 10: 180-8. [CrossRef](#) [Google Scholar](#)
- [40] Tsemberis, S, Gulcur, L, Nakae, M (2004) Housing First, consumer choice and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Research and Practice* 94: 651-6. [Google Scholar](#) [PubMed](#)
- [41] Farkas, M., Coe, S. (2019). From Residential Care to Supportive Housing for People with Psychiatric Disabilities: Past, Present, and Future. *Front. Psychiatry*, Vol. 10 | <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00862>
- [42] Becker D, Drake R. Individual placement and support: A community mental health center approach to vocational

rehabilitation. *Community Ment Health J.* 1994;30(2):193–206. doi: 10.1007/BF02188630.

[43] Fioritti A, Hilarión P, van Weeghel J. Individual placement and support in Europe. *Psychiatr Rehabil J.* 2014;37(2):123–128. doi: 10.1037/prj0000065.

[44] Borg M, Kristiansen K. Working on the edge: The meaning of work for people recovering from severe mental distress in Norway. *Disabil Soc.* 2008; 23:511–523. doi: 10.1080/09687590802177072.

[45] Martinelli A., Bonetto C., Bonora C., Cristofalo D., Kil-laspy H., Ruggeri M. Supported employment for people with severe mental illness: a pilot study of an Italian social enterprise with a special ingredient *BMC Psychiatry.* 2022 Apr 26; 22:296.