



errepiesse

Rivista ufficiale della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale

Errepiesse

Una via italiana per la riabilitazione psicosociale

Anno XX N°1 - Marzo 2026

Trimestrale - Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale

Errepiesse

Una via italiana per la riabilitazione psicosociale

Direttore Responsabile

Massimo Casacchia

Direttore Scientifico

Pietro Nigro

Comitato Editoriale

Consiglio Direttivo Nazionale della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale

Comitato di Redazione

Filomena Abbedessa, Antonio Francomano, Eleonora Gattoni, Emanuele Davide Iannì, Sofia Lo Duca, Annapaola Mazza, Simona Mazza, Riccardo Sansone, Jancarlo Suarez, Evangelista Tragni Matacchieri, Antonella Vacca

Anno XX N°1 - Marzo 2026

Rivista Trimestrale

Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale

Registrazione Tribunale Milano n. 636 del 18/10/2007

errepiesse

5

Presentazione

Massimo Casacchia

7

Progetto e prefazione

Pietro Nigro

9

Editoriale:

Modello Biopsicosociale: prospettive di ricerca e organizzazione dei Servizi in Salute Mentale

Pietro Nigro

12

La CRPD: la nuova sfida della riabilitazione psicosociale

Lorenzo Burti

21

Il modello Biopsicosociale: effetti, limiti e prospettive

Antonello Bellomo, Sabrina Gammone

29

Determinanti sociali e psicosociali e organizzazione dei Servizi

Paola Carozza

53

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

Stefano Barlati, Cassandra Ariu, Lorenzo Bertoni, Simona Dini, Nicola Necchini, Deborah Barbieri, Innocenzo Occhipinti, Giulia Rubagotti, Andrea Zucchetti, Gabriele Nibbio, Giacomo Deste, Antonio Vita

65

Dal dato alla cura: verso una salute mentale digitale, integrata e centrata sulla persona

Il nuovo Progetto Terapeutico Riabilitativo e Personalizzato digitale del DSM Lecce come modello di integrazione clinica e One-Health
Simona Mazza, Maria Fontana, Marica Caputo, Chiara Reho, Tiziana De Donatis, Elio Serra, Serafino De Giorgi

Tutti i diritti riservati. Nessuna parte della rivista può essere riprodotta o distribuita senza autorizzazione dell'editore, salvo quanto consentito dalla legge sul diritto d'autore. L'uso dei contenuti è consentito esclusivamente per finalità scientifiche e didattiche.

I contenuti pubblicati riflettono esclusivamente le opinioni degli autori, responsabili di dati e conclusioni. La rivista non assume responsabilità per errori, omissioni o uso delle informazioni. Gli articoli sono destinati a finalità scientifiche e non sostituiscono consulenze professionali.

Presentazione

Massimo Casacchia

Professore Emerito di Psichiatria, Università dell'Aquila

Signore e signori si riparte! Si sente il fischio e il treno si avvia verso il futuro!

Con emozione viviamo la ripartenza della rivista Errepiesse, rivista scientifica ufficiale della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale, SIRP tout-court per gli amici.

Ripartenza perché nel 1992 era nata sotto la mia Direzione la Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale edita dalla Idelson, Napoli, che vedeva come Vice-Direttore il compianto Ferdinando Pariente, con il quale avevamo, allora, condiviso l'idea di far nascere una rivista italiana di riabilitazione, in analogia ad altre riviste straniere in tale ambito, ispirandoci al famoso Psychiatric Rehabilitation Journal a cura della prestigiosa Università americana di Boston. Era quello un periodo pionieristico e ricco di fervore culturale, sia per la recente nascita della società, il cui primo Presidente era stato Lorenzo Burti, sia per i contatti e ai rapporti di stima che si erano instaurati con grandi epigoni dell'epoca.

Il "Comitato Esecutivo" era rappresentato da Lorenzo Burti (Università di Verona), Bernardo Carpiello (Università di Cagliari), Mario Maj (Università di Napoli), Pierluigi Morosini (Istituto Superiore di Sanità, Roma), Benedetto Saraceno (Istituto Mario Negri Milano - WHO Geneve).

"Redattore capo" era stato designato Pierluigi Scapicchio (Roma).

La "Segreteria di Redazione" era composta da Mauro Giovanni Carta (Università di Cagliari), Lucilla Frattura (Istituto Mario Negri Sud), Rita Roncone (Università dell'Aquila), Franco Veltro (ASL Benevento).

Nel "Comitato Internazionale di Consulenza" della Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale comparivano i nomi di Max Birchwood (UK), Luc Ciompi (Svizzera), Ian Falloon (USA), Marianne Farkas (USA), Ugo Formigoni (USA), Robert Liberman (USA), Carlo Perris (Svezia), Mark Spivack (Israele), Stelios Stylianidis (Grecia), Jerome Vaccaro (USA).

Nel dicembre del 1999 uscì l'ultimo numero della Rivista che riportava in modo quasi profetico un bel contributo dal titolo "Le linee guida per la riabilitazione psicosociale in Puglia", firmato da Domenico Semisa, Marcello Nardini e Salvatore Cotugno, a nome della vivace sezione SIRP pugliese.

Nel 2007 la rivista riprese vita grazie alla tenacia di Massimo Rabboni che denominò la rivista con il termine più accattivante di "Errepiesse", riportando solo le iniziali della Riabilitazione Psicosociale, sfumando il termine di "psichiatria" a vantaggio di quello "psicosociale", interpretando l'evoluzione culturale di un movimento che metteva al centro la persona con un disturbo mentale, la storia della sua vita spesso contrassegnata da episodi traumatici anche lontani in una visio-

ne diacronica, la sua presa in carico condivisa in cui era protagonista come esperto per esperienza. Inoltre, era condivisa l'opinione che, alla base della strutturazione lenta del disturbo mentale, ci fossero fattori molteplici che esigevano risposte multidisciplinari e multiprofessionali per affrontare i determinanti psicosociali e per erogare trattamenti psicosociali basati sulle evidenze scientifiche più aggiornate e per lavorare contro il nemico invisibile rappresentato dal diffuso stigma.

Errepiesse ha vissuto online per vari anni a partire dal 2007 fino all'agosto 2021. Un grazie sentito va indirizzato a Massimo Rabboni che l'ha curata con attenzione e dedizione.

Ed adesso... ecco allora ripartire la rivista che ha mantenuto la stessa testata, una ripartenza scandita da entusiasmo grazie all'impegno del Consiglio Direttivo della SIRP ed, in particolare, di Pietro Nigro e del suo brillante staff.

Mi piace immaginare che gli operatori aspettino con curiosità l'uscita dei numeri di Errepiesse, leggendo avidamente l'indice, riproponendosi di commentare insieme agli altri membri dell'équipe. Ancora, mi piace immaginare che alcuni articoli di maggior interesse possano essere presi in considerazione per una replicazione nei propri servizi, nell'ipotesi che alcune esperienze ben descritte nei metodi e negli interventi, dopo attento vaglio dei referees che valutano il rigore scientifico dei contributi inviati per la pubblicazione, possano essere di ispirazione in tal senso.

Errepiesse pubblicherà, infatti, non solo commenti, articoli di riflessione, di critica, di aggiornamento da parte dei membri del Direttivo e di altri studiosi stranieri, ma anche articoli degli operatori che nei loro servizi portano avanti procedure e buone pratiche

basate sull'evidenze di grande spessore terapeutico.

Verrà dato spazio anche ai familiari che volessero intervenire e anche a persone con disturbi mentali che si sentissero di poter raccontare la propria vicenda come esperti per esperienza.

Queste poche righe rappresentano, dunque, il "fischio di avvio del treno della rivista" verso il futuro cui seguiranno, in questo primo numero, gli interventi di coloro che si sono battuti per la sua ripartenza.

Desidero ringraziare coloro che mi hanno dato la possibilità di riportare questa brevissima storia degli sforzi editoriali della SIRP, sulla scorta della frase che ricorda *"guardare indietro per andare meglio avanti"*.

Auguri di lunga vita a Errepiesse!

Progetto e prefazione

Pietro Nigro

Dipartimento di Salute mentale, Bari.

Il percorso dalla *Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale* ad *Errepiesse* è descritto magistralmente in apertura di questo numero dal prof. Casacchia, coniugandolo al vasto movimento culturale scientifico che, a partire dagli ultimi decenni del novecento, ha ridisegnato modelli e pratiche in salute mentale (Casacchia, 2026). *Errepiesse* riparte, nel segno della continuità, con un ricominciamento. Sono trascorsi cinque anni dalla pubblicazione del numero precedente, un arco di tempo non molto lungo, ma reso ampio e denso da macro eventi, a tutti noi noti, pandemia, sommovimenti geopolitici bruschi e violenti (guerre, genocidi), la crisi climatica in moto. Le politiche di salute mentale in toto ne hanno ricevuto ripercussioni. Si riprende pertanto il lavoro, inscrendosi in questo contesto culturale, con un piano editoriale nuovo e un progetto contenuto interamente nell'orizzonte di ricerca avviato dalla SIRP, a fine 2017, ed esitato, attraverso una articolata metodologia di lavoro, nella pubblicazione delle *"Raccomandazioni di buone pratiche in riabilitazione psicosociale per adulti"* (Semisa, 2022). Da quella esperienza, successivamente sono derivate ulteriori tracce di confronto e ricerca in gruppi di lavoro promossi dalla SIRP, volti a descrivere l'utilizzo nella pratica dei servizi di interventi e modelli psicosociali e l'emergere di bisogni non

soddisfatti in alcune fasce di popolazione (Carozza, Barlati et al. 2025). In particolare, le aree al centro di interesse del dibattito societario e condivise nel Progetto Editoriale della Rivista comprendono: modelli organizzativi dei servizi, la valutazione e implementazione degli interventi psicosociali evidence-based, i bisogni delle cosiddette popolazioni speciali (autori di reato, migranti, doppia diagnosi, ADHD/ASD, esordi, disturbi di personalità), le esperienze di integrazione socio-sanitaria, le esperienze personali di utenti o familiari nel percorso di cura e recovery. In questo numero vengono discussi aspetti di due temi spesso dibattuti in riabilitazione psicosociale e salute mentale tout court: quello dei diritti, dell'etica e quello dei modelli di cura. Per questi ultimi, si propone la discussione di alcuni aspetti del modello biopsicosociale, in ragione del ruolo svolto nella ricerca, didattica e programmazione di politiche sanitarie, a partire dagli anni settanta del XX secolo. Sono stati trattati aspetti storici ed epistemologici del modello, con attenzione al suo ruolo nella traduzione anche in disposizioni legislative nel campo della disabilità (Bellomo), una visione analitica e ragionata dei determinanti sociali e psicosociali e il loro ruolo nella organizzazione dei Servizi (Carozza), l'evolversi, nelle pratiche di riabilitazione psicosociale nei Servizi di Salute Mentale,

della integrazione dell'approccio *evidence-based*, con il concetto di *recovery* (Barlati). Sul tema dei diritti, il prof. Burti ha posto al centro della riflessione il rapporto tra modelli e pratiche della riabilitazione psicosociale e la Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD), sottolineando il punto di svolta, per la salute mentale e la riabilitazione psicosociale, quando la CRPD afferma il principio secondo cui ogni persona, indipendentemente dal tipo di disabilità, mantiene la piena capacità giuridica e il diritto di decidere per sé.

Nel riportare pertanto sinteticamente gli argomenti trattati in questo primo numero di *Errepiesse* del 2026, vorremmo esprimere un profondo ringraziamento ai colleghi e amici che hanno generosamente fornito i loro articoli:

- La Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD), come un punto di svolta per la salute mentale e la riabilitazione psicosociale (Burti).
- Il modello biopsicosociale descritto nella sua genesi storica e il suo ruolo nella concettualizzazione della disabilità (Bellomo),
- il ruolo dei determinanti sociali e psicosociali nella organizzazione dei Servizi (Carozza),
- Servizi orientati al Recovery e loro relazione con i modelli biopsicosociale e stress vulnerabilità (Barlati).

Errepiesse è la rivista scientifica della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale ed il suo Comitato Editoriale coincide con il Consiglio Direttivo Nazionale SIRP. Aperta al contributo, ci auguriamo, di ricercatori e operatori dei Servizi di Salute Mentale e Università, in confronto con Società scientifiche, associazioni di familiari, utenti, società civile. Il formato editoriale dovrebbe prevedere per ogni numero un insieme di articoli focalizzati su alcuni temi specifici e il contributo di ricerche provenienti dalle esperienze e mondo

reale. Una attenzione dunque all'approfondimento della letteratura scientifica, con percorsi ragionati e critici, dall'altro la possibilità di catalizzare ricerche/esperienze/progetti, nel fluire del lavoro nella pratica e nella trasformazione.

Bibliografia

[1] Casacchia M. (2026), *Errepiesse* n.1/2026

[2] Semisa D., Bellomo A. et al. (2022): Raccomandazioni di buone pratiche in riabilitazione psicosociale per adulti. Fioriti Editore, Roma.

Editoriale

Modello Biopsicosociale: prospettive di ricerca e organizzazione dei Servizi in Salute Mentale

Pietro Nigro

Dipartimento di Salute Mentale, Bari

A metà anni '70, potremmo far risalire la concettualizzazione contemporanea del modello biopsicosociale. Nel 1977, Engel ne pubblica su *Science* l'articolo/manifesto "The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine"; nello stesso anno, Zubin e Spring scrivono "Vulnerability - a new view of schizophrenia", mettendo a battesimo il modello stress vulnerabilità (Zubin e Spring, 1977). Entrambi i modelli, stretti in una parentela assai prossima, seppur distinti, meriterebbero una analisi storica, per delinearne genealogia/discontinuità con concettualizzazioni precedenti, quali la diatesi (Ingram, 2005), o la sindrome generale di adattamento di Selye (per i quali si rimanda, in questo numero, alle analisi di Bellomo e coll.), e capacità di produrre nuove aree di ricerca. Attenendoci ai contributi di Engel, il modello riconosce l'importanza di tener presenti fattori biologici, psicologici e sociali nel considerare la malattia, la cura e i suoi esiti (Engel 1977, 1980). Nel tempo, il consenso verso il modello biopsicosociale (BPSm) è aumentato sempre più, divenendo il fondamento negli interventi psicoeducativi (Mueser, 2013), citato in paper importanti per le policy sanitarie, non ultimo il documento Pansm 2025-30 che orgogliosamente lo cita in introduzione, come

principio ispiratore. È pur vero che nei suoi confronti, qualche critica nei decenni scorsi è stata pronunciata, da quelle soft, come definirlo una tattica utile a mettere fine agli scontri di principio, divisivi, tra le varie scuole di pensiero (biologiche, psicologiche, sociali), a quelle un po' più incisive, a ponte tra correnti epistemologiche e di metodologia della ricerca, riassumibili nel definire il BPSm troppo generico, poco utile nella ricerca, in altri termini nel privarlo dell'attributo di modello, in quanto non euristico, non in grado di descrivere come i diversi fattori funzionino insieme e non predittivo (Ghaemi, 2010). Le considerazioni di Bolton ci sembrano utili nel distinguere due piani, il primo generale e l'altro più settoriale, specifico (Bolton, 2019, 2023). Nel primo, Bolton riconosce che il BPSm non è un modello in senso stretto, non spiega come i diversi fattori siano organizzati e funzionino insieme, ma attraverso modelli statistici sempre più sofisticati risulta possibile mettere in correlazione un insieme di fattori, distinti tra loro (biologici, psicologici, sociali), nel predire alcuni esiti. Due grandi filoni di ricerca, ormai classici, vanno citati in tale ambito, come apripista per ulteriori disseminazioni: il primo è quello dei determinanti sociali, a partire dagli studi Whitehall sui funzionari pubblici

britannici, condotti da Michael Marmot, studio longitudinale della durata di 25 anni, riguardante l'andamento della mortalità tra i dipendenti pubblici (Marmot, 2005), le cui conclusioni indicavano una correlazione inversa tra il livello di responsabilità/potere e mortalità (van Rossum, 2000); l'altro è rappresentato dal programma di ricerca ACE Study riguardante le associazioni tra l'esposizione psicosociale avversa durante l'infanzia e gli esiti di salute successivi (Felitti, 1998). L'evoluzione degli studi riguardanti i determinanti sociali e l'analisi correlata dei determinanti psicosociali sono trattate riccamente nell'articolo di P. Carozza in questo fascicolo. D'altro canto, il BPSm, in ambiti più circoscritti di ricerca, inizia a definirsi maggiormente come vero e proprio modello. Si consideri la concettualizzazione del disturbo depressivo in versione cognitivista elaborato da Beck (Bolton, 2019) e più recentemente, quella di M. Linhean per il Disturbo Borderline di Personalità.

Nel rivisitare il BPSm emergono almeno quattro aree di possibile ricerca/approfondimento:

- motivazioni storiche: nello sviluppo della storia delle teorie e delle idee in psichiatria/salute mentale, come situare il BPSm?
- determinanti sociali e psicosociali, aree di ricerca e loro prospettive;
- modelli di funzionamento sia psicopatologico che di cura nei quali si prova a definire il reciproco ruolo di fattori biologici, psicologici, sociali e loro predittività;
- ruolo del modello biopsicosociale nella organizzazione dei servizi di salute mentale.

Per ognuno degli argomenti citati, la letteratura è vasta (Sampogna et al., 2024), i colleghi che generosamente hanno contribuito con i loro articoli alla preparazione di questo numero di Errepiesse, ne hanno trattato numerosi aspetti. Per quanto attiene l'ultimo punto, l'organizzazione

dei servizi secondo i principi del BPSm, area di interesse attuale per il dibattito in salute mentale, rappresenterà argomento di dibattito della rivista, a partire dai suggerimenti del PANSM 2025-30, circa le proposte di razionalizzazione delle risorse e descrizione di modelli di disseminazione di saperi e buone pratiche.

Bibliografia

- [1] Bolton D. (2023). A revitalized biopsychosocial model: core theory, research paradigms, and clinical implications. *Psychological Medicine* 53, 7504-7511.
- [2] Bolton D., Gillett G. (2019). *The Biopsychosocial model of health and disease. New philosophical and scientific developments.* Palgrave Macmillan Springer.
- [3] Engel G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129-136.
- [4] Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544.
- [5] Felitti V.J. (1998). *Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study.* *Am J Prev Med* 1998;14(4), 245-258;
- [6] Ghaemi, S. N. (2010). *The rise and fall of the biopsychosocial model: Reconciling art and science in psychiatry.* Baltimore, M.D.: Johns Hopkins University Press.
- [7] Marmot M. (2005). *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity.* London: Bloomsbury Publishing.
- [8] Ingram, R. E., & Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-Stress Models. In B. L. Hankin & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 32-46). Sage Publications.
- [9] Mueser K.T., Deavers F., Penn D.L., Cassisi J.E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* 9, 465-97.

[10] Sampogna G., Brugnoli R., Fiorillo A. (2024). The Biopsychosocial model revised for Mental Health. In: Fiorillo A., De Giorgi S.: Social Determinants of Mental Health. Springer; van Rossum C, Shipley M.J., van de Mheen H., Globlee D.E., Marmot M. Employment grade differences in cause specific mortality: twenty-five follow-up of civil servants from the first Whitehall Study. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 178-84.

[11] Zubin J., Spring B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 86, 2, 103-126.

La CRPD: la nuova sfida della riabilitazione psicosociale

Lorenzo Burti

Università di Verona – Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (SIRP)

Abstract (italiano)

La Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD) segna un punto di svolta per la salute mentale e la riabilitazione psicosociale. Essa afferma il principio secondo cui ogni persona, indipendentemente dal tipo di disabilità, mantiene la piena capacità giuridica e il diritto di decidere per sé. L'Italia ha ratificato la CRPD con la Legge 18/2009 senza riserve interpretative, ma la sua applicazione è rimasta parziale e spesso paternalistica. Il presente contributo analizza le cause di questa resistenza, confrontando le posizioni critiche della psichiatria accademica (Appelbaum, Szmukler) con l'interpretazione del Comitato ONU nel *General Comment n.1* (2014). La CRPD non rappresenta un ostacolo alla riabilitazione, ma la sua realizzazione più alta: sposta il baricentro dalla protezione alla partecipazione, dalla cura alla cittadinanza. La sfida odierna consiste nell'attuazione concreta dei suoi principi, come già accadde con la Legge 180: non serve riformare, ma applicare. Evitando nuove esclusioni, si può chiudere la stagione della tutela e aprire quella dei diritti.

Abstract (English)

The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) marks a turning point for mental health and psychosocial reha-

bilitation. It asserts that every person, regardless of disability, retains full legal capacity and the right to make decisions for themselves. Italy ratified the CRPD through Law 18/2009 without interpretative reservations, yet its implementation remains partial and often paternalistic. This article analyses the reasons for such resistance, contrasting academic psychiatric criticism (Appelbaum, Szmukler) with the UN Committee's interpretation in *General Comment No.1* (2014). The CRPD is not a challenge to rehabilitation but its highest realization: it shifts focus from protection to participation, from care to citizenship. The true challenge today is to implement its principles, as happened with Italy's Law 180: there is no need to reform, but to apply. Without new exclusions, we can end the era of guardianship and open that of rights.

Parole chiave/Keywords

CRPD; diritti umani; riabilitazione psicosociale; capacità giuridica; salute mentale di comunità.

CRPD; human rights; psychosocial rehabilitation; legal capacity; community mental health.

Introduzione: una nuova generazione di diritti

Il 13 dicembre 2006, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha adottato a New York la Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD – *Convention on the Rights of Persons with*

Disabilities), approvata con la Risoluzione A/RES/61/106.

Questa Convenzione rappresenta una svolta storica nel riconoscimento delle persone con disabilità come soggetti titolari di pieni diritti, non come oggetti di protezione o intervento.

Le radici storiche: due secoli prima

A due secoli di distanza dalle grandi dichiarazioni che fondano la modernità giuridica:

- la Dichiarazione d'Indipendenza degli Stati Uniti d'America (4 luglio 1776), con l'affermazione solenne che tutti gli uomini "sono creati uguali" e "dotati dal loro Creatore di diritti inalienabili", tra cui la vita, la libertà e la ricerca della felicità;
- la Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo e del Cittadino (Francia, 1789), che proclama la libertà, l'uguaglianza e la sovranità popolare come diritti universali;

la CRPD estende finalmente questi principi alle persone storicamente escluse: chi ha disabilità psichiche, intellettive, sensoriali o fisiche.

È la terza rivoluzione dei diritti umani. E ci interpella direttamente, come professionisti, cittadini e esseri umani.

I contenuti essenziali della CRPD: un nuovo paradigma dei diritti umani

Sono stati necessari 230 anni per colmare il vuoto lasciato dalla prima Dichiarazione dei diritti dell'uomo (1776): le persone con disabilità sono finalmente riconosciute non più come oggetti di cura, ma come soggetti di diritto, dotati di pari dignità e potere decisionale.

Articolo 1: Scopo

Lo scopo della CRPD è esplicitamente enunciato fin dal primo articolo:

"Promuovere, proteggere e assicurare a tutte le persone con disabilità il pieno ed eguale godimento di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali, e promuovere il rispetto della loro intrinseca dignità."

La CRPD non inventa nuovi diritti, ma afferma che nessuno può esserne escluso in base alla disabilità – fisica, psichica, sensoriale o intellettiva.

Le innovazioni fondamentali

1. La disabilità come problema complesso di *interazione*, non come semplice deficit del "paziente designato"

La CRPD definisce la disabilità come un concetto dinamico, che nasce dall'interazione tra:

- menomazioni individuali;
- barriere ambientali, sociali e culturali che impediscono la piena partecipazione.

La disabilità non è un tratto fisso o patologico, ma un'esperienza situata nel tempo, mutevole secondo il contesto.

2. Superamento del modello medico

La Convenzione rifiuta il modello medico della disabilità, che vede le persone come oggetti di trattamento, protezione, pietà o controllo.

3. Affermazione del modello sociale

La CRPD promuove un modello sociale, in cui le persone con disabilità sono:

- soggetti di diritto a pieno titolo, su una base di uguaglianza con gli altri;
- titolari di capacità giuridica;
- e in grado di prendere decisioni, anche con il supporto di altri.

Due aree-chiave del mutamento di paradigma

1. La capacità giuridica non si perde

Ognuno mantiene il diritto:

- di gestire le proprie finanze;
- di decidere dove vivere e se votare;

- di sposarsi e crearsi una famiglia;
- di lavorare.

Lo Stato non può sostituirsi, ma ha il dovere di offrire supporto nel processo decisionale, quando necessario.

2. Il diritto di vivere nella comunità

La CRPD sancisce che vivere nella comunità è un diritto inalienabile, non condizionato alla dimostrazione di abilità.

Se una persona ha bisogno di supporto, lo Stato deve renderlo disponibile, senza rinchiuderla in istituzioni o residenze. Il principio è semplice: nessuna disabilità giustifica l'esclusione dalla cittadinanza attiva.

La CRPD è oggi recepita da oltre 185 Stati a livello globale. L'Italia ha aderito con la Legge 3 marzo 2009, n.18, ratificando sia la Convenzione sia il Protocollo opzionale, e contestualmente istituendo l'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità per monitorarne l'attuazione.

L'Italia ratifica la CRPD: un impegno pieno e senza riserve

L'Italia ha ratificato la Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità e ha recepito integralmente il testo della CRPD e del relativo Protocollo opzionale. Da quel momento, la Convenzione è entrata a pieno titolo nel nostro ordinamento giuridico.

Ciò che spesso si ignora – ma che è fondamentale per ogni discussione sul diritto e sulla prassi – è che l'Italia ha ratificato la CRPD senza avanzare alcuna riserva interpretativa, neppure sull'articolo 12. E questo è un punto dirimente.

L'articolo 12 è il cuore più innovativo – e più impegnativo – della CRPD. Esso stabilisce con chiarezza che tutte le persone, comprese quelle con disabilità intellettiva o psichica, conservano la loro piena capacità giuridica in ogni ambito

della vita: decidere dove vivere, se lavorare, con chi condividere l'esistenza, se curarsi o meno.

La Convenzione impone agli Stati di sostituire i modelli fondati sulla tutela o sulla sostituzione della volontà con modelli fondati sul supporto alla decisione: il cosiddetto *supported decision-making*.

Molti Paesi, nel momento di firmare la CRPD, hanno limitato l'impatto dell'articolo 12 con riserve o dichiarazioni interpretative. L'Italia non l'ha fatto.

Questo significa che il nostro Paese si è assunto l'obbligo giuridico – pieno e inequivocabile – di riformare ogni norma e prassi che attribuisca ad altri il potere di decidere al posto di una persona con disabilità.

Eppure, a distanza di anni, nel nostro ordinamento sono ancora in vigore istituti come l'interdizione e un uso spesso distorto e surrogante dell'amministrazione di sostegno, in evidente violazione degli impegni internazionali assunti.

L'assenza di riserve sull'articolo 12 è il nodo cruciale, il casus belli: non possiamo più considerarci semplicemente "in ritardo" nell'applicazione della CRPD.

Siamo inadempienti.

Valutazione critica della Legge 18/2009 e dei suoi sviluppi applicativi

1. Apparente conformità formale, ma sostanziale ambiguità

La Legge 18/2009 recepisce la CRPD e istituisce l'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, ma il suo impianto rimane amministrativo e medico-burocratico, non fondato sui diritti. È piuttosto una *libertà sotto tutela*: la CRPD viene trattata "come principio ispiratore, non come norma cogente", e non viene mai utilizzata per contestare provvedimenti coercitivi in ambito di amministrazione di sostegno. Ciò ha

consentito la sopravvivenza di pratiche di quella che da più parti è stata definita *detenzione civile senza reato* (residenze imposte, limitazione di contatti, sedazione).

2. L'“accompagnamento” come forma aggiornata di paternalismo

- Nel documento applicativo dell'art. 19 – *Schema di linee comuni per l'applicazione dell'articolo 19 della Convenzione ONU* – il linguaggio è apparentemente rispettoso della libertà di scelta, ma la prassi resta servizio-centrica: la persona è oggetto di “presa in carico”, non soggetto di autodeterminazione. Emerge piuttosto chiaramente un *bias assistenzialista*: la “presa in carico globale” e la “valutazione multidimensionale” rafforzano il potere tecnico-istituzionale;
- il diritto di rifiutare un progetto o un servizio non è mai riconosciuto;
- la libertà è condizionata alla validazione del sistema di servizi.

In sostanza, l'assistenza diventa surrogato della libertà.

Persistente medicalizzazione del dissenso

Già nel *Decreto 62/2024* di riforma del sistema disabilità, definito come passaggio “dal modello medico a quello biopsicosociale”, si può intravedere il rischio di una *nuova medicalizzazione della libertà*.

Il “progetto di vita partecipato” resta nelle mani delle unità di valutazione multidisciplinari, e la persona “fragile” non può realmente dissentire: la partecipazione è formalmente garantita, ma sostanzialmente eterodiretta. Vediamo più in dettaglio questo documento.

Le linee applicative dell'articolo 19: un modernismo di superficie?

Dopo la ratifica della Convenzione ONU con la Legge 18/2009, l'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ha elaborato uno *Schema di linee comuni per l'applicazione dell'articolo 19 della CRPD*.

Il documento, ispirato a un linguaggio apparentemente innovativo – “progetto di vita”, “valutazione multidimensionale”, “budget di progetto”, “approccio biopsicosociale” – si propone di garantire la piena partecipazione delle persone con disabilità alla vita della comunità.

A una lettura più attenta, tuttavia, emerge una contraddizione strutturale. Sebbene richiami la “centralità della persona”, il testo mantiene la logica della presa in carico, tipica del modello medico-amministrativo.

La libertà, invece di essere presupposta, viene concessa entro un percorso istituzionalmente validato: la persona “partecipa” al proprio progetto, ma solo entro i limiti definiti dalle unità di valutazione multidisciplinari, che restano le reali detentrici del potere decisionale.

Il diritto di rifiutare un progetto o di dissentire da un intervento non viene mai menzionato; la scelta è presunta, conforme a ciò che i servizi ritengono opportuno.

Il risultato è un modernismo di superficie, la terminologia è aggiornata, ma la struttura resta paternalistica.

L'inclusione viene “erogata”, non negoziata; la partecipazione è mediata, non autodeterminata. In tal modo, lo Stato si presenta come garante della libertà delle persone con disabilità, ma in realtà ne amministra la volontà, sostituendo la soggettività con l'assistenza.

Questa impostazione, lungi dal realizzare lo spirito della CRPD, rischia di istituzionalizzare una forma elegante di tutela: non più la tutela o

l'internamento esplicito, ma la *presa in carico globale* come cornice di un consenso presunto. È qui che la retorica della "vita indipendente" si rovescia nel suo contrario: un paternalismo di seconda generazione, più rispettoso nel linguaggio ma ancora fondato sull'idea che la fragilità richieda eterodirezione.

Conflitto con la Costituzione e con la CRPD

- L'art. 13 della Costituzione tutela la libertà personale, ma la sua clausola di eccezione ("nei soli casi e modi previsti dalla legge") è stata usata per giustificare restrizioni indefinite e non proporzionate
- L'art. 19 CRPD impone che le persone "non siano obbligate a vivere in una particolare sistemazione". Tuttavia, i documenti italiani parlano di "accoglienza", "presa in carico", "progetti di vita", mai di diritto al rifiuto o alla scelta negativa.

Diagnosi complessiva

L'ordinamento italiano, pur proclamando l'adesione alla CRPD, mantiene una struttura paternalistica, nella quale:

- la libertà è concessa, non presupposta;
- la partecipazione è mediata dal giudizio tecnico;
- il dissenso è trattato come sintomo da correggere.

Conclusione sintetica

L'Italia ha recepito la CRPD con la Legge 18/2009, ma ne ha neutralizzato la portata emancipativa. Le successive linee applicative trasformano la vita indipendente in un *programma di tutela* anziché in un *diritto di scelta*. Il risultato è un paternalismo di seconda generazione, più elegante nel linguaggio, ma ancora fondato sull'idea che la fragilità richieda eterodirezione.

L'editoriale di *World Psychiatry*: la preoccupazione del mondo clinico per l'"eccesso di diritti"

L'editoriale pubblicato su *World Psychiatry* nel 2019 da Paul Appelbaum è emblematico della reazione di chi, dal mondo clinico, percepisce l'articolo 12 della CRPD come un rischio per la pratica medica.

Con tono misurato ma inequivocabile, l'autore afferma che, se preso alla lettera, l'articolo 12 – e soprattutto la sua interpretazione da parte del Comitato delle Nazioni Unite – proibirebbe ogni forma di trattamento o ricovero involontario, anche nei casi in cui la persona si trovi in condizione di grave crisi psicotica o rischio di vita.

Appelbaum non nega l'importanza della CRPD, ma propone di "salvarla da sé stessa": secondo lui, una Convenzione che nega ogni possibilità di sostituzione della volontà potrebbe finire per lasciare senza protezione proprio le persone più vulnerabili.

Ciò che propone, in sostanza, è un ritorno a forme selettive di decisione per conto della persona, motivate dal criterio del "miglior interesse" e regolate da garanzie procedurali.

Ma è esattamente questa impostazione che la CRPD, e in particolare il General Comment n.1, rifiutano come discriminatoria.

L'editoriale riflette quindi una resistenza profonda del mondo accademico e psichiatrico clinico alla piena attuazione dell'articolo 12, in nome della "protezione" e dell'"urgenza clinica". Ma ciò che chiama urgenza, la CRPD lo legge come continuità del paternalismo.

L'articolo di Szmukler: la difesa della capacità mentale come criterio normativo

Ancora più esplicita è la posizione di George Szmukler, nel suo articolo pubblicato nello stesso

numero di *World Psychiatry*, significativamente intitolato: “Capacity”, “best interests”, “will and preferences” and the paradigm shift of Article 12 CRPD.

Szmukler mette in dubbio il fondamento stesso del General Comment n.1, sostenendo che non sia possibile garantire il rispetto della volontà e delle preferenze senza prima valutare la capacità mentale della persona.

Secondo lui, l'idea che tutti abbiano capacità giuridica in ogni momento, indipendentemente dalla condizione mentale, è irrealistica e pericolosa.

Pur dichiarandosi favorevole a un maggiore rispetto della persona, Szmukler difende con forza l'utilità del concetto di “incapacità mentale” come base per alcuni interventi coercitivi o surroganti, a condizione che siano regolati, proporzionati e temporanei.

È una posizione che elude la rivoluzione concettuale della CRPD: il diritto non chiede di “valutare” la mente, ma di riconoscere sempre la persona come soggetto giuridico pieno, anche quando le sue capacità cognitive sono compromesse.

In definitiva, Szmukler propone una mediazione che di fatto ripristina il modello medico, basato su diagnosi, giudizio esterno e sostituzione della volontà. Il suo articolo, pur ricco di riferimenti e buone intenzioni, non coglie il nucleo innovativo della CRPD: la separazione netta e non negoziabile tra capacità mentale e capacità giuridica.

Il General Comment n.1: la chiave interpretativa dell'articolo 12

Nel 2014, il Comitato delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità ha pubblicato il General Comment n.1, un documento fondamentale per comprendere il significato pieno e vinco-

lante dell'articolo 12 della CRPD, dedicato al riconoscimento universale della capacità giuridica.

Al centro di questo commento vi è una distinzione che, pur ovvia dal punto di vista giuridico, non è affatto scontata nella pratica clinica e nelle prassi assistenziali: la differenza tra capacità mentale e capacità giuridica:

- la capacità mentale riguarda le abilità cognitive o funzionali: comprendere, ragionare, fare scelte;
- la capacità giuridica, invece, è il diritto di esercitare i propri diritti e doveri davanti alla legge, indipendentemente dalle proprie abilità cognitive.

Secondo il Comitato, il fatto che una persona presenti una disabilità – psichica, intellettiva o sensoriale – non può mai giustificare la negazione della sua capacità giuridica. L'uso delle cosiddette “valutazioni di capacità mentale” per stabilire se qualcuno può decidere per sé è discriminatorio, e deve essere superato.

Questo implica una critica radicale a tutte le forme di sostituzione della volontà, comprese quelle pratiche oggi considerate “soft” come l'amministrazione di sostegno surrogante, che in Italia è diffusissima nella psichiatria di comunità. Al modello di sostituzione, la CRPD contrappone il modello del supporto alla decisione (*supported decision-making*): ogni persona ha diritto a ricevere aiuto per esprimere la propria volontà e le proprie preferenze, ma mai a essere esautorata da altri, neppure in buona fede o con intenti protettivi.

Il Comitato specifica anche che non è ammissibile ricorrere al criterio del “miglior interesse” (“best interests”) se questo comporta ignorare o scavalcare la volontà della persona. Semmai, quando la volontà non è esprimibile direttamente, si deve procedere con una interpretazione ragionevole delle preferenze presunte, cercando

indizi nella storia personale, nei legami, nei valori espressi nel tempo.

Il General Comment n.1 invita quindi gli Stati – e con essi giudici, psichiatri, operatori, famiglie – a superare radicalmente la logica della tutela e del controllo, in favore di una cultura del rispetto, dell'accompagnamento e della libertà.

È un cambiamento che non riguarda solo la legge, ma la concezione stessa della persona, della cura, della relazione professionale e della responsabilità.

Concetti chiave: Capacità giuridica vs Capacità mentale

Capacità giuridica:

- È il diritto di avere diritti (status giuridico) e di esercitarli (capacità di agire).
- È un diritto universale e innato, riconosciuto a ogni persona in quanto essere umano, comprese le persone con disabilità.
- Include la possibilità di stipulare contratti, possedere beni, votare, sposarsi, esprimere consenso per cure mediche, ecc.

Capacità mentale:

- Si riferisce alle abilità decisionali o cognitive, che possono variare nel tempo e in base a fattori ambientali/sociali.
- Non può mai giustificare la negazione della capacità giuridica.
- Il Comitato CRPD rifiuta le valutazioni della capacità mentale come criterio per attribuire o negare diritti giuridici.

Distinzione fondamentale: la capacità mentale è un concetto *funzionale*, mentre la capacità giuridica è un *diritto umano*.

La questione amministrativa della residenzialità psichiatrica

Al di là delle posizioni più o meno favorevoli alla CRPD, esiste oggi un nodo che non può essere

ignorato: la sostenibilità amministrativa e contabile della residenzialità psichiatrica.

Le comunità alloggio, nate come strumenti di passaggio verso l'autonomia, sono divenute nel tempo strutture a lungo termine, spesso senza un piano di uscita definito. Le cifre ufficiali variano a seconda delle fonti, ma convergono su un dato di fondo:

- 27.813 persone residenti in strutture residenziali psichiatriche italiane (Il Sole 24 Ore / Info-Data, 2021);
- 27.768 utenti secondo il *Rapporto Sistan* (con 10.575.255 giornate di presenza complessive);
- La *SIEP* evidenzia ampie differenze territoriali e un tasso medio di 3,4 strutture residenziali psichiatriche ogni 100.000 abitanti.

Inoltre, la residenzialità, pur accogliendo solo circa il 4% degli utenti psichiatrici complessivi, assorbe fino al 40% delle risorse economiche destinate alla salute mentale. In altri termini, una minoranza di utenti concentra la maggioranza dei fondi, sottraendoli a interventi di prevenzione, inclusione lavorativa e supporto alla vita indipendente.

Questo squilibrio non è solo contabile: è culturale. Consolida una psichiatria centrata sulla gestione della dipendenza anziché sull'emancipazione; su strutture chiuse invece che su opportunità aperte. Riapre, in forma più accettabile e silenziosa, il circuito istituzionale che la Legge 180 aveva inteso chiudere. Affrontare la questione della residenzialità significa dunque ridefinire le priorità del sistema: dall'assistenza continuativa alla riabilitazione orientata alla cittadinanza.

La CRDP: la nuova sfida della riabilitazione psico-sociale

Per il mondo medico e accademico, la CRPD può apparire – e in effetti viene spesso descritta – come un'inversione a 180 gradi rispetto alla

logica clinica tradizionale: una normativa che impone vincoli invece di offrire strumenti, che limita l'agire sanitario anziché guidarlo.

Ma per chi fa riabilitazione, questo non è un ribaltamento: è la prosecuzione del nostro mandato.

La definizione stessa di riabilitazione psicosociale, così come elaborata in ambito internazionale, include due assi portanti, inscindibili:

1. il potenziamento delle capacità personali della persona con disabilità – cognitive, relazionali, occupazionali;
2. e, altrettanto importante, l'abbattimento delle barriere sociali, ambientali e culturali che impediscono l'inclusione, l'autodeterminazione e la partecipazione piena alla vita.

Ecco allora che la CRPD non si oppone alla riabilitazione: ne è l'esplicitazione giuridica e politica più coerente.

Ci ricorda che il nostro lavoro non si esaurisce nel "fare qualcosa per" il paziente, ma si misura nella nostra capacità di lavorare con lui, sul piano dei diritti, delle scelte, delle responsabilità condivise.

In questo senso, la CRPD ci restituisce la parte più nobile e più trascurata del nostro ruolo: quella di costruttori di cittadinanza, mediatori sociali, facilitatori di dignità.

La sfida che ci propone è alta, certo. Ma anche l'occasione di rimettere al centro la persona, non come oggetto di trattamento, ma come protagonista della propria vita.

La CRPD è riabilitazione, secondo la stessa definizione SIRP

La Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (SIRP) ha dedicato negli anni grande attenzione alla definizione dei principi e delle finalità della riabilitazione. Secondo i suoi documenti ufficiali,

la riabilitazione psicosociale è un processo complesso e integrato, finalizzato non solo a migliorare le capacità funzionali della persona, ma anche a rimuovere gli ostacoli ambientali, relazionali, culturali e istituzionali che impediscono l'inclusione e la piena partecipazione alla vita sociale.

In questa prospettiva, la Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD) non rappresenta una deviazione, ma l'estensione logica e normativa di ciò che la riabilitazione già dichiara di voler essere. Anzi: essa offre il quadro giuridico e culturale più coerente per dare piena attuazione ai principi che la stessa SIRP ha storicamente promosso.

La CRPD riconosce che le disabilità non risiedono nella persona, ma nell'interazione tra la persona e un ambiente che ne impedisce l'autodeterminazione.

Ribadisce che ogni persona conserva capacità giuridica e diritto a decidere per sé, anche quando ha bisogno di supporto per farlo.

E ci chiede, come operatori, di passare dalla protezione alla negoziazione, dalla gestione alla co-costruzione dei percorsi.

La sfida non è teorica. Nel nostro Paese, oggi, quasi 30.000 persone vivono in comunità alloggio, circa un terzo di quanti erano internati nei manicomi al loro massimo sviluppo, negli anni 1960.

Se non vogliamo che la riabilitazione diventi una nuova forma di esclusione silenziosa, è tempo di riprendere il cammino che dopo la Legge 180 sembra segnare il passo, e completarlo con l'attuazione integrale della CRPD.

Un cambiamento semplice e geniale, alla maniera della Legge 180

La Legge 180 è stata una legge di genialità essenziale: non introduceva nuove terapie né nuo-

vi strumenti, ma una decisione limpida nella sua praticità: chiudere la porta di ingresso del manicomio. Da quel gesto politico e morale è scaturita una rivoluzione che nessun manuale di psichiatria avrebbe potuto produrre.

Oggi possiamo fare lo stesso con la CRPD. Non occorrono nuove strutture, protocolli o linee guida: basta una scelta amministrativa coerente. Smettere di collocare nuovi pazienti in comunità psichiatriche a tempo indeterminato, e avviare un percorso graduale per restituire diritti e libertà a chi vi risiede.

Come accadde dopo la 180, nessuno deve essere "buttato sulla strada". Si comincia dai potenziali nuovi ingressi: si accompagnano invece le persone verso soluzioni abitative più libere, e caso dopo caso, anno dopo anno, il sistema si trasforma da sé come è accaduto con la riforma del 1980.

La CRPD, come la 180, non chiede di inventare il futuro: chiede solo di aprire la porta giusta e chiudere quella sbagliata.

Bibliografia

- [1] Appelbaum, P. S. (2019). *Saving the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities – from itself*. *World Psychiatry*, 18(1), 36–37. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30600638>.
- [2] Comitato delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità. (2014). *General Comment No. 1: Article 12 – Equal recognition before the law*. Geneva: United Nations Digital Library. <https://digitallibrary.un.org/record/777291>
- [3] Ministero della Salute – Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). (2023, 18 gennaio). *Quanti posti letto abbiamo per i servizi di salute mentale? Il Sole 24 Ore – InfoData*. <https://www.infodata.ilssole24ore.com/2023/01/18/quant-posti-letto-abbiamo-per-servizi-di-salute-mentale>
- [4] Nazioni Unite. (2006). *Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD)*. New York: United Nations. <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/con-voptprot-e.pdf>

www.un.org/disabilities/documents/convention/con-voptprot-e.pdf

- [5] Repubblica Italiana. (2009). *Legge 3 marzo 2009, n. 18: Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e del Protocollo opzionale*. Gazzetta Ufficiale n. 61 del 14 marzo 2009.

https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2009;18&utm_source=chatgpt.com

- [6] Repubblica Italiana. (2024). *Decreto legislativo 3 aprile 2024, n. 62: Disposizioni in materia di disabilità, in attuazione della delega di cui all'articolo 2 della Legge 22 dicembre 2021, n. 227 (Legge delega sulla disabilità)*. Gazzetta Ufficiale n. 102 del 3 maggio 2024. <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2024;062>

- [7] Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (SIEP). (2023). *La residenzialità psichiatrica in Italia – Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica, n. 10*. <https://siep.it/wp-content/uploads/2023/06/QEP-10-2023.pdf>

- [8] Szmukler, G. (2019). 'Capacity', 'best interests', 'will and preferences' and the paradigm shift of Article 12 CRPD. *World Psychiatry*, 18(1), 34–41. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20584>

Nota sull'uso di strumenti digitali di supporto

Per la redazione e l'ottimizzazione stilistica di questo manoscritto l'autore si è avvalso, in modo trasparente e sotto il proprio controllo scientifico, del contributo di *ChatGPT (GPT-5, OpenAI)* come strumento di assistenza redazionale, senza che ciò abbia inciso sul contenuto teorico o interpretativo del testo.

Il modello biopsicosociale: effetti, limiti e prospettive

Antonello Bellomo, Sabrina Gammone

Università degli Studi di Foggia
Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale

Abstract

La Psichiatria attuale si muove, già da molti anni, nelle sue discussioni e valutazioni fra una visione biomedica (che definisce le malattie come disordini basati su alterazioni di natura neurobiologica) e una visione psicosociale (che considera l'esperienza soggettiva, i fattori mentali, psicologici, le strutture sociali, l'ambiente e la loro interazione come cause delle patologie psichiatriche). Il modello biopsicosociale (BPS), proposto da George L. Engel nel 1977, ha segnato una transizione significativa dal paradigma biomedico più integralista verso una medicina persona-centrata, che onora tutti i domini rilevanti della conoscenza con l'intento non solo di modificare la pratica clinica, ma anche di offrire una visione più ampia, generalizzata e non riduzionista del disturbo mentale.

Tuttavia, alcuni ricercatori di notevole spessore, come David e Roche, segnalano che, benché il modello BPS di Engel al giorno d'oggi sia molto influente, esso non abbia portato a un programma di ricerca ben definito. Alcune delle sue idee restano ancora incerte e sfumate, difficili da tradurre in pratica, e non sempre è chiaro *come* combinare i diversi livelli (biologico, psicologico, sociale) per definire diagnosi, causalità e trattamento delle malattie nei disordini di natura psichiatrica. Il presente editoriale analizza l'impatto del modello BPS nella pratica clinica, nella for-

mazione e nella ricerca sui disordini mentali, discutendone anche i principali limiti epistemologici e applicativi. Viene proposto un aggiornamento del modello alla luce delle sfide attuali, in primis il suo contributo allo sviluppo delle leggi della disabilità nel nostro Paese. In quest'ambito, si approfondisce la sua influenza circa l'evoluzione del concetto di disabilità e l'importanza delle influenze sociali sul funzionamento dell'individuo.

Parole chiave

Modello biopsicosociale; Engel; medicina persona-centrata; psichiatria; disabilità; ICF; WHODAS 2.0.

Introduzione

Il paradigma biomedico tradizionale, che prevedeva un diretto nesso di causalità tra l'eziologia, lo sviluppo e la manifestazione di una determinata patologia, nonché fondato sull'attribuzione della malattia a processi fisiopatologici oggettivabili, ha dominato la medicina del XX secolo.

Nel 1977, tuttavia, lo psichiatra e patologo americano George L. Engel, pubblicò nel "Journal Science" il suo articolo dal nome "La necessità di un nuovo modello medico: una sfida per la biomedicina", introducendo il termine di Modello Biopsicosociale [1]. Quest'ultimo, basato sugli studi effettuati in pazienti affetti da colite ulcerosa, depressione e dolore psicogeno, rappresen-

tava un'alternativa al precedente modello e una sfida radicale per la medicina [2].

Tale paradigma fu concepito come un approccio differente rispetto al comune approccio biomedico nella pratica clinica, comportando una visione più ampia e specifica delle malattie mentali [3]: secondo Engel, difatti, nella manifestazione delle malattie, soprattutto psichiatriche, vi è l'interazione di variabili biologiche, psicologiche e sociali. Questo concetto fu anticipato già nel 1936 da Hans Selye [4] che individuò la presenza di fattori psicogeni stressogeni in soggetti vulnerabili, con conseguenze dannose sulla salute, come potenziali cause, in associazione a fattori genetici e al contesto sociale degli individui, di un disfunzionamento dei sistemi di risposta allo stress in grado di determinare la manifestazione di malattia [2;4].

Peraltro, studi epidemiologici indicano che, per molte malattie, il rischio di sviluppo di tali condizioni non è determinato solo da fattori biologici ma vi è una complessa interazione tra fattori causali a livello biologico, psicologico e sociale [3].

Lo stesso Engel, però, non fornì i dettagli su come i fattori sociali, biologici e psicologici interagissero tra loro e si potessero combinare nella diagnosi, evoluzione e trattamento delle malattie mentali [5;6]; inoltre l'approccio biopsicosociale, secondo Engel, non è solo relativo alla causalità psichiatrica ma definisce anche l'evoluzione della malattia e la sua eventuale prevenzione/profilassi: per esempio Leff et al. [7;8]

studiarono la relazione tra il tasso di ricaduta di persone affette da Schizofrenia ed il loro contesto sociale, definendo l'importanza di un intervento sociale al fine di ridurre il tasso di ricaduta delle malattie psichiatriche.

A distanza di quasi cinquant'anni, il modello BPS continua a suscitare dibattiti e applicazioni trasversali, in particolare e soprattutto in ambito psichiatrico, psicologico e nella gestione delle cronicità. Nonostante le critiche cui è soggetto, per la sua complessità e mancanza di un quadro tecnico teorico circa il suo utilizzo e la sua funzione, fornisce ancora oggi un contributo alle politiche sanitarie ed è alla base delle linee guida di definizione della disabilità con il precedente sistema di Classificazione ICF, di marcata competenza clinica, che tiene conto dell'importanza dell'aspetto psicosociale nell'ambito valutativo, nonché con l'ultima versione del modello WHODAS, che entra dunque in una legge di Stato [9] e detta disposizioni in materia di sanità ed inclusione.

Aspetti storici: dal modello biomedico al modello BPS

Lungo i secoli, i paradigmi della salute hanno subito notevoli mutamenti. La Medicina Occidentale, con l'avvento della Rivoluzione Scientifica, ha sviluppato e utilizzato un approccio di tipo riduzionista fin dal XVI secolo [10;11] che prevedeva una sanità orientata verso una visione biomedica ove con il termine di "malattia" si intendeva la diretta correlazione tra una singola causa interna al corpo e la fenotipizzazione della malattia. Inoltre, considerava i disordini mentali come un insieme di problemi separati e non correlati rispetto alla precedente definizione di "malattia", definendo, pertanto mente e corpo come fenomeni tra loro separati, concetto che influenza ancora oggi l'assistenza sanitaria [12;13;14]. Un modello eziologico per i disturbi mentali che coinvolga fattori psicologici, biologici e socioculturali esiste dagli anni '40 del 1900 e ancor prima; infatti,

già in quest'epoca, il Journal of the American Medical Association sottolineò le debolezze dell'approccio scientifico biomedico nell'assistenza sanitaria [13] in quanto non era in grado, nemmeno nel XIX secolo, di spiegare malattie psichiatriche più frequenti e note come "l'isteria" [15].

L'introduzione del modello biopsicosociale risale al 1946, quando l'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), nella sua costituzione, adottò una nuova definizione di salute per definire l'importanza del binomio corpo-mente, secondo la quale essa è "uno stato di completo benessere fisico, mentale e non soltanto di assenza di malattia o infermità" [16]. In seguito, Roy R. Grinker, neuropsichiatra americano, nel 1964, utilizzò il termine "biopsicosociale" [17]. Qualche anno dopo, lo stesso Engel ribadì la necessità di introdurre il modello BPS nella pratica clinica, confermandolo come status quo della psichiatria contemporanea [11;1]. Nel 1978, Kleinman et al. [11] sostennero un'osservazione simile scrivendo che "i medici moderni diagnosticano e creano le malattie come anomalie nella struttura e nella funzione degli organi e dei sistemi del corpo, mentre i pazienti soffrono di malattie come esperienze di cambiamenti nello stato d'animo e nella funzione sociale, svalutati" ove con il termine <<svalutati>> questi ultimi intendevano il minor valore nella pratica clinica dei mutamenti sociali e soggettivi dell'individuo. Lo stesso Engel, come padre del modello BPS, sebbene non negasse che l'approccio riduzionista del modello biomedico avesse portato a progressi in diagnosi e trattamento di svariate condizioni patogene, anche potenzialmente letali per l'essere umano, era consapevole della necessità di utilizzare un approccio più completo che includesse anche la sfera sociale e psicologica dell'individuo.

A conferma di ciò, alcuni studi etnografici evidenziano che molte delle malattie sono causate da problematiche psicosociali [18] e, sebbene il modello biomedico rimanga dominante nella definizione pubblica letteraria di malattia, le sue debolezze sono molte. [19]. Nel corso del tempo sono stati ipotizzati anche altri modelli in grado di definire la salute e lo stato di malattia [20;21], ma il modello psicosociale è rimasto il più efficace sia negli interventi di salute fisica che mentale e nei progetti socioeducativi; è stato ampiamente accettato dalle scienze mediche, dalla psicologia della salute e dalle scienze dell'educazione. Come sostiene Gatchel, ogni intervento "che si concentra solo su uno di questi insiemi di fattori fondamentali sarà incompleto" [22]; peraltro, le più recenti normative e linee guida internazionali [23] si basano su approcci integrati finalizzati ad una maggiore qualità degli interventi ed un'efficienza operativa in situazioni complesse e utilizzano tale approccio al fine di sostenere una medicina personalizzata [24;25; 26].

Per questi motivi l'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS) [27] ha promosso questo modello all'interno della ricerca d'interventi sanitari e socioassistenziali complessi: nel 2002 essa, infatti, ha pubblicato la Classifica Internazionale del Funzionamento, Disabilità e Salute esplicitamente basata sul modello BPS [28] per strutturare le linee guida cliniche sia per gli adulti sia per bambini e adolescenti definendo il modello ICF, attualmente sostituito dal modello WHO-DAS che mantiene la traiettoria del precedente ma presenta peculiarità specifiche.

Validità e utilizzo: la Classificazione Internazionale del Funzionamento, Disabilità e Salute

Sebbene il modello biopsicosociale sia soggetto a criticità, il suo utilizzo nei sistemi di classificazione e nelle linee guida lo supporta come mo-

dello analitico e di misurazione. Esso costituisce, ad esempio, la base di definizione di due misure di complessità quali INTERMED [29] e OCCAM [30], Oxford Case Complexity Assessment Measure, entrambi approcci di valutazione della complessità delle cure assistenziali del paziente; sostiene un'assistenza persona-centrata [25;31;32] che ha quindi come focus l'individuo in tutte le sue sfaccettature ed è anche la base del processo di definizione degli obiettivi utilizzato in riabilitazione [12;15]; fornisce supporto nell'utilizzo di trattamenti come la terapia cognitivo-comportamentale che si concentra sulle alterazioni del contesto sociale dell'individuo ed è ampiamente utilizzato nella gestione e/o ricerca di condizioni invalidanti [15].

In merito a quest'ultima tematica, il modello biopsicosociale è il caposaldo da cui si è sviluppata la Classifica Internazionale del Funzionamento, Disabilità e Salute (ICF) promossa nel 2002 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Con il termine "Disabilità" si intende una duratura compromissione fisica, mentale, intellettuale del neurosviluppo o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita e inficiare il concetto di "uguaglianza" con gli altri. Ancor prima di quest'ultima classificazione, la stessa WHO aveva già sviluppato la cosiddetta ICIDH, Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap (international Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) pubblicata per la prima volta nel 1980 con finalità riabilitativa [28], che tuttavia aveva limitazioni riguardanti la scarsa considerazione dei fattori ambientali e sociali, ovvero non era aderente alla visione metafisica del modello BPS.

La classificazione ICF è, invece, il comune denominatore di tre processi sequenziali quali la de-

scrizione del funzionamento, l'accertamento della disabilità e la redazione del piano educativo individuale ed è lo strumento operativo che traduce questi ultimi nella pratica, fornendo una classificazione standardizzata per descrivere il funzionamento umano, le disabilità e i fattori contestuali (ambientali e personali) che influenzano la salute di una persona. Non si concentra solo sulla condizione medica (biologico), ma analizza anche gli aspetti psicologici e l'ambiente sociale in cui vive la persona, vedendo la disabilità come una conseguenza della complessa interazione tra la noxa patogena effettiva e i fattori contestuali.

Il modello ICF distingue cinque tipi di fattori ambientali come prodotti e tecnologia, ambiente naturale e modificazioni umane dell'ambiente, supporto e relazioni, atteggiamenti, servizi, sistemi e politiche. A ciò si aggiungono i fattori personali di capacità/performance che, con i fattori ambientali, sono definiti come "fattori contestuali" e possono inficiare sul funzionamento della persona nel caso vi siano cambiamenti nella funzione/struttura corporea.

Sebbene abbia la sua validità, non è difatti eluso da critiche; quest'ultimo è soggetto a difficoltà e la più attuale sarebbe il concetto di *partecipazione*, [33] ovvero il ruolo sociale o lo status sociale di una persona. Si riferisce al significato attribuito dagli altri sul comportamento di una persona in un particolare contesto sociale (il suo ruolo) e, più in generale, nel tempo (il suo status). Il modello ICF omette anche la qualità di vita dell'individuo ma ciò non è misurabile facilmente. A ciò si aggiunge la possibilità che tutti gli individui possano rinormalizzarsi col tempo anche in presenza di disabilità persistenti [34;35].

Nuove prospettive: WHODAS 2.0

Come già ampiamente discusso in precedenza, la Classificazione ICF e il modello BPS integrato su cui si basa rappresentano una visione multidimensionale della salute, utilizzabile per tutti gli individui indipendentemente dalla loro condizione di salute, il grado e la causa, favorendo un linguaggio comune accessibile a livello internazionale.

Tuttavia, è soggetto a criticità che riguardano principalmente la difficoltà nel categorizzare i fattori personali non legati alla salute, di natura prettamente socio-ambientale, che risultano fondamentali nell'eziopatogenesi dei disordini mentali. Manca di un sistema supportivo per i fattori individuali e presenta il rischio di una prospettiva "antipedagogica" se venisse applicato rigidamente come puro strumento di classificazione, trascurando la potenzialità e soggettività dell'individuo. Inoltre, l'eccessiva enfasi sull'interazione tra le condizioni di salute e le barriere ambientali, che risulta essere il punto di forza dell'ICF ed il limite primitivo del vecchio modello ICIDH, potrebbe portare a sottovalutare l'importanza di fattori non sanitari, come quelli socio-economici o culturali, che influenzano la partecipazione sociale.

Al fine di evitare la standardizzazione eccessiva del modello ICF adottando un'ottica personalizzata e flessibile, capace di cogliere le specificità dell'individuo e andando oltre la mera classificazione delle menomazioni e delle disabilità, l'OMS ha sviluppato un nuovo modello, basato sull'approccio olistico del modello BPS e sugli strumenti del modello ICF, identificato come modello WHODAS 2.0.

Il modello WHODAS 2.0, versione più recente, adattabile culturalmente e standardizzata del WHODAS originale nonché più vicina al modello ICF precedente [36], si traduce in un questionario

misurabile, formato da trenta domande che può essere applicato in diversi formati per usi multipli, come interviste cliniche e telefoniche, mentre i test adattativi telematici risultano ancora in fase di progettazione; può essere utilizzato in sondaggi e contesti di ricerca clinica nonché a generare informazioni utili per valutare i bisogni di salute e l'efficacia degli interventi e per ridurre l'impatto della disabilità; per tutti i suoi domini, fornisce un profilo e una misura sintetica del funzionamento e della disabilità, affidabili ed applicabili in tutte le culture [37].

Quest'ultimo rappresenterebbe un passaggio dalla classificazione teorica alla misurazione pratica della disabilità ed è più informativo nella valutazione della funzionalità nelle persone affette da disturbi mentali [27] e si avvale dell'analisi di sei domini dell'individuo [38] quali cognizione (comprensione e comunicazione), mobilità (capacità di muoversi e spostarsi), cura di sé, convivenza (capacità di interagire con gli altri), attività di vita (capacità di svolgere le responsabilità), partecipazione nella società (capacità di impegnarsi in attività comunitarie, civili e ricreative). Tutti gli ambiti sono stati sviluppati a partire da un insieme completo di item ICF e realizzati in modo da corrispondere direttamente alla dimensione "attività e partecipazione dell'ICF" applicabile a qualsiasi condizione di salute. È ad oggi, secondo la task force del Manuale Statistico Diagnostico dei Disturbi Mentali DSM-5 TR, la principale autorità per le diagnosi psichiatriche, il metodo migliore di valutazione della disabilità [39] in termini pratici e del funzionamento dei soggetti affetti da malattie psichiatriche. Recenti studi su campioni di soggetti affetti da Disturbo Bipolare mirati a valutare il funzionamento globale ed il loro tasso di occupazione [40] hanno evidenziato la capacità discriminante del WHODAS 2.0 ritenendo che

quest'ultimo includa una serie di variabili che generalmente risultano associate allo stato occupazionale e sono le stesse associate alla disabilità.

Nonostante la sua validità ed affidabilità, anch'essa è soggetta a limitazioni. Tiene conto dei principali domini del modello ICF ma esclude l'importanza delle forme di disabilità dovute a menomazioni corporee e non include i fattori ambientali, sebbene ad oggi siano in corso ricerche per sviluppare un modello aggiuntivo che comprenda le menomazioni corporee [41;36]. Peraltro, è applicabile solo alla popolazione adulta ed anche in quest'ambito sono stati avviati lavori per sviluppare una versione WHODAS 2.0 per bambini e ragazzi [36; 42]

Inoltre, il modello WHODAS 2.0, che prevede la suddivisione in due sole classi di disabilità, influenza l'assegnazione dei sostegni abbandonando l'importanza dell'oggettività e lascia ampio margine alla valutazione locale delle commissioni in maniera meramente soggettiva. Sebbene permetta una valutazione complessiva generale del soggetto in modo dinamico, è difficilmente interpretabile e non definisce un singolo metro univoco di valutazione che influisce sulle determinazioni dei sostegni e delle maggiorazioni di invalidità, creando incertezza per il cittadino e per i servizi di assistenza.

Nonostante ciò, è oggi in Italia il nuovo strumento nazionale di valutazione della disabilità introdotto dal Decreto Legislativo 62/2024, attuativo della legge delega sulla disabilità (L.223/2021), per l'accertamento delle condizioni di disabilità, che si integra con la procedura per la Legge 104/92, la quale stabilisce ancora oggi i diritti ed i benefici per le persone con disabilità. Il WHODAS 2.0 valuta il funzionamento e l'impatto della disabilità sulla vita quotidiana supportando così

l'accertamento della condizione e la concessione delle prestazioni. [43]

Con il modello WHODAS 2.0, è attualmente possibile richiedere la valutazione della disabilità senza visita medica, in maniera telematica, basandosi solo sui documenti presentati, limitando tuttavia la valutazione diretta dell'individuo ma d'altro canto considerando concretamente come la condizione clinica incida sulla vita reale della persona.

Conclusioni

Il modello biopsicosociale di Engel, che si discosta fortemente dalla visione riduzionista biomedica della "malattia" è attualmente il modello medico più utilizzato per definire un nuovo concetto di salute e malattia, a cui ci si avvicina in maniera olistica, più globale. In ambito psichiatrico, è il metro principale di definizione della causalità psichiatrica e della sua evoluzione ed è la base di sviluppo dei modelli ICF e WHODAS.

Il modello WHODAS 2.0, versione più recente e standardizzata del WHODAS originale ed evoluzione moderna del modello ICF precedente, si traduce in un questionario misurabile, costituito da trenta domande, che può essere applicato in diversi formati per usi multipli; può essere utilizzato in sondaggi e contesti di ricerca clinica nonché generare informazioni utili per valutare i bisogni di salute e l'efficacia degli interventi e per ridurre l'impatto della disabilità; per tutti i suoi domini, fornisce un profilo e una misura sintetica del funzionamento e della disabilità, affidabili ed applicabili in tutte le culture.

Bibliografia

[1] Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-36. DOI: [10.1126/science.847460](https://doi.org/10.1126/science.847460).

- [2] Papadimitrou G. The "Biopsychosocial Model": 40 years of application in Psychiatry. Article in Modern Greek 2017; 1453-. DOI: [10.22365/jpsych.2017.282.107](https://doi.org/10.22365/jpsych.2017.282.107)
- [3] Davies W, Roache R, Savulescu J. Reassessing Biopsychosocial Psychiatry. Oxford University, The British Journal of Psychiatry 2017; 210, 3-5. DOI: [10.1192/bjp.bp.116.182873](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182873)
- [4] Selye H. Stress and the General Adaptation Syndrome, British Medical Journal 1950;1:1383 DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.1.4667.1383>
- [5] Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. The British Journal of Psychiatry 2009; 195: 3-4.; DOI: [10.1192/bjp.bp.109.063859](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.063859).
- [6] McClaren N. Acritical review of the biopsychosocial model. Aust NZ J Psychiatry 1998; 32: 86-92. DOI: [10.3109/00048679809062712](https://doi.org/10.3109/00048679809062712)
- [7] Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Vries R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. Br J Psychiatry 1982; 141: 121-34.; DOI: [10.1192/bjp.141.2.121](https://doi.org/10.1192/bjp.141.2.121).
- [8] Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two-year follow-up. Br J Psychiatry 1985; 146: 594-600 DOI: [10.1192/bjp.146.6.594](https://doi.org/10.1192/bjp.146.6.594).
- [9] Decreto Legislativo n.62 3/05/2024 – Normativa il portale della legge vigente, Presidenza del Consiglio dei Ministri. [https://www.normattiva.it/urires/N2Ls?urn:nir:stato:decretologislativo:2024;62~:art31#~:text=La%20dotazione%20del%20Fondo%20è,progetti%20di%20vita%20del%20territorio.&text=popolazione%20residente\),,confluisciono%20nel%20budget%20di%20progetto](https://www.normattiva.it/urires/N2Ls?urn:nir:stato:decretologislativo:2024;62~:art31#~:text=La%20dotazione%20del%20Fondo%20è,progetti%20di%20vita%20del%20territorio.&text=popolazione%20residente),,confluisciono%20nel%20budget%20di%20progetto).
- [10] Wootton D. The invention of science: a new history of the scientific revolution. Penguin Books, London 2016.
- [11] Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. Soc Sci Med 1978; 12: 85-93. DOI: [10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5).
- [12] Wade DT. Why physical medicine, physical disability and physical rehabilitation? We should abandon Cartesian dualism. Clin Rehabil 2006; 20: 185-190.; DOI:[10.1191/0269215506cr952ed](https://doi.org/10.1191/0269215506cr952ed).
- [13] Meyer A. Progress in teaching psychiatry. J Am Med Assoc 2017; 69: 861-862. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.10486>
- [14] Menninger RW. Editorial: psychiatry 1976: time for a holistic medicine. Ann Intern Med 1976; 84: 603-604. DOI: [10.7326/0003-4819-84-5-603](https://doi.org/10.7326/0003-4819-84-5-603).
- [15] Derick T Wade, Peter W Halligan: The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. Clin. Rehabil 2017; 995-1004. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269215517709890>
- [16] Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 22 Luglio 1946 <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- [17] Grinker R.S. A struggle for eclecticism. American Journal of Psychiatry 1964 , pp 451-457. DOI: [10.1176/a-jp.121.5.451](https://doi.org/10.1176/a-jp.121.5.451).
- [18] Murdock GP. Theories of illness: a world survey. Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press, 1980, http://digital.library.pitt.edu/cgi-bin/t/text/text-idx?c=pitt_press;iel=2;view=toc;idno=31735057894937
- [19] Johnson SB. Increasing psychology's role in health care research and health care. Am Psychol 2013; 68: 311-321. DOI: [10.1037/a0033591](https://doi.org/10.1037/a0033591).
- [20] Oliver M. *Social work with disabled people*. Basingstoke: The MacMillan Press, 1983.
- [21] Minaire P. Disease, illness and health: theoretical models of the disablement process. Bull World Health Organ 1992; 70: 373-379. PMID: [PMC2393270](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13735057894937/)
- [22] Gatchel RJ and Turk DC. Criticisms of the biopsychosocial model in spine care: creating and the attacking a straw person. Spine 2008; 33: 2831-2836. DOI: [10.1097/BRS.ob013e31817d24ad](https://doi.org/10.1097/BRS.ob013e31817d24ad).
- [23] Intercollegiate Stroke Working Party. National clinical guideline for stroke. 5th ed. London: Royal College of Physicians, 2017. [https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5t-\(1\).aspx](https://www.strokeaudit.org/SupportFiles/Documents/Guidelines/2016-National-Clinical-Guideline-for-Stroke-5t-(1).aspx)
- [24] Van de Velde D, Eijkelkamp A, Peersman W, et al. How competent and healthcare professionals in working according to a bio-psycho-social model in healthcare? The current status and validation of a scale. PLoS One. 2016. DOI: [10.1371/journal.pone.0164018](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164018).
- [25] Smith RC, Fortin AH, Dwamena F, et al. An evidence-based patient-centred method makes the biopsychosocial model scientific. Patient Educ Couns 2013; 91: 265-270. DOI: [10.1016/j.pec.2012.12.010](https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.12.010).
- [26] Wade DT. Rehabilitation – a new approach: overview and part one: the problems. Clin Rehabil 2015; 29: 1041-1050. DOI: [10.1177/0269215515601174](https://doi.org/10.1177/0269215515601174).
- [27] World Health Organisation. *Towards a common language for functioning, disability and health*. World

- Health Organisation, 2002, <http://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf?ua=1> (accessed 18 March 2017).
- [28] WHO, "ICIDH International Classification of Impairment, Disability and Handicap", Geneva 1980
- [29] Van Eck van der Sluis JE, de Vroege L, van Manen AS, et al. Complexity assessed by the INTERMED in patients with somatic symptom disorder visiting a specialised outpatient mental care setting: a cross-sectional study. *Psychosomatics*. Epub ahead of print 21 February 2017. DOI: 10.1016/j.psych.2017.02.008.
- [30] Troigros O, Bejot Y, Rodriguez PM, et al. Measuring complexity in neurological rehabilitation: the Oxford Case Complexity Assessment Measure (OCCAM). *Clin Rehabil* 2014; 28: 499–507. DOI: 10.1177/0269215513505300
- [31] Kitson A, Marshall A, Bassett K, et al. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *J Adv Nurs* 2012; 69: 4–15.; DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x.
- [32] Van Dulmen SA, Lukersmith S, Muxlow J, et al. Supporting a person-centred approach in Clinical Guidelines. A position paper of the Allied Health Community – Guidelines International Network (G-I-N). *Health Expect* 2013; DOI: 10.1111/hex.12144.
- [33] World Health Organisation. *Towards a common language for functioning, disability and health*. World Health Organisation, 2002, <http://www.who.int/classifications/icf/icfbeginnersguide.pdf?ua=1> (accessed 18 March 2017)
- [34] Barclay-Goddard R, King J, Dubouloz CJ, et al.; on behalf of the Response Shift Think Tank Working Group. Building of transformative learning and response shift theory to investigate health-related quality of life changes over time in individuals with chronic health conditions and disability. *Arch Phys Med Rehabil* 2012; 93: 214–220.; DOI: 10.1016/j.apmr.2011.09.010.
- [35] Barclay R and Tate RB. Response shift recalibration and reprioritization in health-related quality of life was identified prospectively in older men with and without stroke. *J Clin Epidemiol* 2014; 67: 500–507. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2013.12.003
- [36] T Bedirhan Ustün, Somnath Chatterji, Nenad Kostanjsek, Jürgen Rehm, Cille Kennedy, Joanne Epping Jordan, Shekhar Saxena, Michael von Korff, Charles Pull. *Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 Bull World Health Organ* 2010 DOI: <https://doi.org/10.2471/blt.09.067231>
- [37] L Nuño, M Barrios, E Rojo, J Gómez-Benito, G Guilera. *Validation of the ICF Core Sets for Schizophrenia from the perspective of psychiatrists: An International Delphi Study. J Psychiatr Res.* 2018; 103:134-141. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2018.05.012.
- [38] Federici, S.; Bracalenti, M.; Meloni, F.; Luciano, J.V. World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disabil. Rehabil.* 2017, 39, 2347–2380. DOI: 10.1080/09638288.2016.1223177
- [39] Cornelius, L.R.; van der Klink, J.J.; de Boer, M.R.; Groothoff, J.W.; Brouwer, S. Predictors of functional improvement and future work status after the disability benefit claim: A prospective cohort study. *J. Occup. Rehabil.* 2014, 24, 680–691. DOI: 10.1007/s10926-014-9500-2.
- [40] Kessler, R.C.; Akiskal, H.S.; Ames, M.; Birnbaum, H.; Greenberg, P.; Hirschfeld, R.M.; Jin, R.; Merikangas, K.R.; Simon, G.E.; Wang, P.S. Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *Am. J. Psychiatry* 2006, 163, 1561–1568. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.9.1561.
- [41] Ustun TB, Konstanjek N, Chatterji S, Rehm J. *Measuring health and disability: manual for WHO disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)*. World Health Organization; 2010. [https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-\(whodas-2.0\)](https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-(whodas-2.0))
- [42] World Health Organization. *International classification of functioning, disability and health: children and youth version*. Geneva: WHO; 2007
- [43] *vademecum per la somministrazione del WHODAS 2.0 (D.L.gs 62/2024)*

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 multisettoriale 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 nell'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 riacacerbazione 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.

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 WA. (2004) The recovery effect. *Psychiatr Rehabil J. Spring*;27(4):303-4.
- [2] Anthony WA. (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 AG. (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.

Dal dato alla cura: verso una salute mentale digitale, integrata e centrata sulla persona. Il nuovo Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato digitale del DSM Lecce come modello di integrazione clinica e One Health

Simona Mazza¹, Maria Fontana¹, Marica Caputo¹, Chiara Reho², Tiziana De Donatis², Elio Serra³, Serafino De Giorgi⁴

¹Settore RPS - DSM ASL Lecce

²CSM ASL Lecce

³CSM Nardò-Galatina - ASL Lecce

⁴DSM ASL Lecce

Abstract

L'articolo analizza il processo di trasformazione digitale in salute mentale, con particolare riferimento all'esperienza del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) della ASL Lecce, ponendo al centro della dimensione Riabilitazione Psicosociale il ruolo strategico del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (P.T.R.P.). La digitalizzazione del P.T.R.P., concepita come evoluzione del modello cartaceo, rappresenta un passaggio cruciale per migliorare la qualità dei dati clinici, rafforzare la continuità assistenziale e supportare una *governance* basata sulle evidenze. Il nuovo P.T.R.P. digitale, aggiornato nel 2025, integra valutazioni standardizzate (ICF, WHODAS 2.0, PROMs, PREMs), dati socio-demografici ampliati e una sezione dedicata alla *patient satisfaction*, con l'obiettivo di rendere misurabili gli esiti riabilitativi e aumentare la partecipazione attiva della persona nel percorso di cura.

L'analisi dei dati 2024 del Sistema Informativo Salute Mentale (S.I.S.M.) evidenzia una rilevante disomogeneità nella registrazione delle prestazioni, nella tracciabilità dei percorsi e nella rappresentazione della domanda di cura tra province e *setting* assistenziali. Le criticità emerse – frammentazione documentale, uso non omogeneo delle codifiche, limitata integrazione tra progettualità terapeutica e registrazioni – confermano la necessità di un'infrastruttura digitale capace di

collegare obiettivi, interventi e *outcomes*. In tale prospettiva, la digitalizzazione del P.T.R.P. costituisce un pre-requisito per l'evoluzione del Servizio Informativo per la Salute Mentale (SISM) verso una futura Cartella Clinica Elettronica (CCE) interoperabile, conforme agli standard HL7-FHIR e integrabile con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Collocato all'interno del paradigma *One Health*, il modello proposto riconosce l'interdipendenza tra determinanti clinici, sociali e ambientali, valorizzando il dato come strumento di comprensione e decisione. La tecnologia, lungi dal sostituire la relazione terapeutica, ne amplifica la qualità, restituendo alla documentazione clinica un ruolo epistemologico, etico e operativo. L'integrazione tra P.T.R.P. digitale, SISM e CCE delinea così un ecosistema di salute mentale più equo, trasparente e centrato sulla persona, in cui la conoscenza diventa parte integrante del processo di cura.

Abstract (English)

This article analyses the digital transformation process in mental health, focusing on the experience of the Mental Health Department (DSM) of the Lecce Local Health Authority and the strategic role of the Personalised Therapeutic Rehabilitation Project (P.T.R.P.) in psychosocial rehabilitation. The digitisation of the P.T.R.P., seen as an

advancement from the paper model, is a vital step in enhancing the quality of clinical data, strengthening continuity of care, and promoting evidence-based governance. The updated digital P.T.R.P. (2025) integrates standardised assessments (ICF, WHODAS 2.0, PROMs, PREMs), expanded socio-demographic data, and a patient satisfaction section. This aims to make rehabilitation outcomes measurable and increase active patient participation in the care pathway. Analysis of 2024 Mental Health Information System (SISM) data highlights significant inconsistencies in service recording, pathway traceability, and care demand representation between provinces and settings.

The critical issues that have emerged, such as fragmented documentation, inconsistent coding and limited integration between therapeutic planning and records, confirm the need for a digital infrastructure that can link objectives, interventions and outcomes. Digitising the PTRP is therefore essential if the Mental Health Information Service (SISM) is to evolve into an interoperable Electronic Health Record (EHR) that complies with HL7-FHIR standards and can be integrated with the Electronic Health File (FSE). Within the One Health paradigm, the proposed model recognises the interdependence of clinical, social and environmental factors, viewing data as a tool for understanding and decision-making. Rather than replacing the therapeutic relationship, technology enhances its quality, restoring an epistemological, ethical and operational role to clinical documentation. The integration of the digital PTRP, SISM and EHR outlines a more equitable, transparent and person-centred mental health ecosystem, in which knowledge is an integral part of the care process.

Parole chiave: Salute mentale digitale; P.T.R.P. digitale; Sistema Informativo Salute Mentale (SISM); Riabilitazione psichiatrica; Continuità assistenziale; Patient satisfaction; Outcomes clinici; One Health.

Keywords: Digital mental health; Digital PTRP; Mental Health Information System (MHIS); Psychiatric rehabilitation; Continuity of care; Patient satisfaction; Clinical outcomes; One Health approach.

La transizione digitale in sanità non è soltanto una questione tecnologica: rappresenta una trasformazione culturale profonda, che ridisegna il modo di pensare la cura, la relazione terapeutica e l'organizzazione dei servizi. In psichiatria, questa evoluzione non si limita a migliorare la gestione dei dati, ma può incidere sul modo stesso in cui si concepisce la riabilitazione, integrando conoscenze cliniche, evidenze scientifiche e partecipazione attiva della persona.

Il punto di partenza di questo percorso è stato un lavoro di ascolto, un'indagine sulla *patient satisfaction* condotta presso il Centro di Salute Mentale (CSM) di Nardò. L'obiettivo era semplice ma cruciale: comprendere come le persone che fruiscono dei servizi percepiscano l'accoglienza, la continuità terapeutica e la loro partecipazione alle decisioni di cura. I risultati hanno restituito un dato inequivocabile: la tecnologia è già presente nella vita quotidiana degli utenti, ma resta marginale nei percorsi terapeutici.

Da questa osservazione è maturata una riflessione più ampia: perché ciò che le persone utilizzano ogni giorno non può diventare anche uno strumento ausiliario nel progetto di cura? È da questo interrogativo che prende forma la visione della digitalizzazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (P.T.R.P.), il cuore della presa in carico riabilitativa, e della sua progressiva integrazione nel Sistema Informativo Salute Mentale (SISM), con la prospettiva, in un futuro

prossimo, di un'evoluzione verso una Cartella Clinica Elettronica interoperabile (CCE).

Questa piattaforma, concepita come ambiente unico per i servizi territoriali e ospedalieri del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e per le strutture residenziali, consentirebbe un dialogo continuo con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), garantendo tracciabilità, sicurezza dei dati e conformità al Regolamento UE 2016/679 e alle linee guida dell'Agenzia per l'Italia Digitale.

L'obiettivo finale sarebbe quello di misurare, con strumenti standardizzati, l'efficacia dei percorsi riabilitativi e la qualità percepita dagli utenti, superando l'approccio meramente descrittivo per restituire alla documentazione clinica un valore realmente terapeutico.

Un progetto di questo tipo unirebbe *governance* e umanizzazione, trasformando i dati in conoscenza e la conoscenza in cura. È questa la traiettoria che descrive il passaggio "dal dato alla cura": un processo nel quale l'informazione non si limita a descrivere la realtà clinica, ma diventa strumento di comprensione, equità e umanizzazione. Quando la gestione delle informazioni si fonda sulla comprensione, non rappresenta più un atto amministrativo, ma parte integrante del processo terapeutico.

Questo approccio consente di ricostruire il continuum assistenziale nella sua interezza, tracciando il percorso sanitario della persona attraverso tutti i *setting* di cura e costruendo indicatori condivisi di struttura, processo ed esito. Tali indicatori permetterebbero confronti affidabili tra territori, promuovendo pratiche di *benchmarking* e l'identificazione di *best practice* replicabili.

Oggi molti di questi dati già esistono — nei flussi del SISM, nei questionari, nei P.T.R.P. cartacei — ma vivono separati. La sfida non è più produrre nuovi dati, ma integrarli, metterli in relazione e restituirli come valore clinico, organizzativo e

umano. Immaginare la salute mentale digitale significa questo: non sostituire la relazione terapeutica, ma amplificarla attraverso la conoscenza che i dati generano.

Questa visione si colloca pienamente nel paradigma *One Health*, che riconosce l'interconnessione tra salute mentale, fisica, sociale e ambientale. Ogni intervento in salute mentale produce ricadute non solo sull'individuo, ma sull'intero ecosistema sociale. La digitalizzazione, in questa prospettiva, diventa lo strumento per ricostruire tali connessioni, restituendo ai professionisti una visione unitaria della persona e della comunità, e promuovendo una cultura della cura fondata su equità, trasparenza e conoscenza condivisa.

Background e quadro normativo

Negli ultimi anni, il sistema sanitario italiano ha attraversato una trasformazione profonda, determinata dall'intreccio di tre grandi processi: l'evoluzione culturale della salute mentale, la digitalizzazione dei sistemi sanitari e le riforme organizzative della pubblica amministrazione. Si tratta di dinamiche interdipendenti che, sommandosi, hanno ridefinito il modo in cui si intendono la presa in carico, la continuità assistenziale e il governo dei servizi.

L'evoluzione culturale della salute mentale ha rappresentato il primo e più radicale cambiamento, segnando il passaggio dal modello custodialistico al paradigma della *recovery*, centrato sulla partecipazione attiva dell'utente e sulla costruzione di percorsi terapeutici personalizzati. Parallelamente, la digitalizzazione dei sistemi sanitari ha dato origine al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e ai suoi moduli specialistici, tra cui quello per la salute mentale, favorendo una maggiore capacità di raccolta, analisi e utilizzo dei dati. Infine, le riforme introdotte dal

DM 77/2022 e dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in particolare nella Missione 6, hanno posto l'innovazione digitale come prerequisito per garantire efficienza, trasparenza e personalizzazione della cura.

In salute mentale, l'interazione tra politiche, modelli organizzativi e innovazione tecnologica è un processo bidirezionale: il sistema influenza le azioni dei servizi, ma al tempo stesso ne è trasformato. Così come accade per i determinanti sociali della salute, anche i servizi psichiatrici risentono delle condizioni economiche, istituzionali e culturali del contesto in cui operano, che ne modulano l'efficacia e l'accessibilità. Ma l'innovazione organizzativa e digitale, a sua volta, può produrre effetti positivi sul contesto, promuovendo una visione della salute più integrata e inclusiva.

In questo scenario, il Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) assume un ruolo centrale nella raccolta e nell'analisi dei dati relativi alle prestazioni sanitarie. La sua funzione non è meramente statistica: esso rappresenta uno strumento strategico di *governance*, concepito per fornire informazioni utili alla valutazione dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza degli interventi erogati dalle organizzazioni sanitarie a livello nazionale, regionale e locale. Prima della sua introduzione, le uniche informazioni sistematiche sul funzionamento dei servizi di salute mentale italiani derivavano da indagini sporadiche, promosse da gruppi di ricerca o da iniziative locali, con metodologie non sempre uniformi.

Il SISM ha dunque colmato una lacuna conoscitiva importante, ma nella sua configurazione attuale tende ancora a rappresentare la realtà dei servizi in modo descrittivo, più che valutativo. Misura il numero delle prestazioni, ma non sempre riesce a restituire il loro significato clinico, la coe-

renza con gli obiettivi terapeutici o l'impatto reale sulla vita delle persone. In altre parole, il sistema rileva l'attività, ma non la collega direttamente ai progetti terapeutici individuali.

Proprio da questa consapevolezza nasce l'esigenza di evolvere il SISM verso un modello più maturo, capace di trasformare i dati da semplici registrazioni amministrative a strumenti di conoscenza clinica. L'integrazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (P.T.R.P.) nel sistema informativo rappresenterebbe, in questo senso, una tappa cruciale di tale processo: una possibilità concreta di rendere il dato parte del percorso di cura, restituendo al sistema informativo una funzione realmente terapeutica.

Il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (P.T.R.P.)

In questo scenario, il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (P.T.R.P.) rappresenta il documento clinico di sintesi più importante all'interno dei percorsi di presa in carico multidisciplinare della persona con disturbo psichiatrico. Non si tratta di un modulo tecnico né di un semplice adempimento amministrativo, ma di un vero e proprio patto terapeutico che formalizza la collaborazione tra il paziente, il team multiprofessionale e, nei percorsi residenziali, l'ente gestore della struttura riabilitativa.

Il P.T.R.P. definisce obiettivi, interventi, ruoli, tempi e strumenti di verifica, costituendo l'espressione concreta dell'alleanza terapeutica e della corresponsabilità nella cura. Attraverso la firma del paziente e degli operatori, esso sancisce un consenso consapevole al percorso di riabilitazione, trasformando la partecipazione della persona da destinatario passivo a protagonista attivo del proprio processo di guarigione. Questa firma, che ha un valore tanto simbolico quanto clinico, certifica non solo l'avvio di un progetto, ma

l'assunzione reciproca di responsabilità e l'impegno condiviso verso obiettivi comuni.

Nella sua forma tradizionale, ancora prevalentemente cartacea, il P.T.R.P. presenta tuttavia limiti sostanziali. Non risulta facilmente aggiornabile, non è condivisibile in tempo reale tra i diversi servizi e non è integrato nei sistemi informativi aziendali o regionali. Ciò rende complessa la collaborazione tra équipes diverse e ostacola la tracciabilità delle modifiche e dei risultati. Inoltre, la natura non strutturata del documento cartaceo impedisce la trasformazione delle informazioni cliniche in dati utilizzabili per la valutazione degli interventi e per la programmazione sanitaria, limitando di fatto la possibilità di misurare l'efficacia dei percorsi riabilitativi.

La digitalizzazione del P.T.R.P. nasce proprio dall'esigenza di superare questi limiti, trasformandolo in uno strumento clinico-operativo capace di unire personalizzazione, tracciabilità e valutazione. Gli obiettivi terapeutici diventano così campi compilabili e codificabili, che generano dati strutturati e consentono l'adozione sistematica di strumenti di rilevazione riconosciuti a livello internazionale, come l'ICF, il WHODAS 2.0, i PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*) e i PREMs (*Patient-Reported Experience Measures*). In questo modo, la documentazione non si limita più a descrivere le attività, ma diventa fonte di conoscenza clinicamente rilevante e strategicamente utile per la *governance* dipartimentale.

L'integrazione del P.T.R.P. nel Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM) permetterebbe inoltre la condivisione in tempo reale tra i professionisti, riducendo errori, ridondanze e frammentazioni. Ogni intervento, farmacologico o riabilitativo, potrebbe essere collegato a obiettivi espliciti, monitorato nel tempo e correlato a esiti misurabili, trasformando il P.T.R.P. in una piattaforma di lavoro condivisa e dinamica.

In sintesi, l'ipotesi di fondo è che un P.T.R.P. digitalizzato e integrato nel SISM possa migliorare la continuità assistenziale, favorire la personalizzazione degli interventi e rafforzare la valutazione di efficacia. In tal modo, i dati raccolti non servirebbero soltanto a rendicontare, ma a orientare le decisioni cliniche e organizzative. La digitalizzazione, dunque, non sostituisce la relazione terapeutica, ma ne amplifica la qualità, offrendo ai professionisti uno strumento che unisce rigore documentale e flessibilità clinica, e ai pazienti una maggiore trasparenza e partecipazione nel proprio percorso di cura.

Metodologia di studio

La raccolta e l'analisi dei dati relativi alla salute mentale in Puglia si basano su un ecosistema informativo multilivello, articolato su tre canali principali, ciascuno con specifiche potenzialità e limiti. Comprendere questa articolazione è essenziale per valutare l'impatto potenziale dell'integrazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato nel sistema informativo regionale.

Il primo livello è rappresentato dal SISM BI, il cruscotto regionale di sintesi che restituisce dati aggregati su prevalenza, incidenza, nuovi utenti e volumi di prestazioni erogate, distinti per struttura, fascia d'età e tipologia di intervento. Questo strumento consente un'analisi epidemiologica a scala macro, utile per individuare trend regionali e disuguaglianze territoriali, ma non consente approfondimenti qualitativi o valutazioni legate all'efficacia degli interventi.

Il secondo livello è costituito dal SISM regionale, attraverso cui gli operatori sanitari registrano quotidianamente le singole prestazioni erogate. La registrazione avviene secondo i glossari ufficiali, uno per adulti e uno per minori, che definiscono le tipologie di intervento e la compatibilità

con i diversi profili professionali. Ogni prestazione può essere associata a uno o più operatori — responsabile clinico, co-conduttore o figura di supporto —, consentendo un'analisi più analitica della composizione delle attività e del contributo professionale. Tuttavia, come evidenziato nelle analisi successive, l'utilizzo disomogeneo delle codifiche e la mancata integrazione con gli obiettivi terapeutici formali restano fattori critici. Il terzo livello è rappresentato dalle attività di monitoraggio condotte direttamente dal Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL Lecce, mediante estrazione manuale dei dati e analisi *ad hoc*, spesso necessarie per colmare le lacune informative prodotte dai limiti infrastrutturali e dall'assenza di un P.T.R.P. digitalizzato nel sistema informativo. Questa modalità, pur preziosa per documentare i percorsi riabilitativi in modo più preciso, comporta un notevole dispendio di tempo e non garantisce interoperabilità o comparabilità con le altre fonti istituzionali. Si tratta quindi di un livello parallelo e non strutturato, che riflette la necessità di compensare carenze sistemiche attraverso procedure manuali di raccolta e validazione dei dati.

La metodologia di studio è stata costruita in coerenza con questa organizzazione multilivello. L'analisi ha previsto, in primo luogo, una valutazione epidemiologica dei dati SISM relativi all'anno 2024, con particolare attenzione alla prevalenza, all'incidenza *"first-ever"* e ai nuovi utenti trattati nei servizi per adulti e minori. Parallelamente, è stato svolto un approfondimento qualitativo e documentale per verificare la coerenza dei flussi informativi, la distribuzione dei ruoli professionali, l'uso delle codifiche e l'impiego di strumenti di valutazione standardizzati nei percorsi riabilitativi.

In quest'ottica sono state esaminate le modalità di impiego del P.T.R.P. nei vari servizi del Diparti-

mento di Salute Mentale, nonché le percezioni, le pratiche operative e le criticità riscontrate nella sua implementazione. L'indagine si è basata su un'osservazione diretta delle procedure e su confronti informali con operatori appartenenti a differenti profili professionali e *setting* assistenziali — territoriali, residenziali e semiresidenziali —, con l'obiettivo di comprendere come la progettualità terapeutica venga effettivamente documentata e condivisa all'interno dei servizi.

L'analisi è stata condotta mediante codifica tematica manuale delle informazioni raccolte, individuando i nuclei ricorrenti relativi all'uso clinico del P.T.R.P., alle difficoltà operative e alle potenzialità offerte dalla sua digitalizzazione. I risultati sono stati successivamente confrontati con la letteratura scientifica e con la documentazione dipartimentale esistente, al fine di garantire coerenza interpretativa e favorire una restituzione fedele della realtà osservata.

La fase sperimentale ha infine riguardato la progettazione e l'implementazione del nuovo P.T.R.P. digitale (versione maggio 2025), realizzato in formato PDF editabile, testato nel contesto dipartimentale per valutarne la funzionalità, la compatibilità con i flussi informativi regionali e il potenziale di integrazione futura nel Sistema Informativo Salute Mentale (SISM).

Struttura del nuovo P.T.R.P. (versione 2025)

Il nuovo modello di Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato, elaborato dal Dipartimento di Salute Mentale della ASL Lecce nella versione aggiornata a maggio 2025, rappresenta un'evoluzione rispetto alla precedente versione cartacea. La sua struttura, concepita per favorire un'integrazione progressiva nei sistemi informativi regionali, è articolata in schede tematiche che coprono l'intero percorso terapeutico, dalla valutazione iniziale alla dimissione, e riflette un

equilibrio tra esigenza clinica, leggibilità operativa e coerenza con gli standard internazionali.

La revisione del P.T.R.P. si ispira alle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e del Ministero della Salute, incorporando principi di valutazione funzionale, partecipazione dell'utente e documentazione orientata agli esiti. L'introduzione di campi interoperabili – come l'identificativo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) – consente già oggi di predisporre il documento alla futura integrazione digitale, anticipando i requisiti tecnici necessari per l'interconnessione con i sistemi nazionali. In tal modo, il modello funge non solo da strumento clinico, ma anche da test di maturità organizzativa, poiché la sua compilazione sistematica permette di individuare in modo indiretto le carenze infrastrutturali e le disomogeneità nella capacità dei servizi di produrre dati strutturati.

Le modifiche introdotte nelle diverse sezioni rispondono a una logica di continuità assistenziale e di espansione semantica del dato clinico. L'ampliamento della sezione socio-demografica, ad esempio, consente di rilevare determinanti sociali della salute – come la condizione abitativa, la rete di supporto, le barriere linguistiche o culturali – che assumono valore clinico e predittivo nei percorsi di *recovery*. La scheda dedicata al quadro clinico e alle valutazioni diagnostiche è stata armonizzata con le classificazioni internazionali ICD-10 e WHODAS 2.0, adottando indicatori di funzionamento e disabilità coerenti con il modello ICF, in modo da superare la visione meramente nosografica e restituire una fotografia complessiva del funzionamento personale e sociale.

Una delle innovazioni più significative riguarda la sezione dedicata al piano degli interventi e alla pianificazione degli obiettivi, dove l'inserimento di parametri temporali e descrittivi permette di

collegare ogni attività a un risultato atteso, rendendo misurabile il percorso terapeutico. Ciò trasforma il P.T.R.P. in un documento realmente dinamico, in cui obiettivi e azioni non sono più entità statiche, ma elementi costantemente aggiornabili in base all'evoluzione clinica e alle valutazioni di esito. La possibilità di includere valutazioni periodiche standardizzate, come WHO-DAS 2.0 e PROMs/PREMs, rafforza la capacità del sistema di raccogliere evidenze cliniche e di costruire indicatori oggettivi di efficacia e soddisfazione.

Particolare rilievo assume l'introduzione, nel nuovo modello, della sezione dedicata alla "*patient satisfaction*", integrata in sostituzione della precedente scheda che registrava i laboratori pratico-manuali svolti all'interno del percorso riabilitativo. Tale scelta riflette un cambio di paradigma: la qualità non è più misurata solo in termini di aderenza procedurale, ma anche di esperienza e percezione del paziente, che diventa parte attiva nella valutazione del percorso di cura. La sezione finale dedicata alla dimissione, infine, è stata potenziata per garantire una chiusura del progetto coerente con i criteri di continuità e *accountability*, includendo valutazioni di esito funzionale e una dichiarazione ufficiale di validazione condivisa da parte dell'équipe multiprofessionale.

In questa prospettiva, ogni campo documentale assume una duplice funzione: clinica e di governance. La presenza o assenza di un'informazione non rappresenta soltanto un aspetto compilativo, ma descrive il grado di maturità organizzativa del servizio e la sua capacità di generare conoscenza a partire dai dati. Un campo ignorato equivale a un'informazione non disponibile; un campo presente ma non compilato indica invece un'opportunità mancata di osservazione, un'area di possibile miglioramento. In tal senso, il

P.T.R.P. digitale diventa anche uno strumento di autovalutazione, capace di restituire un'immagine fedele del livello di consapevolezza clinica e informativa raggiunto dal sistema.

All'interno della visione *One Health*, l'inclusione dei determinanti sociali della salute allarga la prospettiva del progetto riabilitativo oltre la dimensione individuale, includendo le interazioni con l'ambiente fisico, sociale e culturale. Ciò consente di individuare precocemente nuove aree di vulnerabilità – come quelle legate alla povertà abitativa, all'isolamento sociale o alle migrazioni – e di progettare interventi più integrati e sensibili al contesto. La scelta di mantenere un impianto comune tra P.T.R.P. ordinari e quelli redatti per autori di reato conferma un principio etico fondamentale: la condizione giuridica non precede quella clinica. Ogni persona, indipendentemente dal suo status, è prima di tutto un soggetto di cura, titolare di un progetto terapeutico costruito su equità, dignità e partecipazione.

In definitiva, la versione 2025 del P.T.R.P. rappresenta non solo un aggiornamento formale, ma un passo verso una nuova semantica della cura, in cui la documentazione non serve a descrivere ciò che è stato fatto, ma a rendere visibile e valutabile ciò che accade nella relazione terapeutica. La digitalizzazione diventa così non un fine amministrativo, ma uno strumento di conoscenza, capace di collegare il vissuto clinico, i dati e le evidenze in un unico linguaggio condiviso tra operatori, pazienti e sistemi.

Analisi dei dati 2024 del S.I.S.M.: disomogeneità e limiti sistemici

L'analisi dei dati estratti dal Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) relativi all'anno 2024 ha evidenziato una significativa variabilità territoriale nella distribuzione dei servizi, nella documen-

tazione delle attività riabilitative e nella capacità di intercettare la domanda di cura. Queste disomogeneità non riflettono soltanto differenze epidemiologiche, ma anche la diversa maturità dei sistemi informativi locali, la discontinuità nell'utilizzo delle codifiche e la mancanza di un collegamento strutturato tra progettualità terapeutica e registrazione delle prestazioni.

Nel complesso, le province di Bari e Barletta-Andria-Trani presentano i valori più elevati di prevalenza e di prestazioni pro capite, configurando un quadro di maggiore intensità assistenziale e di più elevata capacità di presa in carico. Lecce e Taranto, al contrario, mostrano livelli inferiori, con indicatori che suggeriscono una documentazione incompleta delle attività e una minore capacità di rappresentare informaticamente i percorsi riabilitativi effettivamente attivi. Brindisi e Foggia si collocano in una posizione intermedia, ma presentano anch'esse criticità legate alla mancata rilevazione dell'incidenza "*first-ever*" negli adulti.

Tali differenze appaiono chiaramente nella comparazione dei dati di prevalenza per 10.000 abitanti: Bari raggiunge 71,45 negli adulti e 628,99 nei minori, mentre Lecce registra rispettivamente 47,17 e 450,76. Differenze simili si osservano anche nei valori di prestazioni pro capite, con scarti che non trovano giustificazione in sole variabili epidemiologiche. Si tratta piuttosto di espressioni di una disomogeneità informativa che influisce sulla rappresentazione complessiva dei servizi e sulla loro capacità di descrivere il reale carico assistenziale.

Il quadro che ne emerge è quello di un sistema informativo ricco di dati quantitativi ma ancora fragile nella loro interpretazione qualitativa. La prevalenza e l'incidenza, pur essendo indicatori di grande valore epidemiologico, perdono parte del loro significato se non vengono collegate

alla progettualità terapeutica formalizzata nei P.T.R.P. e alle valutazioni di esito. In assenza di tali collegamenti, i numeri restano indicatori di attività, ma non strumenti di comprensione clinica.

La situazione delle province meridionali della regione mostra come la carenza di strutture informatizzate e la persistenza di modalità di registrazione manuale limitino la tracciabilità dei percorsi di cura. Ciò si traduce in una sottostima apparente della domanda e in una rappresentazione parziale dell'impegno riabilitativo effettivo. Il fenomeno è particolarmente evidente nella popolazione minorile, dove si osservano valori di prevalenza e incidenza superiori a quelli degli adulti ma privi di un tracciato longitudinale che permetta di seguire nel tempo l'evoluzione del trattamento e la risposta clinica.

Il divario informativo tra territori non riguarda soltanto la quantità di dati registrati, ma anche la qualità delle informazioni inserite. Due Centri di Salute Mentale possono, ad esempio, riportare lo stesso numero di colloqui: nel primo caso tali incontri sono parte di un progetto terapeutico formalizzato, mentre nel secondo rappresentano interventi episodici o non riconducibili a obiettivi specifici. Ne deriva un apparente equilibrio numerico che, sul piano clinico, maschera una differenza sostanziale nella qualità e nella coerenza del percorso riabilitativo.

In questo senso, la digitalizzazione del P.T.R.P. si configura come uno strumento decisivo per superare tali limiti. Collegando ogni intervento a un obiettivo clinico esplicito e a un piano di trattamento personalizzato, essa consente di restituire al dato la sua dimensione interpretativa, rendendo i flussi informativi realmente comparabili e clinicamente significativi. L'integrazione del P.T.R.P. nel SISM, inoltre, permetterebbe di trasformare indicatori oggi descrittivi in parametri

di esito, favorendo una governance basata sull'evidenza e sulla valutazione di efficacia.

In prospettiva, la progressiva digitalizzazione dei processi e la creazione di un database integrato permetterebbero non solo di colmare le disomogeneità territoriali, ma anche di costruire una mappa regionale della riabilitazione psichiatrica, capace di correlare domanda, offerta e *outcome*. Solo attraverso una rappresentazione coerente e interoperabile dei percorsi sarà possibile passare da una logica di rendicontazione a una logica di conoscenza, in cui il dato diventa il linguaggio condiviso della cura.

Differenze tra servizi per adulti e per minori

L'analisi comparativa dei dati provenienti dai Centri di Salute Mentale (CSM) e dai Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) mette in luce due modelli operativi differenti, che riflettono non solo specificità cliniche, ma anche diverse culture organizzative e documentali.

Nei servizi per adulti emerge una produttività complessivamente elevata in termini di numero di prestazioni registrate, ma una minore rappresentazione formale delle attività riabilitative. Gran parte delle registrazioni riguarda contatti telefonici, colloqui di monitoraggio, attività di coordinamento con altri servizi e interventi di rete: azioni fondamentali per la continuità assistenziale, ma che raramente vengono riconosciute come parte integrante del processo terapeutico-riabilitativo. Questa discrepanza tra volume di attività e intensità del trattamento specificamente riabilitativo suggerisce che una parte consistente del lavoro clinico rimane invisibile nei flussi informativi, poiché priva di collegamento con un progetto terapeutico formalizzato. Diversa è la situazione nei servizi di neuropsichiatria infantile, dove la componente riabilitati-

va risulta più ampia, articolata e meglio documentata. Gli interventi di logopedia, psicomotricità, terapia occupazionale, educazione speciale e supporto psicologico appaiono più frequentemente integrati all'interno di progetti multidisciplinari formalizzati, con obiettivi chiari e strumenti di valutazione più sistematici. In questi contesti, la cultura della progettualità terapeutica è più radicata e la documentazione clinica tende a riflettere con maggiore coerenza l'articolazione dei percorsi.

Il confronto tra adulti e minori rivela dunque due fenomeni distinti ma complementari: da un lato, una sotto-rappresentazione dell'attività riabilitativa nei servizi per adulti, legata a una tradizione più medica e meno strutturata nella pianificazione dei percorsi; dall'altro, una maggiore integrazione e tracciabilità delle prestazioni nei servizi per minori, frutto di un'impostazione storicamente più multidisciplinare e orientata alla valutazione funzionale.

Dal punto di vista qualitativo, la varietà degli interventi riabilitativi effettivamente erogati nei CSM per adulti appare più limitata e concentrata nei contesti residenziali o semiresidenziali, dove è obbligatoria la redazione del P.T.R.P. e la documentazione delle attività. Nei contesti ambulatoriali, che rappresentano la parte più consistente dell'offerta dei servizi territoriali, le attività riabilitative sono spesso realizzate ma non formalmente registrate, perdendo così visibilità e tracciabilità. Questo scarto tra la pratica clinica reale e la documentazione ufficiale costituisce uno dei nodi principali da affrontare per migliorare la qualità e l'analizzabilità dei dati.

Un ulteriore elemento di criticità riguarda la classificazione delle prestazioni. Etichette generiche, come "intervento di rete" o "colloquio", vengono utilizzate in modo ampio e talvolta improprio, rendendo difficile distinguere tra azioni cliniche,

amministrative o relazionali e riducendo la possibilità di valutare l'effettiva intensità terapeutica dei percorsi. Anche nei servizi per minori, dove la documentazione è più accurata, la standardizzazione delle codifiche e l'uso sistematico di strumenti di valutazione validati, come WHODAS 2.0 o ICF, restano parziali e disomogenei.

La conseguenza di questa frammentarietà è duplice: da un lato, la difficoltà di ottenere un profilo completo del paziente riabilitativo direttamente dal sistema informativo; dall'altro, l'impossibilità di correlare in modo sistematico le prestazioni agli obiettivi terapeutici e agli esiti clinici. Attualmente, per ricostruire i percorsi individuali e le traiettorie di cura, è necessario integrare manualmente dati provenienti da diverse fonti, con un elevato dispendio di tempo e il rischio di perdita informativa.

In questo scenario, la digitalizzazione del P.T.R.P. rappresenta una svolta metodologica e culturale. Collegando ogni intervento a un obiettivo specifico e rendendo tracciabili anche le attività indirette e di rete, essa consentirebbe di ricomporre il quadro complessivo della presa in carico, restituendo coerenza tra ciò che viene fatto e ciò che viene documentato. La possibilità di disporre di dati strutturati e comparabili renderebbe infine possibile un'analisi trasversale tra servizi, età e setting, permettendo di identificare buone pratiche, aree di sovra- o sotto-intervento e fattori organizzativi che influenzano gli esiti.

In definitiva, le differenze tra i servizi per adulti e quelli per minori non devono essere interpretate come diseguaglianze, ma come indicatori di fasi evolutive diverse di uno stesso processo di maturazione culturale e informativa. L'integrazione del P.T.R.P. digitale nel SISM rappresenta il passo necessario per uniformare queste esperienze, favorendo una psichiatria capace di apprendere

dai propri dati e di trasformarli in conoscenza operativa, condivisa e orientata alla persona.

Criticità strutturali e prospettive di superamento

L'esame complessivo dei dati e delle procedure documentali evidenzia una serie di criticità strutturali che ostacolano la piena valorizzazione del sistema informativo e la capacità del P.T.R.P. di rappresentare la complessità dei percorsi riabilitativi. Tali criticità non dipendono unicamente da carenze tecniche, ma riflettono fattori organizzativi e culturali radicati, che riguardano la percezione stessa del valore del dato clinico.

Un primo limite è di natura metodologica e classificatoria. Il sistema informativo si fonda ancora su codifiche che privilegiano l'aspetto diagnostico rispetto a quello funzionale, con l'effetto di descrivere la malattia ma non il funzionamento della persona. L'adozione di classificazioni come l'ICF o l'utilizzo sistematico di strumenti di valutazione come il WHODAS 2.0 permetterebbero di superare questa visione parziale, introducendo un linguaggio condiviso in grado di correlare menomazioni, capacità e partecipazione sociale. In assenza di tali strumenti, il rischio è che la riabilitazione continui a essere rappresentata come un insieme di attività anziché come un processo misurabile di cambiamento.

Una seconda criticità riguarda la frammentazione dei processi documentali. I dati clinici, amministrativi e riabilitativi risiedono in archivi diversi, spesso non comunicanti. Ciò comporta la necessità di duplicare le registrazioni e di estrarre manualmente le informazioni, con aumento del rischio di errore e implicazioni in termini di inefficienza organizzativa e di tempo operativo. La mancata integrazione dei sistemi riduce inoltre la possibilità di utilizzare i dati per il miglioramento continuo e per la ricerca clinica. In molti casi,

la documentazione del P.T.R.P. resta confinata a un formato cartaceo o a file isolati, privi di connessione con il sistema informativo principale.

A questo si aggiunge una criticità procedurale: l'obbligo formale di redigere un P.T.R.P. riguarda attualmente solo i servizi residenziali e semiresidenziali, mentre nei servizi ambulatoriali — che costituiscono la maggior parte delle prese in carico — la progettualità è lasciata alla discrezionalità del singolo operatore o dell'équipe. Ciò produce una sotto-rappresentazione sistemica della riabilitazione territoriale e un'evidente discontinuità nel continuum terapeutico. Estendere la compilazione del P.T.R.P. anche ai contesti ambulatoriali, attraverso procedure digitali semplificate, rappresenterebbe un passo cruciale per garantire equità di trattamento e completezza informativa.

Non meno rilevante è la questione della firma digitale e della tracciabilità medico-legale. In assenza di una gestione elettronica integrata, il valore giuridico del P.T.R.P. rimane legato al documento cartaceo, con conseguente difficoltà di verifica, archiviazione e consultazione. La digitalizzazione del processo di firma, conforme ai requisiti AgID e GDPR, non solo assicurerebbe la validità legale del documento, ma permetterebbe di certificare in modo automatico l'identità del compilatore, la data e l'eventuale revisione del progetto, rafforzando la tutela sia del paziente che del professionista.

Sotto il profilo organizzativo, le difficoltà maggiori derivano dall'assenza di una cultura condivisa del dato come strumento di cura. In molti casi, la compilazione del P.T.R.P. è percepita come un adempimento amministrativo piuttosto che come un atto clinico. Superare questa visione richiede un investimento formativo mirato e continuativo, orientato non solo alle competenze informatiche, ma anche alla comprensione del va-

lore epistemologico del dato. Ogni operatore deve poter riconoscere nella registrazione delle informazioni un momento di riflessione clinica, di condivisione con il team e di responsabilità verso la persona assistita.

La prospettiva di superamento di queste criticità passa dunque attraverso tre direttrici convergenti: la digitalizzazione del P.T.R.P. in un formato interoperabile e integrato nel SISM; la formazione permanente degli operatori come leva di cambiamento culturale; e la creazione di un modello di *governance* multilivello che orienti l'innovazione tecnologica agli obiettivi clinici. Solo attraverso questa sinergia sarà possibile trasformare il sistema informativo da archivio di dati a piattaforma di conoscenza clinica, capace di restituire valore e senso al lavoro quotidiano dei servizi di salute mentale.

Dalla digitalizzazione del P.T.R.P. alla Cartella Clinica Elettronica interoperabile (CCE): verso una salute mentale One Health

L'evoluzione digitale del Sistema Informativo Salute Mentale (SISM) rappresenterebbe la naturale prosecuzione del percorso intrapreso con la digitalizzazione del P.T.R.P. Se il progetto riabilitativo personalizzato costituisce la cellula clinica del processo di cura, la Cartella Clinica Elettronica (CCE) ne rappresenterebbe il sistema nervoso, capace di collegare tra loro diagnosi, interventi, esiti e soddisfazione del paziente.

In questa visione, la digitalizzazione non è un atto tecnico, ma una transizione epistemologica: il dato non serve più solo a descrivere, ma diventa strumento di comprensione, decisione e relazione.

La trasformazione del SISM in una CCE interoperabile sarebbe dunque un'evoluzione naturale e necessaria. Non si tratterebbe di creare un nuovo sistema, ma di far dialogare tra loro quelli esi-

stenti — i moduli territoriali e ospedalieri del Dipartimento di Salute Mentale, le strutture residenziali e semiresidenziali, i sistemi del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) — in un'unica piattaforma organica, conforme agli standard HL7 e FHIR.

L'obiettivo sarebbe quello di garantire tracciabilità, sicurezza, interoperabilità e continuità assistenziale, permettendo che ogni informazione clinica raccolta nei diversi *setting* diventi immediatamente disponibile per tutti i professionisti coinvolti nel percorso di cura.

In questa prospettiva, il dato non sarebbe più un elemento amministrativo, ma parte viva del processo terapeutico: ogni registrazione diventerebbe un frammento della storia clinica della persona, utile non solo per la cura individuale, ma anche per la valutazione degli esiti, la ricerca e la programmazione dipartimentale.

L'informazione, così, ritroverebbe la sua funzione originaria: connettere, restituire significato, rendere visibile la continuità tra i luoghi e i tempi della cura.

La CCE, integrando il P.T.R.P. digitalizzato, consentirebbe di costruire un continuum informativo tra la presa in carico territoriale e il ricovero ospedaliero, tra la riabilitazione e la prevenzione, tra il singolo intervento e l'esito complessivo. Ogni accesso, valutazione o intervento potrebbe essere tracciato nel tempo, rendendo possibile una lettura longitudinale dei percorsi.

Sul piano operativo, questa evoluzione richiederebbe la mappatura dei processi assistenziali esistenti — dall'accoglienza alla valutazione, dalla progettazione riabilitativa alla dimissione — e l'individuazione delle aree di interoperabilità tra i diversi sistemi già attivi, evitando duplicazioni e dispersioni.

La *governance* di un tale processo non potrebbe che essere multilivello e partecipata. La Direzione Strategica e il Direttore del DSM svolgerebbero un ruolo di indirizzo e garanzia istituzionale, affiancati da un comitato tecnico-scientifico multiprofessionale che includerebbe psichiatri, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica, neuropsichiatri infantili, infermieri, farmacisti e referenti per la qualità e la formazione. A questi si aggiungerebbero partner tecnologici e rappresentanti delle associazioni di utenti e familiari, a testimoniare la centralità della partecipazione.

La digitalizzazione della cura, infatti, non può essere un processo calato dall'alto: deve nascere dall'esperienza quotidiana dei servizi, tradursi in strumenti realmente utili e sostenibili, e restituire valore al lavoro clinico.

Il percorso evolutivo potrebbe articolarsi in più fasi: una prima di analisi e disegno, volta a mappare i processi clinici e informativi; una seconda di sviluppo e integrazione, con la progressiva connessione tra SISM, FSE e moduli ospedalieri; una terza di sperimentazione controllata, in alcuni CSM e strutture riabilitative; e infine una fase di consolidamento e diffusione su scala dipartimentale. Ogni fase dovrebbe essere accompagnata da un'attività formativa permanente, capace di trasformare la digitalizzazione in apprendimento collettivo, non in mero aggiornamento tecnico.

In questo scenario, la CCE non rappresenterebbe solo un dispositivo informatico, ma un nuovo paradigma di cura: un ambiente condiviso in cui le informazioni diventano linguaggio comune tra professionisti e dove la conoscenza si trasforma in valore clinico.

Essa incarnerebbe, in ambito psichiatrico, il principio della *One Health*, secondo cui la salute mentale è inseparabile da quella fisica, sociale e

ambientale. L'integrazione dei dati consentirebbe, infatti, di leggere i fenomeni non più in modo frammentato ma sistemico, restituendo al soggetto la sua complessità e al sistema la possibilità di agire in modo coerente, tempestivo e personalizzato.

Conclusioni

Il P.T.R.P. digitalizzato e la prospettiva della Cartella Clinica Elettronica rappresentano due momenti di un unico processo evolutivo: la trasformazione della salute mentale in un ecosistema di conoscenza e cura.

In questa visione, la tecnologia non sostituisce la relazione terapeutica, ma la amplifica, rendendola più consapevole, documentata e condivisa. Il dato non è più un esito del lavoro clinico, ma parte integrante del lavoro stesso: è la forma con cui la cura diventa memoria, apprendimento e *governance*.

Quando la gestione nasce dalla comprensione, la conoscenza diventa parte della cura.

Ogni informazione raccolta non è solo un numero, ma un frammento di storia che, se interpretato nel suo contesto, può orientare decisioni, migliorare pratiche e restituire dignità ai percorsi. La salute mentale digitale non è dunque un fine, ma un mezzo per rendere la cura più umana, partecipata e sostenibile.

La vera innovazione non sempre consiste nell'introdurre nuovi strumenti, ma nel riconoscere valore a ciò che già esiste, trasformandolo in conoscenza condivisa. In questo senso, il P.T.R.P. digitale e il futuro SISM - CCE non sono soltanto dispositivi informatici, ma strumenti culturali che uniscono scienza, etica e pratica quotidiana.

Una Salute Mentale *One Health* è possibile solo se i dati tornano ad essere storie che parlano di Persone, e se ogni sistema – anche quello più

burocratico e tecnico – diventa, guidato da senso, uno spazio di cura.

Bibliografia

[1] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. American Psychiatric Publishing; 2013.

[2] Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*. WHO; 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

[3] Ministero della Salute. *Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77: Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN*. Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.144 del 22-06-2022.

[4] Cirillo F, De Santis M, Esposito C. Applications of solid platform and federated learning for decentralized health data management. In: Ficco M, D'Angelo G, eds. *Artificial Intelligence Techniques for Analysing Sensitive Data in Medical Cyber-Physical Systems*. Springer; 2025:95-111. doi:10.1007/978-3-031-70775-9_6

[5] Agenzia per l'Italia Digitale (AgID). *Linee guida sulla formazione, gestione e conservazione dei documenti informatici*. Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2022. https://www.agid.gov.it/sites/default/files/repository_files/linee_guida_sul_documento_informatico.pdf

[6] European Commission. *Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (GDPR)*. Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea. 2016; L119:1-88. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:32016R0679>

[7] World Health Organization. *Digital Health Strategy 2020–2025*. WHO; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020924>

[8] Mazza S. Open Rehab: come innovare le cure mentali col digitale. *Agenda Digitale*. August 2, 2022. <https://www.agendadigitale.eu/sanita/open-rehab-come-innovare-le-cure-mentali-col-digitale>

[9] Mazza S, Serra E. Patient Satisfaction: il cuore della cura psichiatrica moderna. *Agenda Digitale*. June 20, 2025. <http://www.agendadigitale.eu/sanita/patient-satisfaction-il-cuore-della-cura-psichiatrica-moderna>

[s://www.agendadigitale.eu/sanita/patient-satisfaction-il-cuore-della-cura-psichiatrica-moderna](http://www.agendadigitale.eu/sanita/patient-satisfaction-il-cuore-della-cura-psichiatrica-moderna)

[10] World Health Organization. *One Health Approach: Integrating Human, Animal and Environmental Health*. WHO; 2021. <https://www.who.int/teams/one-health-initiative>

Modalità di presentazione degli abstract

Il Comitato di Redazione invita tutti coloro che desiderano proporre un contributo per la rivista a inviare un abstract preliminare, utile a garantire coerenza con la linea editoriale e facilitare il successivo processo di stesura dell'articolo.

Le istruzioni complete per la trasmissione degli abstract e le norme redazionali sono disponibili sul sito www.errepiesse.it, nella sezione Norme Redazionali.

Errepiesse

Una via italiana per la riabilitazione psicosociale

Anno XX N° 1 - Marzo 2026

Errepiesse è la rivista ufficiale della Società Italiana di Riabilitazione Psichiatrica e rappresenta uno spazio editoriale dedicato alla diffusione, al confronto e allo sviluppo della cultura della salute mentale. Aperta, pluralistica e orientata alla partecipazione, accoglie contributi che esplorano i molteplici aspetti della riabilitazione psicosociale, con particolare attenzione ai percorsi di recovery, all'inclusione sociale, alle pratiche di rete e alla promozione della cittadinanza attiva.

Le pagine di Errepiesse danno voce a professionisti, utenti, familiari, volontari e operatori dei diversi ambiti coinvolti nella salute mentale, valorizzando non solo la produzione scientifica, ma anche testimonianze, esperienze dirette, riflessioni e buone pratiche che contribuiscano al miglioramento dei servizi e alla crescita della comunità.

Tra i principali temi di interesse: innovazione nei modelli organizzativi, interventi evidence-based, popolazioni speciali, integrazione socio-sanitaria, narrazioni dei percorsi di cura e recovery, prospettive etiche, culturali e storiche.

La rivista è gratuita e liberamente consultabile sul sito www.errepiesse.it, dove è possibile accedere a tutti i numeri e alle modalità di partecipazione.



Rivista ufficiale della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale