

La riabilitazione psicosociale nei Servizi di Salute Mentale: dall'approccio *evidence-based*, al concetto di *recovery*

Stefano Barlati^{1,2}, Cassandra Ariu¹, Lorenzo Bertoni², Simona Dini², Nicola Necchini¹, Deborah Barbieri¹, Innocenzo Occhipinti¹, Giulia Rubagotti¹, Andrea Zucchetti¹, Gabriele Nibbio², Giacomo Deste^{2,3}, Antonio Vita^{1,2}

¹ Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Spedali Civili di Brescia, Brescia, Italia

² Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi di Brescia, Brescia, Italia

³ Unità Operativa di Psichiatria, ASST Valcamonica, Italia

Background storico

La riabilitazione psicosociale (RPS) nasce negli anni '70, quando l'introduzione stabile dei farmaci antipsicotici portò alla dimissione di un gran numero di pazienti dagli Ospedali Psichiatrici (Antony e Farkas, 2011) e ad un radicale cambiamento sia legislativo, che culturale. Il primo fu diretto a ridurre le ospedalizzazioni improprie e a restituire ai pazienti il diritto di esprimere il loro giudizio sui percorsi di cura e sui trattamenti, mentre il secondo, superando un modello riduzionistico e manicomiale, lasciò spazio alla nascita del concetto stesso di 'psichiatria di comunità' ancora oggi alla base dell'organizzazione dei servizi psichiatrici nella maggior parte dei paesi occidentali (*World Health Organization*, 2013). In questa prospettiva, si modificava profondamente anche la valutazione prognostica della malattia psichica, fino a quel momento pensata come cronica e irreversibile, e mutavano gli obiettivi del trattamento, che cominciava a tendere non solo al miglioramento del paziente, ma anche alla sua guarigione (Vita e Barlati, 2018). Oggi, seppur il dibattito sugli obiettivi generali del trattamento e della riabilitazione psicosociale sia ancora in divenire, non è più messo in discussione il suo orientamento fondamentale verso la necessità di migliorare il funzionamento e l'integrazione psicosociale (Bellack, 2006). In Italia solo dopo la promulgazione della legge

180 (833/78 SSN) si diffuse l'utilizzo delle tecniche riabilitative e solo recentemente la riabilitazione ha assunto un ruolo di primaria importanza nel panorama dell'assistenza psichiatrica. Spesso in passato ci si è rivolti alla riabilitazione psicosociale solo dopo che altri tipi di interventi avevano fallito, e troppo spesso la riabilitazione è stata confusa con una pratica generica ed approssimativa, costituita da estemporanee iniziative, costellata da pratiche di intrattenimento afinalistiche volte a riempire "il tempo che trascorre" (Saraceno, 1995). Il moderno approccio alla cura e riabilitazione del disturbo mentale supera l'aspetto meramente assistenziale e fornisce la possibilità di confrontarsi attivamente con il problema della cronicità. L'agire riabilitativo deve infatti pensare la persona come soggetto partecipe e presente alla propria cura in cui l'attenzione è focalizzata sulle risorse prima ancora che sulla malattia, differenziandosi in modo sostanziale dall'assistenzialismo. Il processo riabilitativo si pone infatti come obiettivo non solo la soddisfazione dei bisogni, ma soprattutto lo sviluppo delle risorse, cosicché il soggetto impari a soddisfare da sé le proprie necessità. Come riportato dalla *World Psychiatric Association*, l'obiettivo della riabilitazione psicosociale è aiutare gli individui con disturbi mentali gravi e persistenti a sviluppare le competenze cognitive, emozionali e sociali perse a causa della ma-

lattia necessarie a vivere, apprendere e lavorare nella comunità di appartenenza con la minima quantità di supporti professionali (Anthony, 1979; Rössler, 2006). Per il raggiungimento di questi obiettivi è necessario che l'intervento riabilitativo si articoli su due livelli: da un lato l'acquisizione e l'incremento delle abilità del soggetto in relazione ai suoi bisogni, ai suoi desideri, ed al suo stile di vita e dall'altro lo sviluppo di risorse e abilità dell'ambiente, perché amplifichi e rinforzi il livello di funzionamento raggiunto dalla persona in una prospettiva di reciproco adattamento (Corrigan, 2016). L'intervento di riabilitazione psicosociale opera quindi necessariamente partendo dal presupposto che, indipendentemente dalla gravità clinica, esiste sempre un'area ancora integra di funzionamento verso cui dirigere il lavoro terapeutico (Antony e Farkas, 2011). Negli ultimi anni, inoltre, la pratica della riabilitazione psicosociale si è andata progressivamente raffinando e consolidando offrendo interventi strutturati, articolati in tappe progressive, con obiettivi selettivi e mirati, definiti da procedure di valutazione e verifica (Mueser et al., 2013). La presa in carico di un individuo obbliga a seguire tappe fondamentali: instaurare una relazione significativa, valutare lo stato clinico, il funzionamento psicosociale e i bisogni dell'utente, identificare e condividere gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, monitorare il percorso riabilitativo nel tempo (Lieberman, 2012) e tutte le risorse e le professionalità coinvolte nel progetto riabilitativo devono essere tra loro coordinate ed ottimizzate per raggiungere questi obiettivi evitando sovrapposizioni o addirittura errori iatrogeni. Un aspetto storicamente considerato fondante il processo della riabilitazione, infine, riguarda l'aumento di potere dell'utente, cioè l'*empowerment*. Il termine inglese *empowerment* si riferisce ad un processo complesso di potenziamento di

risorse interne in presenza di condizioni esterne favorevoli e si distingue in empowerment individuale, legato all'autodeterminazione del singolo soggetto ed *empowerment* collettivo legato ai movimenti degli utenti e alla difesa dei diritti collettivi (Corrigan, 2016).

Definizione e *mission* della riabilitazione psicosociale: il processo di *recovery*

Il concetto di riabilitazione è storicamente fondato sul presupposto che il paziente possa riacquisire e sviluppare capacità perdute e recuperare ruoli adeguati nel proprio ambiente, che gli consentano di integrarsi nella vita di comunità. Più recentemente è stata condivisa la seguente definizione di riabilitazione psicosociale: "La riabilitazione psicosociale promuove il *recovery*, la piena integrazione sociale e migliora la qualità di vita delle persone portatrici di una diagnosi, che danneggia seriamente la loro capacità di condurre una vita significativa" (US Psychiatric Rehabilitation Board; 2007). Inoltre, la riabilitazione psicosociale ha introdotto nel settore della salute mentale uno dei valori attualmente nucleari, ovvero il coinvolgimento dell'utente (Carozza, 2014) e l'inserimento del paradigma riabilitativo nel modello integrato dei servizi di comunità in psichiatria ha ampliato l'ambito di intervento e i suoi valori, includendo anche esiti correlati alle dimensioni abitative, lavorative e scolastiche degli utenti, e al loro livello di soddisfazione. Uno dei principali obiettivi che i servizi di salute mentale dovrebbero promuovere al loro interno, è quindi l'orientamento al *recovery*. I servizi orientati al *recovery* e socialmente inclusivi sono servizi costituiti da programmi che si spostano progressivamente dai setting istituzionali all'esterno (contesti sociali), e che abbiano come obiettivo non solo l'apprendimento e l'esercizio di abilità e il successo, ma anche l'espletamento di compiti

validi e utili alla collettività con il conseguente riavvicinamento della persona al contesto (risocializzazione). Inoltre, nei servizi orientati al *recovery* è fondamentale enfatizzare la capacità non solo professionali ma anche personali degli operatori di istillare speranza, di lavorare sulla motivazione, di stabilire una partnership, di insegnare abilità, di facilitare la scelta di un obiettivo di vita, di entrare in sintonia con l'altra persona, considerando l'"esclusione sociale" come un fattore che contribuisce all'emergenza e alla persistenza della malattia mentale. Il principio ispiratore di tali servizi deve essere la centralità della persona, quale portatrice di sentimenti e opinioni indipendentemente dai sintomi, capace di dare opinioni e risposte ai nostri quesiti, portatrice di bisogni abitativi, lavorativi e sociali e con obiettivi personali significativi. L'approccio improntato alla centralità della persona richiede inoltre una differente relazione tra l'utente e il professionista, che da figura percepita lontana, perché considerata in una posizione di "esperto" che ha una "autorità", diventa un "personal coach", la cui funzione è quella di aiutare la persona a stabilire obiettivi personali, a dotarla di informazioni, abilità, reti sociali e supporti per gestire la sua condizione svantaggiata: in altri termini, l'operatore mette a disposizione le proprie abilità e conoscenze, mentre nel contempo impara dagli utenti, ossia da chi è esperto attraverso l'esperienza (Robert e Wolfson, 2004).

Il trattamento dei disturbi psichici all'interno dei servizi deve inoltre tener conto del modello eziologico multidimensionale che li caratterizza e che ipotizza come l'emergere del quadro clinico manifesto sia il risultato dell'interazione tra variabili eterogenee, in grado di determinare la vulnerabilità del soggetto, e i fattori stressanti (Zubin e Spring 1977). Il modello di malattia mentale che sostiene i servizi orientati al *recovery* è il

modello stress-vulnerabilità. Tale modello è esplicativo della patogenesi dei disturbi mentali, secondo il quale in alcune persone l'effetto combinato della vulnerabilità genetica e di fattori stressanti supera la soglia individuale di adattamento bio-psico-sociale e favorisce la comparsa dei sintomi del disturbo mentale a cui la persona sarebbe vulnerabile. (Ariu et al., 2018). La "vulnerabilità" si riferisce alla suscettibilità di base alle malattie mentali, determinata da due principali fattori: corredo genetico ed esperienze traumatiche precoci di vita. Lo "stress" si riferisce alle sfide che si affrontano nella vita e che richiedono un certo livello di adattamento. Lo stress, può essere determinato da eventi negativi o positivi e può peggiorare la vulnerabilità biologica e i sintomi e causa ricadute. È inoltre importante considerare all'interno di questo modello che anche tempi vuoti e la mancanza di coinvolgimento significativo nelle aree di vita, come un ruolo sociale valido, possono essere una significativa fonte di stress. Sia la vulnerabilità biologica sia lo stress possono essere influenzati da alcuni fattori, sui quali gli utenti possono avere una forma di controllo, quali ad esempio uso di alcol e sostanze (fattore precipitante), uso dei farmaci, coping skills efficaci e supporto sociale (fattori protettivi). In sintesi, la vulnerabilità e i fattori stressanti vengono attutiti nel loro impatto sul deficit funzionale, sulla disabilità e sull'handicap, dalla presenza e dall'azione di fattori protettivi e potenzianti. I fattori protettivi agiscono rinforzando la scarsa capacità dell'individuo di contrastare i fattori stressanti socio-ambientali e riducono la morbosità e la disabilità indotta dal disturbo. In quest'ottica, la riabilitazione psicosociale, avendo tra gli obiettivi principali quello di migliorare le abilità di *coping* e l'acquisizione di competenze, dovrebbe divenire uno strumento essenziale ed imprescindibile nel trattamento

dei disturbi mentali gravi, implementando quei fattori protettivi che possono ostacolare lo sviluppo e la progressione del disturbo stesso. I servizi orientati al *recovery* enfatizzano inoltre la definizione dell'obiettivo personale dell'utente, poiché avere un obiettivo da perseguire è una parte fondamentale del processo di ripresa delle persone con disabilità psichiatrica (Grassi e Carozza, 2018). Infine, un'altra caratteristica nucleare dei servizi riabilitativi che promuovono il *recovery* è l'integrazione tra il processo riabilitativo e il processo di *recovery* stesso, che sono comunque due dimensioni distinte: la riabilitazione 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; il *recovery* 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 in altri termini 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, 2004).

Clinical e personal recovery: basi teoriche e definizione

Negli ultimi anni la salute mentale stata definita come un "equilibrio interno", che presuppone anche la possibilità di una coesistenza tra salute e malattia in uno stesso individuo (Sartorius, 2022). In quest'ottica ha assunto sempre maggiore rilevanza il parere soggettivo del singolo paziente, che ha permesso di suddividere il concetto di *recovery* in una dimensione oggettiva/clinica ed in una dimensione soggettiva/personale, giungendo quindi a definire due concetti distinti (seppure interconnessi) di *recovery*

(Award et al., 2015; Lambert et al., 2006). È stata quindi proposta una distinzione tra i termini *clinical recovery* e *personal recovery*. La *clinical recovery* corrisponderebbe alla remissione o al miglioramento psicopatologico ed al miglioramento del funzionamento psicosociale, valutati attraverso criteri quantitativi, mentre la *personal recovery* si baserebbe sulla percezione della qualità di vita dei pazienti, valutata sia in termini qualitativi che, solo recentemente, anche attraverso interviste semi-strutturate. Più in particolare, la *personal recovery* sarebbe "un processo profondamente personale e unico di cambiamento dei propri atteggiamenti, valori, sentimenti, obiettivi, abilità e ruoli [...], un modo di vivere una vita soddisfacente, piena di speranza, anche con i limiti determinati dalla malattia" (Anthony, 1993). In sintesi, per definire il concetto di *personal recovery* è necessario agire su tre domini principali: l'esperienza interna, vale a dire la capacità di accettarsi come persone e non solo come pazienti e di considerarsi responsabili della costruzione della propria vita; il contributo degli altri, in particolare professionisti, familiari, *caregivers*, amici e altri pazienti; la partecipazione alle attività sociali (Leamy et al., 2011).

Le due dimensioni di *recovery* sopra descritte - *clinical* e *personal recovery* - non sono separate tra loro, ma si integrano in un continuum: è stato infatti dimostrato che i pazienti con un peggiore quadro clinico-psicopatologico riportano una peggiore valutazione soggettiva della propria qualità di vita (Van Eck et al., 2018).

In questo scenario appare chiaro come il concetto di *recovery* sia alquanto complesso e sia da considerarsi assolutamente multidimensionale. A tal proposito, già nel 2010 Whitley and Drake identificarono un modello integrativo di *recovery* composto da 5 dimensioni:

- clinica: remissione sintomatologica

- esistenziale: miglioramento del senso di speranza, dell'*empowerment* e del benessere spirituale
- funzionale: recupero del funzionamento
- fisico: promuovere la salute fisica
- sociale: consolidare le relazioni sociali e costruire un senso di appartenenza alla comunità

A questo modello, è necessario aggiungere una dimensione clinica di assoluta rilevanza nei disturbi mentali, ovvero il funzionamento cognitivo. Numerosi studi hanno infatti dimostrato come un miglioramento del funzionamento cognitivo sia necessario per ottenere un buon funzionamento psicosociale e una migliore qualità di vita (Vita e Barlati, 2018; Onitsuka et al., 2022). Anche per la dimensione cognitiva recentemente è stato evidenziato come si possa ottenere un maggiore recupero funzionale quando è anche lo stesso paziente a percepire un miglioramento delle abilità cognitive e sono stati sviluppati alcuni strumenti di *assessment* cognitivo che permettono di misurare questa dimensione tenendo in considerazione anche il punto di vista soggettivo del paziente.

Misure di esito oggettive e soggettive

Come affrontato in precedenza, quando si parla di *recovery*, si fa riferimento a un costrutto multidimensionale costituito da numerosi fattori, talvolta anche molto eterogenei fra loro. Negli ultimi anni alcuni studi hanno evidenziato una differenza significativa tra i fattori ritenuti determinanti nel processo di *recovery* dagli operatori della salute mentale, rispetto a quelli ritenuti fondamentali dagli utenti (Lieberman et al., 2005). Secondo chi opera nei servizi di salute mentale il raggiungimento del *recovery* è determinato principalmente da fattori clinici (come ad es., minore durata di psicosi non trattata - DUP,

risposta e aderenza al trattamento, deficit cognitivi, funzionamento premorboso), dallo stile di vita (come ad es. l'uso di sostanze), da alcuni fattori correlati al percorso di cura (come ad es., trattamento accessibile, continuativo ed integrato), oltre che da fattori familiari (come ad es., la presenza di una famiglia supportiva). Secondo gli utenti sarebbero, invece, la soddisfazione della propria vita, il senso di (auto)-efficacia, l'autostima, il benessere soggettivo, la capacità di empowerment e la capacità di integrazione all'interno della comunità, gli elementi fondamentali che condurrebbero al raggiungimento del *recovery*. A partire dal rilevamento di queste prime differenze si è quindi assistito ad una sempre maggiore considerazione del punto di vista del paziente, relativamente agli esiti del percorso di cura e di *recovery*. Nello specifico, ai fini di una valutazione standardizzata e il più completa possibile del paziente, si è giunti ad identificare tre principali misure di outcome, che tengano in considerazione sia le informazioni obiettive cliniche, sia la prospettiva dell'utente in merito all'esito del suo percorso di cura, oltre che alla qualità del servizio offerto. È stata quindi proposta una distinzione tra gli outcome definiti attraverso una valutazione clinica obiettiva (clinician reported outcome - CRO) e gli outcome soggettivi (patient reported outcome - PRO), questi ultimi a loro volta ulteriormente suddivisi in misure di esito (PROM) e misure di esperienza (PREM) riportate dal paziente. Attualmente, a completamento degli strumenti di valutazione clinica e funzionale, definiti Clinician Reported Outcome Measures (CROM), troviamo i Patient Reported Outcome Measures (PROM), strumenti purtroppo ancora poco utilizzati nella pratica clinica, nonostante alcuni di essi siano già stati ampiamente validati e correlati ai CROM (Buck et al., 2021). I PROM sono basati sull'autovalutazione del pa-

ziente su item simili a quelli valutati dai clinici, pertanto possono ben rappresentare lo stato delle condizioni di salute del paziente stesso (ad es., il carico dei sintomi, gli effetti collaterali, il benessere psicologico e il funzionamento sociale). I PREM fanno invece riferimento al punto di vista del paziente sui servizi sanitari, affermando che l'esperienza soggettiva del paziente rispetto all'intero percorso di cura (ad es., i servizi, la disponibilità dell'équipe, la qualità del trattamento ricevuto), rappresenti un elemento chiave per il processo di recovery. Come sottolineato in una recente revisione Cochrane (Kendrick et al., 2016) l'utilizzo di PROM e PREM sembrerebbe essere fondamentale per ottenere un coinvolgimento più attivo dei pazienti al loro trattamento e per migliorare nel complesso il processo decisionale di cura. Per quanto riguarda la valutazione degli outcome del processo di recovery, sebbene alcuni indicatori siano più obiettivi quando valutati dal clinico (ad es., i tassi di mortalità e la gravità dei sintomi), è fondamentale che altre misure di esito siano incentrate sull'esperienza di cura e sui risultati riportati dai pazienti (ad es., la qualità soggettiva della vita). Alcuni recenti studi si sono focalizzati sulla correlazione tra PROM, PREM e CRO, evidenziando che sembrerebbe esservi una forte associazione tra l'esperienza di cura del paziente (PREM) e la qualità di vita (PROM) (Mendlovic et al., 2022). Quest'associazione sottolinea come i pazienti percepiscano maggior benessere e grado di miglioramento quando sperimentano un'esperienza positiva con i servizi; tale esperienza sembrerebbe essere associata alla sensazione di una miglior qualità di vita. Ciò che rende questi risultati particolarmente interessanti è inoltre la forte correlazione tra la valutazione dettagliata dei sintomi auto-riferiti dal paziente e il loro impatto sul funzionamento e qualità della vita. Per quanto riguarda la

valutazione dei clinici (CRO), questa sembra essere in linea con i risultati descritti dai pazienti, sottolineando come i pazienti comprendano sia la gravità dei propri sintomi, sia l'impatto che questi hanno sul loro funzionamento. Tuttavia, un certo numero di studi sottolinea come vi siano ancora numerosi clinici che ritengono più determinanti sull'esito del processo di recovery alcune dimensioni cliniche della patologia (Gelkopf et al., 2022). Sembra inoltre che i pazienti percepiscano la qualità della propria vita maggiormente correlata ad un'esperienza positiva con i servizi psichiatrici, piuttosto che alla gravità dei propri sintomi. Questi aspetti sono in linea con il modello di recovery, che enfatizza la possibilità di vivere una vita personalmente significativa e piena di speranza nonostante e oltre i limiti determinati dai sintomi psichiatrici (Leonhardt et al., 2017). Alla luce di questi risultati è fondamentale, quando si parla di outcome e di recovery, includere sia i CRO, sia i PROM e i PREM, nell'ottica di una valutazione multidimensionale, che permetta la personalizzazione dell'intero percorso di presa in carico e di cura. L'esperienza vissuta dal paziente è inoltre centrale e si allinea con la visione di recovery che prevede una maggiore partecipazione e leadership da parte degli utenti dei servizi di salute mentale. I PROM e PREM in quest'ottica dovrebbero essere la principale fonte di informazioni rispetto allo stato clinico-funzionale del paziente e andrebbero integrate alla valutazione oggettiva (CRO) dell'équipe. L'uso dei PROM e dei PREM aiuta inoltre ad identificare le eventuali discrepanze tra le valutazioni dell'équipe e degli utenti, favorendo la comunicazione e promuovendo la costruzione dell'alleanza terapeutica, elementi chiave nella personalizzazione degli interventi in psichiatria. Se l'obiettivo dei servizi di salute mentale e del processo di recovery è quindi aiutare le persone

con disturbi mentali a vivere la vita da loro scelta, i miglioramenti riportati dai pazienti e le valutazioni dell'esperienza soggettiva diventano altresì una misura della qualità del servizio e dell'équipe curante. In conclusione, è evidente come nella presa in carico di pazienti con disturbi mentali gravi sia necessario prendere in considerazione non solo gli aspetti clinico-psicopatologici più oggettivi, ma anche ciò che i pazienti esperiscono soggettivamente rispetto al loro stato clinico, funzionale, alla qualità della vita, al benessere percepito, oltre ai loro percorsi di cura e alla qualità dei servizi.

Il processo di *recovery*: il ruolo dei trattamenti basati sulle evidenze

Finora è stato sottolineato che i servizi riabilitativi devono essere basati sulla collaborazione tra utente e operatore, devono erogare percorsi individualizzati e promuovere sempre più pratiche basate sull'evidenza scientifica. Essi sono finalizzati ad aiutare gli individui a sviluppare abilità e ad accedere alle risorse necessarie per aumentare la loro capacità di avere successo e di essere soddisfatti negli ambienti abitativi, lavorativi, scolastici e sociali di loro scelta" (USPRA; Psychiatric Rehabilitation Association 2007). La mission della riabilitazione in psichiatria si basa infatti su alcuni obiettivi cruciali: i) promozione della salute e prevenzione delle ricadute/recidive; ii) autonomia, responsabilizzazione, reinserimento sociale e lavorativo dell'utente; iii) cura, riabilitazione e assistenza (global care); gestione di percorsi di cura (managed care); qualità di vita (Antony e Farkas 2011). La necessità di utilizzare un modello teorico accreditato e proceduralizzato è il presupposto per realizzare la mission e per conferire al lavoro degli operatori la dignità di una tecnica, superando il diffuso convincimento che utilizzare protocolli comportamentali

valutabili e riproducibili azzeri la componente creativa e umana del trattamento (Vita e Barlati, 2019). Nel settore della salute mentale, orientare le proprie azioni cliniche alla medicina basata sulle prove di efficacia forza i professionisti a giustificare le proprie conoscenze e scelte. Si tratta di uno stile di lavoro altamente etico particolarmente importante in psichiatria, al fine di sfidare i convincimenti personali, i giudizi morali, le mode e le ideologie. (Grassi e Carozza, 2024). L'utilizzo delle pratiche basate sulle evidenze (evidence-based practice - EBP) è però elemento necessario ma non sufficiente per promuovere il processo di recovery del paziente: il rischio del mero utilizzo degli interventi EB è quello di essere "troppo tecnici" e di trascurare la dimensione della soggettività. Per questo motivo dobbiamo considerare le EBP psicosociali non fini a se stesse ma orientate al recovery, finalizzate ad aiutare i pazienti a condurre una vita significativa, caratterizzata da successo e da soddisfazione, attraverso lo sviluppo di competenze e supporti per l'ottenimento e il mantenimento di un ruolo valido (Farkas, 2007). Per questo motivo appare fondamentale utilizzare delle EBP orientate al recovery, cioè, fornirle sulla base di alcuni valori, quali la centralità della persona, la partnership, la possibilità di autodeterminazione e scelta, l'infusione di speranza, e implementarle nei servizi che supportano gli utenti a scegliere, ottenere e svolgere ruoli di valore, identificati dagli utenti come loro obiettivi (Vita e Barlati, 2018). L'implementazione dei trattamenti psicosociali EB orientati al Recovery richiede alcuni presupposti fondamentali. Il primo elemento essenziale per la trasformazione dei servizi è il tempo: è necessario, infatti, considerare un lungo periodo sia per favorire l'acquisizione di tutte le abilità che permettono di mettere in pratica i trattamenti psicosociali EB con l'obiettivo di favorire il reco-

very clinico e personale che per modificare il punto di vista del personale riabilitativo con l'obiettivo di cambiare il modo in cui essi stessi interpretano la malattia mentale ed interagiscono con gli utenti. Altro elemento fondamentale è la leadership, che necessita di sostenere un mandato chiaro, di assumere il costante impegno alla formazione continua e alla sperimentazione sul campo di nuove tecniche, a fornire risorse e supporti, a promuovere lo sviluppo di indicatori di qualità e di recovery che includono l'uso delle nuove pratiche e il coraggio di eliminare le pratiche inefficienti, spesso purtroppo difese anche dagli operatori, famiglie, politici ed altri stakeholders (Vita e Barlati, 2018). Attualmente, esiste nei servizi un rilevante gap tra acquisire la conoscenza ed applicarla, in quanto i concetti da apprendere sono facili e veloci, ma l'esercizio delle abilità richiede una pratica supervisionata. In sintesi: cambiare il proprio comportamento richiede tempo ed è costoso costruire nuove competenze dei professionisti per integrare e sostenere le nuove pratiche (Vita e Barlati, 2019; Farkas, 2008; Damschroder, 2009).

Conclusioni e direzioni future

La RPS opera dentro contesti in evoluzione continua, per la sua caratteristica di agire nell'interfaccia tra patologia, disabilità e ambiente. Ciò richiede sia di agire nel quotidiano con le sue sfide, sia di sviluppare una "vision" sui processi trasformativi in atto, che consenta di dare risposte adeguate ai problemi emergenti. L'attuale vision dei servizi di salute mentale che hanno come obiettivo il recovery clinico e personale della persona si basa su diversi assunti, quali: centralità della persona; promozione dell'empowerment; continuità delle cure; integrazione socio-sanitaria; genesi comunitaria della salute; approccio bio-psico-sociale integrato (Vita e Barla-

ti, 2019; Carozza, 2014). L'obiettivo della riabilitazione psicosociale è l'aumento dell'articolazione sociale, ossia l'apprendimento o il ri-apprendimento di quelle competenze (strumentali, interpersonali ed intrapersonali) che permettano alla persona di soddisfare e porsi in relazione alle proprie richieste o ai propri bisogni, impliciti ed espliciti, propri in modo appropriato (secondo le norme sociali correnti), adeguato (necessario per un'interazione che abbia successo, almeno ad un livello minimo) nella sfera personale, sociale, finanziaria e strumentale e centrato sugli obiettivi personali del paziente. La riabilitazione è un metodo di trattamento che ha lo scopo di attivare processi di cambiamento finalizzati ad aumentare nella persona il potere contrattuale, la possibilità di scambio, le risorse, gli affetti, l'autonomia ed il senso di responsabilità (Corrigan, 2016). L'oggetto della riabilitazione psicosociale è costituito da quella fascia di persone con disturbi psichiatrici gravi che possono andare incontro ad una perdita di competenze e ad una riduzione dell'articolazione sociale con l'ambiente. La condizione di questi pazienti è spesso caratterizzata da: evitamento socio-relazionale, non reciprocità, scarsa autostima, self-stigma, pessimismo rispetto alle proprie possibilità di cambiamento, ecc. L'intervento riabilitativo deve quindi mirare a sviluppare quelle competenze che portino la persona all'adozione di comportamenti socialmente competenti che consentano all'individuo di portare a termine un compito o di costruire e mantenere una relazione nei modi che soddisfino le aspettative sociali e personali, nelle principali aree del suo spazio vitale (Lieberman, 2012) e che promuovano la capacità di scelta dei propri obiettivi personali alla guida del percorso riabilitativo stesso. Tali obiettivi devono necessariamente essere sempre articolati sul piano dei valori e delle preferenze personali e

nella prospettiva dell'inclusione sociale, dove "la costruzione del diritto di cittadinanza come asse prioritario non è una scelta solo etica, ma anche tecnica" (Saraceno, 1995). La riabilitazione è necessariamente "Value-Based" e presuppone che il recovery, ovvero la riconquista di una vita piena di significato, sia da considerare sia scientificamente possibile, attraverso l'erogazione di interventi specifici basati sulle evidenze, sia la mission di riferimento dei servizi (Farkas, 2006).

Bibliografia

- [1] Anthony W.A. (1979). The principles of psychiatric rehabilitation. *University Park Press, Baltimore*.
- Anthony W.A. (2004) The recovery effect. *Psychiatr Rehabil J. Spring*;27(4):303-4.
- [2] 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.
- [3] Anthony W.A., Farkas M.D. (2011). The Guide to Psychiatric Rehabilitation Practice. *Trustees of Boston University*.
- [4] Ariu C., Barlati S., Vita A. (2018) modello stress-vulnerabilità e competenze sociali in: Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica - Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale – Vol. 2 – Riabilitazione psichiatrica. A cura di: Vita A. – Mucci A. – Dell'Osso L. Ed. Fioriti.
- [5] Awad A.G. (2015) 'The patient': at the center of patient-reported outcomes. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*;15(5):729-731.
- [6] Bellack A.S. (2006). Scientific and consumer model of recovery in Schizophrenia: concordance, contrasts and implications. *Schizophr Bull* 32, 432-42.
- [7] Buck B, Gagen EC, Halverson TF, et al., (2022). A systematic search and critical review of studies evaluating psychometric properties of patient-reported outcome measures for schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*; 147:13-23.
- [8] Carozza P. (2014). Dalla centralità dei servizi alla centralità della persona. L'esperienza di cambiamento di un dipartimento di salute mentale. *Franco Angeli, Milano*.
- [9] Corrigan P.W. (2016). Principles and practice of psychiatric rehabilitation: an empirical approach, second edition. *The Guilford Press, New York*.
- [9] Deegan, P. E. (2001). Recovery as a self-directed process of healing and transformation. In C. Brown (Ed.), *Recovery and wellness: Models of hope and empowerment for people with mental illness* (pp. 5–21). Haworth Press.
- [9] Farkas M. (2006) Identifying psychiatric rehabilitation interventions: an evidence and value based practice. *World Psychiatry*. Oct;5(3):161-2.
- [10] Gelkopf M, Mazor Y, Roe D (2022). A systematic review of patient-reported outcome measurement (PROM) and provider assessment in mental health: goals, implementation, setting, measurement characteristics and barriers. *International Journal for Quality in Health Care*. 34(Supplement_1): ii13-ii27.
- [11] Grassi L. & Carozza P. (2024) Psichiatria di comunità basata sulle evidenze e orientata al recovery - Diagnosi, interventi e formazione.
- [12] Kendrick T, El-Gohary M, Stuart B, et al. (2006) Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. Cochrane Common Mental Disorders Group, ed. *Cochrane Database of Systematic Reviews*;(8).
- [13] Lambert M, Schimmelmann BG, Naber D, et al. (2006) Prediction of Remission as a Combination of Symptomatic and Functional Remission and Adequate Subjective Well-Being in 2960 Patients with Schizophrenia. *J Clin Psychiatry*;67(11):1690-1697.
- [14] Leonhardt BL, Huling K, Hamm JA, et al. (2017) Recovery and serious mental illness: a review of current clinical and research paradigms and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*;17(11):1117-1130.
- [14] Liberman P.R. (2012). Il recovery dalla disabilità. Manuale di riabilitazione psichiatrica. *Giovanni Fioriti Editore, Roma*.

- [15] Liberman RP, Kopelowicz A. (2005). Recovery From Schizophrenia: A Concept in Search of Research. *PS.*;56(6):735-742.
- [16] Mendlovic S, Roe D, Markusfeld G, et al., (2022). Exploring the relation between clinician ratings and patient-reported experience and outcomes. *International Journal for Quality in Health Care.*;34(Supplement_1): ii98-ii104.
- [17] Mueser K.T., Deavers F., Penn D.L., Cassisi J.E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* 9, 465-97.
- [18] Onitsuka T, Hirano Y, Nakazawa T, et al. (2022). Toward recovery in schizophrenia: Current concepts, findings, and future research directions. *Psychiatry Clin Neurosci.*;76(7):282-291.
- [19] Roberts G, Wolfson P. (2004) The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment.*;10(1):37-48.
- [20] Rössler W. (2006). Psychiatric rehabilitation today: an overview. *World Psychiatry* 5, 3, 151-7.
- [21] Salzmann-Erikson M. (2013) An Integrative Review of What Contributes to Personal Recovery in Psychiatric Disabilities. *Issues in Mental Health Nursing.* ;34(3):185-191.
- [22] Saraceno B. (1995). La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica. *Etas*
- [23] Sartorius N. (2022). Patient-reported outcomes in psychiatry. *Dialogues in clinical neuroscience.*
- United States Psychiatric Rehabilitation Association (US-PRA) (2007). Position Paper on Involuntary Outpatient Commitment. www.uspra.org
- [24] Van Eck RM, Burger TJ, Vellinga A, et al., (2018). The Relationship Between Clinical and Personal Recovery in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*;44(3):631-642.
- [25] Vita A., Barlati S. (2018). Recovery from schizophrenia: is it possible? *Curr Opin Psychiatry* 22.
- [26] Vita A, Barlati S. (2019) The Implementation of Evidence-Based Psychiatric Rehabilitation: Challenges and Opportunities for Mental Health Services. *Front Psychiatry.* Mar 20; 10:147.
- [28] Whitley R, Drake RE. Recovery: A Dimensional Approach. *PS.* (2010) ;61(12):1248-1250.
- World Health Organization (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020. Authors
- [29] Zubin J, Spring B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 86, 2, 103-126.