



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di medicina e chirurgia

Dipartimento di Neuroscienze

Corso di Laurea Triennale in

Tecniche della Riabilitazione Psichiatrica

Il ruolo del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica all'interno del processo di Recovery in salute mentale: Interventi ed Efficacia grazie alla collaborazione della figura dell'ESP (Esperto per esperienza).

Relatore:
Dott.ssa Sara Ferron

Laureanda:
Giulia Munari
Matricola: 2057876

Anno accademico 2023/2024

INDICE

ABSTRACT	3
INTRODUZIONE	4
1. RICONOSCIMENTO DEL PROCESSO DI RECOVERY	6
1.1 EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI SALUTE MENTALE NEL CORSO DELLA STORIA	6
1.2 NASCITA DEL CONCETTO DI DINAMICITÀ DELLA SALUTE MENTALE	7
1.3 CONCETTUALIZZARE IL TERMINE RECOVERY	8
1.4 EMPOWERMENT E RISORSE TERRITORIALI	9
1.5 STORIE DI RECOVERY E PRIMI ESEMPI DI ESP	10
2. LA RIABILITAZIONE IN PSICHIATRIA	11
2.1 DEFINIZIONE DI RIABILITAZIONE IN PSICHIATRIA	11
2.2: IL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	14
2.3 GLI AMBITI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	15
2.4 L'IMPORTANZA DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE:	17
3. FIGURA DELL'ESPERTO NEL SUPPORTO TRA PARI	20
3.1 L'ESPERTO NEL SUPPORTO TRA PARI	20
3.2 FORMAZIONE PROFESSIONALE DELL'ESPERTO NEL SUPPORTO TRA PARI	21
3.3 CONTESTI IN CUI OPERA L'ESPERTO PER ESPERIENZA	22
3.3.1 <i>INTEGRAZIONE DELL'ESP NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE: ESPERIENZA DELL'ASSOCIAZIONE 'L'ALBA'</i>	23
3.3.2 <i>INTEGRAZIONE DELL'ESP NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE: LA REALTÀ DEL DSM DI TRENTO</i>	24
3.4 ASSOCIAZIONE ITALIANA PROFESSIONALE ESPERTI PER ESPERIENZA (AIPESP)	25
4. INTERVENTI RIABILITATIVI: IDEE DI COLLABORAZIONE TRA TERP ED ESP	25
4.1 INTERVENTI RIABILITATIVI DI COMPETENZA DEL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	25
4.2 MOTIVAZIONI E MODALITÀ DI INTEGRAZIONE DELLA FIGURA DELL'ESPERTO TRA PARI NELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN VENETO	27
4.3 PROPOSTE DI INTERVENTI RIABILITATIVI CON CONDUTTORI IL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E L'ESPERTO NEL SUPPORTO TRA PARI	28
4.3.1 <i>AUTO-MUTUO AIUTO</i>	28
4.3.2 <i>ILLNESS MANAGEMENT AND RECOVERY (IMR)</i>	30
4.3.3 <i>SOCIAL SKILLS TRAINING</i>	34
4.3.4 <i>INTERVENTI PER I FAMILIARI</i>	37
CONCLUSIONI	39
BIBLIOGRAFIA	49

*“Non tutti possono diventare dei grandi artisti,
ma un grande artista può celarsi in chiunque”*

ABSTRACT

Il presente lavoro vuole evidenziare l'importanza del ruolo dell'Esperto per esperienza (d'ora in poi ESP) all'interno dei servizi che si occupano di Salute mentale, siano essi pubblici, privati o enti associazionistici.

Questa riflessione nasce e si concretizza in seguito alla mia esperienza di tirocinio presso l'Associazione 'L'Alba' di Pisa, un'associazione appunto che si occupa di integrazione psico-sociale delle persone che soffrono o hanno sofferto di un disagio psichico o psicologico tramite la creazione di uno spazio condiviso, aperto a tutti.

Dopo un breve excursus riguardo la storia della riabilitazione in psichiatria, su come essa sia mutata ed evoluta nel corso degli anni e come, per l'appunto, abbia finalmente reso protagonista l'utente assistito, non considerando unicamente la patologia in quanto tale, verrà definito il significato del termine Recovery, il cambiamento nell'approccio alla cura, presentando le testimonianze di utenti della salute mentale, fino ad arrivare alla presentazione dell'ESP, figura professionale sviluppata ed inserita all'interno di alcune equipe multidisciplinari ancora poco diffusa sul territorio nazionale.

Verranno in seguito proposte ipotesi di collaborazione tra TERP e ESP nella conduzione di interventi riabilitativi specifici, auspicando, che questo possa spingere verso una futura implementazione della figura all'interno di ogni servizio che si occupa di salute mentale.

INTRODUZIONE

“Gli ESP, definiti anche utenti facilitatori sociali, sono figure nuove, chiamate ad operare nell’ambito della salute mentale, a cui sono richieste doti di sensibilità ed esperienza personale nella gestione della malattia e nel percorso di recupero.

Gli ESP collaborano con gli operatori sanitari della salute mentale al fine di costruire momenti e spazi d’accoglienza e sostegno per gli altri utenti in carico ai servizi, partendo dal confronto delle esperienze specifiche di ognuno. Tra i loro compiti, *il sostegno agli altri utenti*, in modo da offrire reciproco incoraggiamento e senso di appartenenza; *attività di ascolto, informazione e consulenza sulle problematiche di tipo psichiatrico; partecipazione ad iniziative di socializzazione residenziali e sul territorio; attivazione di gruppi di auto mutuo aiuto; collaborazione con gli specialisti nel processo di recupero dell’autostima nei pazienti”*.

Come questa figura può collaborare con il Terp? Una riflessione nata durante la mia esperienza di tirocinio presso l’associazione L'alba di Pisa, che “si occupa di integrazione psico-sociale delle persone che soffrono o hanno sofferto di un disagio psichico o psicologico tramite gruppi di auto-aiuto, gruppi appartamento abitare supportato, laboratori di arteterapia, agricoltura sociale, turismo sociale, ristorazione sociale, servizi co-gestiti dagli utenti,; percorsi di attivazione autonomia e socializzazione per persone con disabilità intellettiva medio-lieve, formazione e consulenza, promozione salute mentale, lotta allo stigma.”

Dopo aver presentato un breve excursus della storia della riabilitazione psichiatrica, su come essa sia mutata ed evoluta nel corso degli anni e come, per l’appunto, abbia finalmente reso protagonista l’utente assistito, non considerando unicamente la patologia in quanto tale, verrà definito il significato del termine Recovery, il relativo contributo al cambiamento nell’approccio alla cura, presentando le testimonianze di utenti della salute mentale ,fino ad arrivare alla presentazione dell’ESP, figura professionale sviluppata ed inserita all’interno di equipe multidisciplinari ancora poco diffusa sul territorio nazionale.

Verranno in seguito proposte ipotesi di collaborazione tra TERP e ESP nella conduzione di interventi riabilitativi specifici; l’IMR innanzitutto che ha tra gli obiettivi principali l’aumento delle abilità di autogestione per la sintomatologia

psichiatrica; il SST che ha come principale obiettivo l'aumento delle abilità sociali. Si auspica, che questo possa spingere verso una futura implementazione della figura all'interno di ogni servizio che si occupa di salute mentale.

1. RICONOSCIMENTO DEL PROCESSO DI RECOVERY

1.1 EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI SALUTE MENTALE NEL CORSO DELLA STORIA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il concetto di salute mentale come: "Una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità". (1948)

Da una ricerca multidisciplinare canadese, però, emerge che quasi la metà degli specialisti, familiari ed utenti partecipanti avrebbero valutato come più valida e concreta la definizione proposta dalla "Public Health Agency of Canada", la quale recita: "La salute mentale è la capacità di ognuno di noi di sentire, pensare e agire in modi che migliorano la nostra capacità di goderci la vita e di affrontare le sfide che ci troviamo ad affrontare. È un senso positivo di benessere emotivo e spirituale che rispetta l'importanza della cultura, dell'equità, della giustizia sociale, delle interconnessioni e della dignità personale". (Manwell, et al., 2015)

Questa preferenza di molti mette in risalto come, nel corso degli anni, la visione e comprensione, sia specialistica che no, della malattia mentale sia mutata ed abbia finalmente lasciato spazio a tutte quelle che sono le aree e gli ambiti di vita della persona, evitando di mettere al centro della cura unicamente la patologia ma rendendo protagonista del percorso l'individuo, con tutte le sue sfaccettature. Il lungo percorso per arrivare al riconoscimento ed alla validazione di questo pensiero, da parte della maggioranza, è stato caratterizzato da due periodi principali che possiamo identificare come prima e dopo la Legge Basaglia.

Dal 1904 al 1978, infatti, era in vigore la Legge Giolitti, la quale prevedeva la custodia nei manicomi per ogni individuo che fosse considerato "alienato", pericoloso o ritenuto impossibilitato di ricevere cura.

In questo asse temporale le persone vennero spogliate di ogni diritto, perdendo la dignità e la possibilità di avere una vita come il resto della società. Persero la famiglia, la casa, le relazioni sociali, il lavoro. Tutto ciò che stava al di fuori della struttura manicomiale era come se venisse completamente eliminato. Dalle testimonianze scritte, verbali e figurative si ha la conferma che chiunque venisse inserito in struttura ci avrebbe poi passato il resto della vita. Questa metodologia era stata attuata a causa del timore generale rispetto a ricadute negative sull'ordine pubblico.

L'assetto del servizio psichiatrico è poi profondamente modificato dalla cosiddetta legge Basaglia, Legge n. 180 del 13 maggio 1978 sugli Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. Essa viene concepita come parte della generale riforma del sistema sanitario nazionale, Legge n. 833 del 23 dicembre, realizzata nello stesso anno.

Con Basaglia si torna a riconsiderare la Persona come tale, come un essere umano posto all'interno di un sistema che considera la sua vita personale, l'occupazione lavorativa, le relazioni Inter ed intrapersonali. Proprio per questo motivo Basaglia istituisce i servizi territoriali, come centri diurni o reparti di degenza all'interno degli ospedali locali. L'idea Basagliana insegna che il malato non deve venire meno come tale, rispetto al resto della popolazione, anzi gli deve essere messo a disposizione ogni possibile strumento riabilitativo, che favorisce lo sviluppo o il mantenimento di capacità e competenze. Esse possono permettere di mantenere un benessere globale ed un tenore di vita qualitativo e adeguato rispetto alla situazione sociale del contesto in cui l'utente è inserito.

Ad oggi lo Stato italiano rimane uno dei pochissimi al mondo ad aver soppresso completamente le strutture manicomiali, istituendo nuove possibilità di trattamento territoriale ed ambulatoriale.

1.2 NASCITA DEL CONCETTO DI DINAMICITÀ DELLA SALUTE MENTALE

Negli ultimi cinquant'anni il concetto di malattia mentale è mutato evolvendosi, soprattutto in seguito allo sviluppo di trattamenti finalizzati al reinserimento sociale e lavorativo, suggerendo che la remissione o il recupero siano fenomeni molto più comuni di quanto inizialmente fosse stato pensato. (Barlatti, 2018) Le ricerche hanno dimostrato che la malattia mentale può evolvere positivamente fino ad arrivare alla guaribilità, il che non significa tornare ad essere come si era prima della malattia (*restitutio ad integrum*), ma elaborare ed attuare nuovi comportamenti per condurre una vita soddisfacente e produttiva, nonostante le limitazioni che la malattia induce. (Anthony, 1993) Anche una malattia mentale considerata "destrutturante" può essere considerata una condizione dinamica, dipendente da una serie di fattori, tra cui l'ambiente, le interazioni sociali e il tipo di trattamento. Il rapporto presente tra la malattia e l'ambiente circostante va ad incidere sia sul decorso della condizione che sugli esiti della stessa. Fondamentale per entrambi è anche la percezione che il paziente ha di sé stesso

come persona intera e quanto gli altri lo percepiscono come tale. Inoltre, incide la qualità del rapporto che ha con il contesto in cui vive. L'assunzione che le persone con gravi disturbi psichici abbiano una vita senza scopi e progettualità è stata messa fortemente in discussione nei primi anni Novanta (Mowbray & Moxley, 1994; Farkas, et al., 1997). Queste ricerche longitudinali hanno contribuito al superamento della convinzione che il deterioramento è l'esito della malattia mentale e hanno costituito il fondamento scientifico della nascita del concetto di Recovery, apparso per la prima volta negli anni '80 nelle testimonianze dei pazienti che si sono "ripresi". Per tali utenti riprendersi significa "sviluppare in modo personale nuovi significati e propositi man mano che le persone si evolvono oltre la catastrofe della malattia mentale" (Anthony, 1993). Il percorso attraverso il quale ci si pone come obiettivo la recovery del paziente è caratterizzato da un lavoro condiviso con i vari specialisti in differenti aree che interessano la vita della persona. È necessario sviluppare un lavoro rivolto al reinserimento della persona nel contesto sociale: l'intervento, dunque, si organizzerà in ambito psicopatologico e cognitivo, sociale, abitativo, lavorativo e delle autonomie personali in genere. Si parla dunque di interdipendenza delle figure professionali e di interventi integrati, è necessaria la collaborazione per la creazione di un gruppo di lavoro forte e coeso nonché la formazione di un pensiero comune legato al singolo caso. L'obiettivo terapeutico per essere orientato alla recovery deve essere legato al concetto di vita reale, distaccandosi da quello di istituzionalizzazione e custodia del paziente all'interno delle strutture residenziali, le quali possono far parte del percorso ma che per essere funzionali necessitano di un punto d'inizio e di fine, stabilite dai decreti legislativi in base al livello di protezione delle stesse. Un percorso prolungato all'interno delle medesime può provocare lo sviluppo di un senso di dipendenza da parte del paziente verso il servizio, nonché portare ad un mancato sviluppo o mantenimento delle proprie autonomie personali.

1.3 CONCETTUALIZZARE IL TERMINE RECOVERY

Il termine inglese Recovery viene solitamente italianizzato con il significato di "guarigione". Questa traduzione per certi versi potrebbe però essere ritenuta errata, poiché all'interno del significato della parola si vuole dare maggiore spazio ai componenti del processo di cura e riabilitazione, contrariamente al sottolineare unicamente l'esito di esso.

È molto più apprezzato nella letteratura odierna l'utilizzo del termine "to recover", il quale viene tradotto come recupero, ristabilizzare, riorganizzare; permette di ridefinire ciò che significa riabilitazione, considerando le peculiarità delle persone stesse ed i differenti livelli di gravità della patologia in oggetto.

Così facendo, si offre uno scenario di gran lunga più vasto e fornito di opzioni e possibilità per l'individuo, si differisce da tutti i "percorsi" vincolanti ed istituzionalizzati conosciuti nella storia della psichiatria fino ad oggi.

1.4 EMPOWERMENT E RISORSE TERRITORIALI

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Empowerment del paziente è un processo per aiutare gli utenti ad acquisire il controllo, che include le persone che prendono l'iniziativa, risolvono i problemi e prendono decisioni, e può essere applicato a diversi contesti nell'assistenza sanitaria e sociale e nell'autogestione. (Kickbusch, 2012)

Il concetto di empowerment nacque e si sviluppò negli anni Cinquanta del '900, in seguito all'implementazione di iniziative di difesa rispetto ai diritti degli utenti, istituiti per ottenere atti legislativi favorevoli ad essi, ed alla cura, e trattamenti più efficaci.

Diversi aspetti sono compresi nel significato di empowerment del paziente.

Essi includono l'alfabetizzazione sanitaria, l'autogestione delle malattie croniche e il ruolo della tecnologia. L'empowerment riguarda anche il rispetto dei diritti e della voce dei pazienti.

Per rendere possibile ciò in diversi stati del mondo, come ad esempio in Danimarca, si è provveduto con un maggiore coinvolgimento dei pazienti nella progettazione delle politiche nazionali, per rendere i sistemi sanitari più intuitivi e le informazioni più accessibili. (2012)

Esso si è visto essere fondamentale per garantire la possibilità di autonomizzare e di conseguenza riabilitare gli utenti nei vari contesti di vita.

L'empowerment psicologico è, secondo Zimmerman (1990), "il senso di padronanza e controllo su ciò che riguarda la propria vita"; farebbe riferimento a qualcosa di intrinseco al soggetto in relazione con il mondo, qualcosa di soggettivo (un sentimento, un vissuto di sé) che attiene l'uso che l'individuo sente di sapere e di potere fare delle proprie risorse personali e delle risorse che può

acquisire. L'empowerment nella sua interezza è, quindi, dato dall'unione e dalla sinergia dell'empowerment psicologico e da quello soggettivo-ambientale. Quest'ultimo è rappresentato sia dalle risorse che dalle possibilità fornite dall'ambiente medesimo.

All'interno della sfera dell'empowerment psicologico rientrano:

- attribuzione al sé per obiettivi raggiunti;
- percepirsi autoefficaci e quindi in grado di “saper fare”;
- percezione di essere muniti di una visione positiva rispetto a skills in specifiche aree della vita;
- motivazione rispetto all'azione, alla gestione e desiderio di padronanza decisionale sui diversi fattori;
- hopefulness e convinzione di controllabilità degli eventi;
- ideologia della potenzialità di influenza sui diversi avvenimenti e soprattutto sui cambiamenti.

L'empowerment può essere proposto come obiettivo generale della presa in carico e si esprime in un percorso di cura che vede come risultato non soltanto la “guarigione” del disturbo ma anche l'attivazione complessiva di un soggetto interagente nel suo ambiente sociale e comunitario.

1.5 STORIE DI RECOVERY E PRIMI ESEMPI DI ESP

Già dalla fine degli anni 90, grazie al cambiamento ideologico ed operativo in ambito di presa in carico, progettualità e riabilitazione psichiatrica, iniziarono a generarsi e diffondersi le prime testimonianze di utenti della salute mentale che avevano raggiunto uno stato di compenso e di recovery.

Patricia Deegan, psicologa clinica e ricercatrice, è ad oggi una delle maggiori esponenti di rilievo del movimento della Recovery; dopo aver ricevuto una diagnosi di schizofrenia, a 17 anni, espone al mondo, in maniera molto chiara ed esplicita attraverso “il fiore della recovery” la sua esperienza di malattia, il coraggio, la forza e la motivazione che l'ha spinta a cambiare il decorso della propria vita. Il fiore rappresenta la persona nella sua integrità ed i petali, nello specifico, l'unicità. Un'unicità fatta anche di incertezze, paure. Pat Deegan fornì per la prima volta una spiegazione precisa di quello che significa per un utente prendere in mano la propria vita e ricostruire, o meglio riassemblare, pezzo per pezzo tutto ciò che la compone, creando così una situazione di benessere

generale ed alzando il livello di qualità della vita, fornendo l'accesso ad ogni possibilità, desiderio.

Ecco, dunque, come la Deegan sia un perfetto esempio di ciò che oggi prende il nome di "Esperto per esperienza" e che fino a qualche anno fa veniva definito "Facilitatore Sociale". Grazie alla sua esperienza, infatti, ha deciso di mettersi a disposizione ed essere d'aiuto ad altri utenti che come lei sono affetti da una patologia psichiatrica. L'aver vissuto l'esperienza in prima persona, sulla propria pelle, unitamente al percorso di studi intrapreso, ha permesso di apportare un enorme contributo, cristallizzando nuovi concetti evidence based che hanno favorito la formulazione e nascita di nuove pratiche riabilitative valide, funzionali ed attuabili.

Ad oggi le testimonianze di persone che hanno intrapreso questo coraggioso viaggio sono numerose. Questo ci aiuta a comprendere come sia ormai evidente che la riorganizzazione delle linee guida metodologiche tenga conto dei bisogni reali degli individui, centrando quindi l'obiettivo della riabilitazione.

2. LA RIABILITAZIONE IN PSICHIATRIA

2.1 DEFINIZIONE DI RIABILITAZIONE IN PSICHIATRIA

Il vocabolario della lingua italiana definisce la riabilitazione come:

“complesso delle misure mediche, fisioterapiche, psicologiche e di addestramento funzionale intese a migliorare o ripristinare l'efficienza psicofisica di soggetti portatori di minorazioni congenite o acquisite: a seconda dei casi, mira a realizzare l'autosufficienza nel soddisfacimento dei bisogni elementari, il miglioramento delle attitudini ai rapporti interpersonali, il recupero parziale o totale delle capacità lavorative e il collocamento in un adeguato posto di lavoro che consenta un'autonomia economica o, nei casi di seria menomazione psicofisica, rappresenti essenzialmente una misura ergoterapica. Rappresenta la terza fase dell'intervento medico, successiva e complementare a quelle di ordine preventivo e diagnostico-curativo, e riveste la massima importanza in alcuni settori, per cui si distinguono la r. cardiologica, la r. respiratoria, la r. ortopedica, la r. neurologica, la r. psichiatrica.” (Treccani)

Questa definizione generale ingloba completamente ciò che più specificatamente rientra nella progettualità riabilitativa personalizzata propria della psichiatria. La

riabilitazione psichiatrica in Italia è regolamentata da diverse normative a livello legislativo, con l'obiettivo di tutelare i diritti delle persone con disturbi mentali e garantire loro accesso a cure adeguate, inclusi interventi di riabilitazione psichiatrica.

Ecco una panoramica delle principali normative che istituiscono e regolano questo ambito:

1. **Legge Basaglia n. 180**; (1978)

2. **Legge 833** (1978): la Legge 833/1978 istituisce il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e definisce i principi di universalità, uguaglianza ed equità nell'accesso alle cure. Per quanto riguarda la salute mentale e la riabilitazione psichiatrica, la legge:

- stabilisce che il SSN garantisca la prevenzione, cura e riabilitazione in ambito psichiatrico;
- sottolinea l'importanza dei servizi territoriali per la cura dei disturbi mentali, includendo interventi di riabilitazione come parte integrante delle cure;

3. **Progetti Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale** (1994, 1998): questi Progetti Obiettivo fanno parte della programmazione nazionale in ambito sanitario e rappresentano documenti programmatici del Ministero della Salute. I principali punti rilevanti includono:

- promozione della riabilitazione psichiatrica come parte integrante delle cure;
- sviluppo di percorsi di cura e riabilitazione personalizzati;
- potenziamento delle strutture riabilitative e dei Centri di Salute Mentale;

4. **D.P.R. n. 238** (1999): questo Decreto del Presidente della Repubblica riguarda l'organizzazione dei servizi riabilitativi in ambito psichiatrico. Si evidenzia:

- l'importanza della riabilitazione psichiatrica nel recupero della persona affetta da disturbi mentali;
- definizione dei criteri e modalità per l'erogazione di servizi riabilitativi psichiatrici;
- definizione del ruolo del sistema territoriale nel processo di recupero e reinserimento sociale del paziente;

5. **Legge quadro** (2000): si occupa di creare un sistema integrato di interventi e servizi sociali, includendo anche servizi di assistenza e riabilitazione per persone con disturbi mentali. Essa:

- promuove la collaborazione tra servizi sanitari e sociali per la presa in carico e la riabilitazione dei pazienti psichiatrici;

- prevede piani individualizzati per la riabilitazione e il reinserimento sociale;

6. **Il Piano Nazionale della Salute Mentale** (2013) rappresenta un quadro strategico per l'organizzazione dei servizi di salute mentale in Italia. Le linee guida indicano:

- la necessità di potenziare i servizi di riabilitazione psichiatrica;
- sottolineano l'importanza di percorsi di recupero personalizzati, volti a migliorare la qualità della vita delle persone affette da disturbi mentali;

7. **Amministrazione di Sostegno** (Legge 6, 2004): questa legge introduce la figura dell'amministratore di sostegno, una misura di tutela giuridica che può essere attivata per persone con difficoltà, inclusi i pazienti psichiatrici. Essa si inserisce nell'ambito della riabilitazione psichiatrica poiché:

- agevola il processo di reintegrazione sociale e l'accesso ai servizi riabilitativi;
- tutela i diritti delle persone con disturbi mentali, garantendo loro supporto legale;

8. **Requisiti per le strutture riabilitative** (Decreto Ministeriale, 2000): esso stabilisce i requisiti minimi per l'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano servizi di riabilitazione psichiatrica, specificando:

- le modalità organizzative e i criteri di qualità per le strutture residenziali e semi-residenziali;
- l'importanza dell'integrazione tra servizi sanitari e sociali per la riabilitazione psichiatrica;

9. **Normative Regionali**: molte Regioni italiane hanno adottato normative e piani regionali specifici per la riabilitazione psichiatrica, sviluppando reti territoriali per la cura e il reinserimento sociale dei pazienti.

Queste normative rappresentano il quadro legislativo che ha istituito e regolamentato la riabilitazione psichiatrica in Italia, integrando aspetti sanitari, sociali e giuridici per garantire un trattamento efficace e rispettoso dei diritti delle persone con disturbi mentali.

Nell'ambito della riabilitazione sono implicate differenti figure professionali che lavorano, integrandosi in un'equipe interdisciplinare.

Rientra tra le "nuove" professioni quella del Tecnico della riabilitazione psichiatrica (TeRP).

2.2: IL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

Sulla base della necessità di interventi riabilitativi efficaci Evidence Based e ispirati ai principi della Recovery, nel 2001, con il Decreto n.182, il Ministero della Sanità ufficializza l'istituzione della figura del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP). Il TeRP è un professionista sanitario che in seguito alla valutazione del quadro psicopatologico, sociale-relazionale ed ambientale dell'utente, stila assieme all'équipe ed interviene nel progetto terapeutico personalizzato attraverso pratiche riabilitative. Opera in contesti pubblici o privati in regime di dipendenza o di libero professionale.

Il tecnico della riabilitazione psichiatrica è un professionista sanitario che, in seguito al conseguimento del diploma universitario abilitante, svolge, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, interventi riabilitativi e educativi, rivolti ad utenti affetti da disabilità psichica.

Collabora alla valutazione globale della persona, nella quale rientrano 4 aree principali:

- *area psicopatologica;*
- *area della cura del sé ed igiene personale;*
- *attività lavorative e/o socialmente utili;*
- *relazioni sociali e familiari;*

In seguito, identificherà con l'utente ed il resto dell'équipe multidisciplinare gli obiettivi terapeutici e riabilitativi volti alla formulazione dello specifico piano di intervento mirato al recupero e/o sviluppo del soggetto in trattamento. Può attuare, inoltre, interventi volti all'inserimento in un'attività lavorativa. Si può adoperare nello svolgere prevenzione primaria sul territorio, per promuovere lo sviluppo delle relazioni di rete, favorire l'accoglienza e la gestione delle situazioni a rischio. Il TeRP può estendere l'intervento anche alle famiglie e al contesto sociale dei soggetti, allo scopo di favorirne il reinserimento nella comunità; collabora alla valutazione degli esiti del progetto riabilitativo dei singoli soggetti, in relazione agli obiettivi prefissati. Può, inoltre, contribuire alla formazione del personale e deve, per quanto riguarda sé stesso, prendere parte annualmente a corsi di aggiornamento.

Come ogni figura professionale che si rispetti, il TeRP, deve disporre di diverse competenze, sia in ambito relazionale e sociale che organizzativo. Le prime sono ad esempio l'empatia, l'assertività, il non giudizio, il rinforzo positivo e negativo,

l'ascolto attivo. In quelle del secondo tipo rientrano il saper gestire e organizzare il proprio lavoro secondo le finalità dell'ente per cui si opera.

La figura professionale si è diffusa negli ultimi anni anche nella Regione Veneto, con l'implicazione di essa sia nei contesti residenziali che semi residenziali, sia in ambito di servizio pubblico che di privato.

2.3 GLI AMBITI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

Quando si va ad esplorare più approfonditamente l'argomento della riabilitazione si denota come essa si componga di più materie disciplinari, ognuna essenziale alla ripresa dell'utente in cura.

Essi possono essere categorizzati nelle seguenti macroaree:

- **Farmacologica**: quest'area è di competenza propria del medico psichiatra e dell'infermiere professionale in quanto figure abilitate e formate rispetto all'utilizzo ed alla composizione dei farmaci, sia specifici per la psicopatologia che no. La terapia farmacologica è solitamente uno dei primi step della presa in carico del paziente, poiché essa punta a stabilizzare la sintomatologia più "reattiva", come ad esempio i sintomi positivi nella schizofrenia o gli agiti auto-etero aggressivi nei disturbi di personalità (...). È nota di progresso quella che viene chiamata "compliance" farmacologica: se l'utente accetta la prescrizione della stessa, la assume regolarmente e ne denota i benefici ci troviamo di fronte ad una situazione di 'aderenza'. Questo viene considerato come passaggio fondamentale per la riabilitazione perché, in un certo senso, c'è una scelta ben definita dell'individuo che è quella di voler riprendere in mano il controllo della propria mente anziché permanere nel loop sintomatologico che potrebbe portare in seguito alla cronicizzazione del disturbo.
- **Psicoterapica**: la psicoterapia è da sempre un intervento che registra notevoli miglioramenti in una buona parte dell'utenza psichiatrica, in particolar modo attraverso l'utilizzo delle terapie CBT ed IPT. È un intervento di competenza dello psicologo psicoterapeuta. Recenti studi denotano come il 70% degli utenti che partecipano con continuità alle sedute psicoterapiche presentino notevoli progressi. Ciò però non è solo dovuto dalla psicoterapia, o

dall'approccio utilizzato, ma soprattutto dal legame terapeutico che il professionista riesce ad instaurare con il proprio assistito. Dalla letteratura, però, sappiamo che ad oggi l'intervento psicoterapico che dimostra maggiori risultati nel trattamento del disagio psichico è la terapia cognitivo comportamentale.

- **Cognitiva:** l'ambito della riabilitazione cognitiva viene maggiormente implicato nel trattamento di disturbi neurodegenerativi come le sindromi neurologiche oppure le demenze. È scientificamente noto, però, come essa abbia registrato ottimi risultati anche utilizzata come intervento per disturbi psichici in cui si ha un'alterazione con conseguente decadimento delle funzioni cognitive, come la schizofrenia. Tra i trattamenti utilizzati ci sono quelli individuali, come la CRT (Cognitive Remediation Therapy), CAT (Cognitive Adaptation Training) e NET (Neurocognitive Enhancement Therapy; esistono anche una serie di interventi gruppalì come ad esempio: la CCT (Compensatory Cognitive Training), l' IPT (Terapia Psicologica Integrata), la CLT ("Asse" Casa Lavoro Tempo Libero) e l'INT (Integrated Neurocognitive Therapy). I trattamenti di rimedio cognitivo possono essere di tipo computerizzato, utilizzando quindi dei software appositi, oppure attraverso carta e penna. Un altro intervento che rientra nella riabilitazione cognitiva è la MCT (Metacognitive Training). Tutte le figure professionali coinvolte nella presa in carico dell'utente possono, se formate adeguatamente, svolgere queste diverse attività in collaborazione tra loro.
- **Psicosociale:** la riabilitazione psicosociale si compone di una serie di interventi riabilitativi volti a diverse aree di interesse e di vita della persona. Le attività di questo tipo sono definite evidence based, cioè basate sull'evidenza, e solitamente sono di natura cognitivo-comportamentale. Esse vengono svolte da diverse figure professionali all'interno dei servizi. Il tecnico della riabilitazione psichiatrica riceve una formazione specifica durante il percorso universitario per poter svolgere le suddette attività ma esistono anche dei corsi di formazione proposti dai diversi servizi sul territorio in cui è possibile apprendere le competenze necessarie allo svolgimento di esse. Tra le attività più note abbiamo il SST (social skills training), la Psicoeducazione (come ad esempio IMR, Illness management and recovery), il coping training, la parte del training delle skills nella DBT (Dialectical behaviour therapy). Questi interventi hanno una matrice comportamentale in quanto hanno alla base, come obiettivo principale, l'apprendimento di strategie che possano essere utili

per l'utente da implicare nella vita quotidiana, sia come prevenzione delle ricadute o dei comportamenti disfunzionali, sia per aumentare le competenze e le skills relazionali e sociali.

- **Familiare:** all'interno della macroarea degli interventi di natura psicosociale rientra anche tutta quella parte di trattamento che viene rivolta ai familiari dell'utente. Sono diverse le attività che è possibile proporre, è quindi buona prassi analizzare preventivamente il contesto familiare e spesso abitativo per decidere assieme all'equipe in quale gruppo inserirli. Ciò che risulta avere maggiore utilità sono gli incontri di Psicoeducazione oppure i gruppi di auto aiuto. È importante per i familiari saper riconoscere segni e sintomi della psicopatologia, apprendere le strategie di gestione e soprattutto avere un supporto emotivo e relazionale offerto sia dai professionisti che da altre persone aventi esperienze simili con cui potersi scambiare racconti di esperienze e confrontandosi.
- **Lavorativa:** un altro tassello importante nel processo di recovery sono le attività socialmente utili e produttive, quale può essere il reinserimento all'interno del mondo del lavoro. Questo processo deve essere adattato allo stile di vita dell'utente, nonché ai suoi valori e credenze ed alle sue passioni. Solitamente all'interno di questo procedimento cooperano diversi membri dell'equipe, tra cui: l'assistente sociale, i medici curanti, i tecnici della riabilitazione psichiatrica e educatori, gli operatori in genere. Potrebbero essere implicati nella progettualità dell'intervento anche degli organi esterni come, ad esempio, educatori o altre figure professionali facenti parte dell'ufficio SIL, Servizio di integrazione lavorativa. Esso è un articolato sistema di servizi per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità; istituito presso le Aziende Ulss, si rende necessario per programmare e realizzare l'integrazione lavorativa e sociale delle persone portatrici di disabilità fisica oppure psichica.

2.4 L'IMPORTANZA DELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE:

L'equipe multidisciplinare in psichiatria riveste un'importanza cruciale, poiché l'assistenza ai pazienti con disturbi psichiatrici richiede un approccio olistico che integri diverse competenze e prospettive.

I principali vantaggi dell'equipe multidisciplinare in psichiatria sono:

- *l'approccio al paziente di tipo olistico*: questo avviene perché i disturbi mentali non colpiscono solamente l'aspetto psicologico ma hanno anche ripercussioni fisiche oppure sul contesto sociale e familiare. Un'equipe multidisciplinare permette di considerare tutte le dimensioni qui sopra citate, offrendo un'assistenza più completa;
- *la diversità delle competenze*: l'equipe generalmente è composta da diverse figure professionali, le quali contribuiscono con le proprie competenze specifiche alla cura del paziente. Solitamente in un'equipe multidisciplinare ritroviamo le seguenti figure professionali: psichiatri, psicologi e psicoterapeuti, infermieri, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori, e operatori socio-sanitari. Gli psichiatri si occupano principalmente delle diagnosi mediche e del trattamento farmacologico, gli psicologi del supporto terapeutico e psicoterapia, gli infermieri monitorano quotidianamente il paziente e gestiscono nella pratica il trattamento, gli assistenti sociali si occupano del supporto nelle dinamiche sociali e familiari nella gestione delle risorse, tecnici della riabilitazione psichiatrica e educatori reintegrazioni sviluppo di abilità e strategie funzionali del paziente, gli operatori socio-sanitari vivono nel quotidiano l'integrità delle dimensioni del paziente all'interno delle strutture riabilitative residenziali e semiresidenziali. Un lavoro di squadra permette di creare un piano di trattamento personalizzato in base alle esigenze proprie di individuali del paziente stesso che possa tenere conto delle sue specie di che condizioni cliniche e psicopatologiche, nonché dell'anamnesi personale e del contesto di vita in cui è inserito. Il progetto personalizzato migliora l'efficacia del trattamento in toto. Essere un'equipe significa garantire comunicazione continua tra vari professionisti facilitando così la continuità delle cure, riducendo il rischio di omissioni o di errori.
- *il supporto alle famiglie*: l'equipe promuove un contesto familiare sano ed inclusivo, facilita le relazioni collaborative fornendo supporto informativo, educativo e riabilitativo.
- *la qualità del trattamento*: la possibilità di discutere del caso valutando assieme diverse prospettive, contribuisce a migliorare l'accuratezza e l'appropriatezza diagnostica.

Tra le varie componenti del lavoro multidisciplinare il principio fondamentale è la collaborazione. Grazie ad essa, infatti, i professionisti impegnati sul caso sviluppano una conoscenza del caso e dei trattamenti completa. Ciò viene utile e di supporto anche nella frequentazione di professionisti esterni al progetto. Le informazioni riferite sul paziente, infatti, risultano più chiare ed intuitive anche a chi non è a conoscenza dell'anamnesi complessiva.

2.4.1 INTERDIPENDENZA TRA LE DIVERSE FIGURE PROFESSIONALI, INTERVENTI INTEGRATI, SVILUPPO DI UN PENSIERO COMUNE

All'interno dell'equipe di multidisciplinare è importantissimo sviluppare un pensiero comune ed eliminare immediatamente tutti quegli ostacoli che possono rendere più difficoltoso e meno fluido il lavoro di gruppo. È fondamentale definire in modo chiaro i ruoli e le responsabilità di ogni membro dell'equipe, per evitare confusione o sovrapposizioni. Vien da sé sia necessario coordinare i vari professionisti, questo richiede tempo e risorse che alle volte viene reso complesso, soprattutto all'interno delle strutture riabilitative in cui le tempistiche ed il personale si ritrovano ad essere limitate. È necessario mantenere un buon livello di comunicazione con tutti i membri per garantire coerenza, comprensione ed efficacia di ogni intervento implicato nel trattamento. L'equipe multidisciplinare rappresenta un modello essenziale in psichiatria per fornire cure più efficaci, complete e personalizzate, migliorando al contempo i risultati clinici e la qualità di vita del paziente.

Ogni intervento riabilitativo andrà tarato dunque in primis sulle necessità ed i bisogni dell'utente ed in secondo momento sulle risorse del gruppo di lavoro.

Compito fondamentale dell'equipe sarà anche quello di notificare ed in seguito lavorare ed intervenire sullo stigma. Sia riguardo gli utenti che del contesto. Questo si rende più semplice ed efficace con una salda unione del gruppo e si collega al concetto precedentemente elencato: è necessario sviluppare un'idea di miglioramento continuo comune.

3. FIGURA DELL'ESPERTO NEL SUPPORTO TRA PARI

3.1 L'ESPERTO NEL SUPPORTO TRA PARI

L'ESP, Esperto per esperienza, è una persona utente del Servizio di salute mentale che, data la sua esperienza personale di malattia, si rende disponibile nel figurare come supporto ed aiuto per altri pazienti all'interno del loro percorso di cura.

Dal momento in cui è riuscito ad arrivare alla Recovery, è la stessa storia personale dell'ESP ad essere il modello a cui ispirarsi e trarre fiducia e speranza. Gli utenti esperti stessi possono beneficiare dell'attività di StP (Supporto tra Pari) come l'esperienza rivela e come la letteratura scientifica conferma. L'aiuto, in sintesi, assicura benessere e sollievo reciproco tra le parti.

L'esercitare questa nuova professione di aiuto consente anche una fonte di reddito non trascurabile per chi spesso ha perso il lavoro a causa del disturbo mentale, consentendo un uso produttivo della propria vicenda di malattia. (Lieberman, 2012).

Il cammino di riconoscimento di questa importante figura professionale è iniziato l'anno scorso durante la prima Conferenza nazionale di utenti e familiari Esp a cui hanno partecipato 43 realtà italiane, di 11 regioni diverse, attive nel supporto tra pari. Da quell'incontro è nata la prima carta nazionale degli esperti in supporto tra pari in salute mentale.

Nella grande maggioranza delle nazioni europee e del nord America si registra un'enorme presenza di Esp, riconosciuti dai sistemi sanitari pubblici in cui sono inseriti e anche dagli organi internazionali legislativi.

La Carta italiana fa riferimento alla guida *"One-to-one peer support by and for people with lived experience. Who quality rights guidance module"* realizzata dall'Organizzazione mondiale della sanità. (2019)

L'obiettivo principale della Carta Nazionale è quello di riuscire a far riconoscere, a livello istituzionale e giuridico, la figura dell'esperto in supporto tra pari. Il corso di formazione per ESP istituito è stato il primo passo verso questo scopo. A giugno 2022, si è tenuta a Bologna la Convention nazionale di utenti e familiari esperti nel supporto tra pari, al fine di promuovere la figura dell'Esp e farla conoscere in tutto il territorio italiano ed auspicare alla formazione di una Rete

nazionale di realtà concrete in cui si praticano interventi di supporto tra pari in ambito di salute mentale. La possibilità di guarire da un disturbo psichiatrico, ad esempio la schizofrenia, si materializza oggi con l'emergere di nuovi professionisti: i *peer support worker*. Queste persone hanno vissuto l'esperienza di un disturbo di salute mentale e hanno seguito una formazione per contribuire al recupero di altri. (Sticher L, 2017).

La Commissione per la salute mentale del Canada definisce il supporto tra pari come "una relazione di supporto tra persone che hanno un'esperienza vissuta in comune... in relazione a una sfida o malattia di salute mentale... correlata alla propria salute mentale o a quella di una persona cara" (Forchuk et al., 2016). È importante ricordare, però, che la definizione ESP indica sia la figura professionale istituita in ambito psichiatrico ma fa riferimento anche a tutte le altre persone che hanno avuto esperienza di malattia psichica in genere, anche se non formate, o che hanno deciso di intraprendere diverse strade a livello lavorativo.

3.2 FORMAZIONE PROFESSIONALE DELL'ESPERTO NEL SUPPORTO TRA PARI

Il primo corso di formazione nazionale per diventare esperti tra pari in ambito psichiatrico ha preso il nome di "Ex-In"; è stato finanziato dal ministero della Salute e coordinato dal DSM dell'Asl di Torino.

L'obiettivo del corso di formazione, che nasce da un progetto europeo, era ed è tutt'ora quello di coinvolgere all'interno dei servizi di salute mentale persone "esperte per esperienza", cioè che hanno vissuto in prima persona la sofferenza psichica e sono, o sono stati, utenti dei servizi di salute mentale, e dare loro la possibilità di diventare parte integrante nel percorso alla *recovery* di altri individui. La formazione, infatti, si fonda sulla valorizzazione del proprio sapere esperienziale.

Esso dura 12 mesi e prevede sia una parte teorica che una o più esperienze di tirocinio sul campo. Ad oggi non esiste un inquadramento professionale regolarizzato per l'esperto tra pari.

Gli obiettivi principali e lo scopo del progetto del corso di formazione sono: acquisire le competenze necessarie su elementi di psichiatria e di farmacologia, conoscere elementi di igiene e di sicurezza, conseguire ed implementare

elementi sulla gestione dei gruppi, con particolare attenzione all'esperienza dell'auto mutuo aiuto.

Le lezioni sono tenute da altri ESP già formati oppure dagli operatori del servizio e si basano molto sul confronto e sulla discussione tra i partecipanti. L'esame finale viene certificato da una scuola regionale riconosciuta, presente solo in alcune regioni d'Italia. La selezione è un passaggio necessario in relazione al percorso che il candidato intende fare e alla formazione che ne segue. L'autocandidatura è l'elemento necessario da cui parte il processo selettivo. (Giovanazzi & Puecher, 2023) La selezione va fatta congiuntamente da esperti attivi e da operatori dell'organizzazione interessata. Nella selezione vanno particolarmente ricercate e valorizzate le motivazioni e le aspettative del candidato. La selezione è vista come accompagnamento per entrare nel mondo degli esperti. È occasione per valutare gli aspetti umani ed empatici e la capacità di assumersi responsabilità da parte del candidato. Non è mai occasione di giudizio. Va vista in continuità con la formazione. Le caratteristiche del candidato da valorizzare nella selezione sono: disponibilità alla formazione, apertura alla relazione, empatia, disponibilità a mettersi in gioco, assenza di eccessi di protagonismo. Il sapere esperienziale è il fondamento delle competenze proprie dell'esperto. L'unico requisito necessario e rilevante per accedere ai corsi professionalizzanti è avere avuto un'esperienza vissuta di problemi di salute mentale, non si vede necessario disporre di uno specifico titolo di studio. L'esperienza matura attraverso la creazione di un personale percorso di recovery. Il percorso di selezione garantisce trasparenza e veridicità in tutte le fasi, avviene attraverso colloqui strutturati con altri ESP ed operatori.

3.3 CONTESTI IN CUI OPERA L'ESPERTO PER ESPERIENZA

L'esperto per esperienza negli stati esteri è già implicato enormemente nei vari contesti di cura e riabilitazione delle psicopatologie e delle dipendenze. Anche nello Stato italiano la figura è presente da diversi anni, riconosciuta per di più con la denominazione di facilitatori sociali. Ciò che fino ad ora è stata la maggiore attività tenuta dagli Esp è stata quella di condurre i gruppi di auto-mutuo-aiuto, soprattutto nel campo delle tossicodipendenze, sia a livello territoriale che all'interno delle strutture riabilitative. Un esempio ne è la comunità di San Patrignano, all'interno della quale le persone che hanno terminato il percorso di

disintossicazione prolungano il loro soggiorno in struttura ma in vesti differenti, quelle cioè di operatori con esperienza che offrono le loro abilità e competenze acquisite come aiuto efficace per chi ancora sta proseguendo il lavoro su sé stesso. Di base, l'esperto nel supporto tra pari può operare in tutti i contesti di cura della salute mentale. È idoneo a lavorare in tutte le aree dei Dipartimenti. Esistono soggetti del Terzo settore costituiti da esperti, attivi nei diversi ambiti. È auspicabile l'implementazione di tali esperienze che dimostrano le capacità d'iniziativa e di fare impresa degli esperti. L'associazionismo è un ambito nel quale l'esperto può esprimere a pieno titolo la propria aspirazione a essere cittadino attivo, sia con azioni di volontariato rivolte a persone fragili e cittadini, sia con azioni di cambiamento culturale e di lotta allo stigma. In questi contesti gli esperti sono portatori di una visione dello sviluppo sociale basata sulla trasformazione delle difficoltà in risorse. Particolare importanza hanno progetti di promozione della salute mentale rivolti ai giovani.

Si afferma che l'esperto può:

- *essere una presenza importante negli ambiti orientati ad una dimensione comunitaria;*
- *promuovere un modello di volontariato basato su una formazione continua e una pratica che valorizza l'esperienza vissuta.*

3.3.1 INTEGRAZIONE DELL'ESP NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE: ESPERIENZA DELL'ASSOCIAZIONE 'L'ALBA'

Durante quest'ultimo anno di Corso di Studi, ho avuto modo di effettuare un'esperienza di tirocinio della durata di circa due mesi presso l'Associazione 'L'Alba', situata a Pisa, in Toscana. L'associazione è gestita da un Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, il quale dopo aver incontrato degli utenti della salute mentale presso un gruppo di auto aiuto che si svolgeva all'ospedale civile Santa Chiara di Pisa, ha denotato l'efficacia ed i risultati notevoli che questa attività apportava al benessere complessivo dei partecipanti. Presso questa realtà, infatti, dagli inizi degli anni 2000 sono impiegati nella gestione di tutte le sue attività degli Esperti per esperienza. Alcuni di loro conducono e moderano i gruppi di auto aiuto e seguono i progetti di 'abitare supportato' (GAP), altri si occupano della gestione della segreteria e delle mansioni più burocratiche, nonché si occupano di organizzare e promuovere gli incontri di prevenzione sul territorio.

Gli esperti che sono implicati in queste funzioni hanno conseguito il riconoscimento di ESP del corso precedentemente presentato. Altri utenti frequentanti l'associazione che hanno acquisito, nel corso dei loro percorsi di cura, un elevato livello di autonomie e competenze personali svolgono delle mansioni di tipo ristorativo, regolate da un inserimento lavorativo. L'associazione, infatti, è munita sia di spazi per le attività pratiche o verbali di riabilitazione socio-relazionale e psicosociale ma possiede anche delle realtà ristorative, balneari e di catering dove è possibile proporre un progetto in ambito lavorativo all'utente frequentante. Gli Esp sono parte dell'equipe multidisciplinare allo stesso modo di tutte le altre figure professionali collaboranti con l'associazione, partecipano ai nuovi inserimenti, alle valutazioni dei casi e decisioni delle attività, alla stesura dei PTRP (progetto terapeutico riabilitativo personalizzato). È regolarmente prevista la loro presenza alle riunioni interne d'equipe ma anche a quelle con il dipartimento di salute mentale, dunque il servizio pubblico. Durante la mia permanenza presso questa associazione ho potuto denotare personalmente quanto il rapporto tra gli utenti e gli utenti esperti sia efficace, funzionale e produttivo. Le opinioni dei partecipanti riguardo la conduzione di questa nuova figura sono state sempre entusiaste, le persone ponevano il focus su quanto fosse importante poter confrontare la propria situazione con la vita di qualcuno che "ce l'ha fatta", "ha trovato la via", "è uscito dal buio".

3.3.2 INTEGRAZIONE DELL'ESP NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE: LA REALTÀ DEL DSM DI TRENTO

Nella provincia autonoma di Trento la figura dell'utente esperto è inserita già da diversi anni all'interno dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari. Gli ESP, come riportato anche da diverse testimonianze, partecipano come volontari nei reparti di SPDC della provincia, svolgono attività ed interventi riabilitativi e supportano gli utenti ricoverati nel loro percorso.

Vengono organizzati, inoltre, dei corsi del *Recovery college*, un luogo di formazione e partecipazione attiva che apre la possibilità a tutta la popolazione di partecipare a questi incontri. Il fine è sia quello di psico educare e sensibilizzare maggiormente i cittadini rispetto al tema della salute mentale, sia favorire ed auspicare ad un aumento del benessere generale e della consapevolezza. Questi incontri di formazione sono condotti e moderati sia da 'esperti per professione' (operatori), che da ESP (utenti e familiari). L'obiettivo

dell'azienda sanitaria, come bene esplicito anche nella circolare emanata riguardo questo evento, è dare valore al sapere esperienziale, poiché grazie ad esso si sono sviluppate conoscenze e strategie di gestione della malattia. (2024). L'associazione trentina che ha introdotto la figura dell'ESP è 'Il Cerchio fareassieme, onlus'.

3.4 ASSOCIAZIONE ITALIANA PROFESSIONALE ESPERTI PER ESPERIENZA (AIPESP)

L'Associazione AIPESP (Associazione italiana professionale esperti per esperienza) nasce con l'idea di lottare per il raggiungimento del riconoscimento professionale della figura dell'esperto per esperienza. È stata costituita il 18 maggio 2024 a Bologna; ne fanno parte 53 soci fondatori, di cui: 37 Esp, 4 Esp familiari, 12 operatori ed altre 32 persone.

Questo percorso è iniziato quasi un decennio fa, quando alcune realtà locali, istituzioni, associazioni e imprese sociali attive nel campo della salute mentale hanno iniziato a sperimentare l'impiego di utenti e familiari esperti nella relazione d'aiuto, convinti che l'esperienza vissuta in prima persona nel percorso di recovery fosse una risorsa preziosissima da valorizzare attraverso percorsi formativi e di professionalizzazione del supporto tra pari.

Lo scopo principale dell'associazione è il riconoscimento professionale dell'Esp da parte del Ministero delle Imprese e del made in Italy.

Gli obiettivi primari dell'Aipesp sono quindi la promozione della figura su tutto il territorio nazionale e della cultura del supporto tra pari all'interno dei servizi pubblici, della comunità, del privato sociale, del mondo del lavoro e dell'Università, il riconoscimento nelle sedi istituzionali competenti per accreditarne il profilo professionale, il percorso formativo e la posizione lavorativa, il sostegno alla ricerca sul sapere esperienziale. Gli Esperti in supporto tra pari possono dare tanto ai servizi, soprattutto nelle equipe, portando quella conoscenza che manca agli operatori.

4. INTERVENTI RIABILITATIVI: IDEE DI COLLABORAZIONE TRA TERP ED ESP

4.1 INTERVENTI RIABILITATIVI DI COMPETENZA DEL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

Negli ultimi dieci anni, in Veneto, la figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica si è diffusa all'interno di tutte le realtà proprie della salute mentale. Come precedentemente anticipato, è noto che le mansioni e le funzioni dei professionisti specializzati in questo ambito siano di svariata natura e vanno da quelle più burocratiche ed organizzative alle altre più pratiche.

Il TeRP si occupa di riabilitazione a 360 gradi, segue infatti per tutto il percorso di cura l'utente e può mettere in atto interventi di diverso tipo.

L'obiettivo generale è quello di favorire resilienza, benessere psicologico ed autonomia nell'utente. Tra gli interventi riabilitativi maggiormente utilizzati dai professionisti del campo troviamo le pratiche *evidence based*: si tratta di interventi riabilitativi psicosociali cognitivo comportamentali caratterizzati da una solida strutturazione. Essi, infatti, sono regolati da manuali metodologici, un setting ben definito ed una composizione dei gruppi mirata, necessari per l'efficacia delle attività proposte.

Tra le attività di competenza del tecnico della riabilitazione psichiatrica ritroviamo:

- *Terapia occupazionale*: si tratta di mettere in pratica delle attività quotidiane, attraverso veri e propri lavori manuali, per sviluppare abilità e competenze pratiche, per favorire l'autonomia;
- *Attività ricreative e ludiche*: esse racchiudono attività artistiche, sportive, musicali e culturali, con il fine di sviluppare la creatività e di favorire un ambiente divertente che possa contribuire allo sviluppo del benessere emotivo;
- *Interventi di gruppo*: essi comprendono gruppi di discussione e terapia di gruppo, per supportare le abilità di ascolto attivo e condivisione di esperienze proprie ed altrui;
- *Interventi individuali*: promuovono il rapporto 1:1 tra terapeuta ed utente, danno modo di creare e rinforzare la fiducia ed il legame terapeutico. È inoltre una modalità prevista per alcune tipologie di interventi di rimedio cognitivo;
- *Training di abilità sociali*: esso consiste nel fornire delle vere e proprie linee guida per apprendere e mettere in pratica abilità, come quella di comunicazione, gestione dei conflitti, ascolto attivo ed assertività;
- *Sostegno emotivo*: è possibile effettuare colloqui di supporto, i quali si differenziano dalla psicoterapia perché non prevedono strutturazione di sedute e metodologie proprie di un approccio. Il terapeuta offre all'utente ascolto attivo e supporto emotivo.

- *Tecniche di gestione dello stress*: in seguito alla specifica formazione del terapeuta, è possibile proporre agli utenti l'insegnamento di strategie di rilassamento, mindfulness, training autogeno ed altre tecniche per la gestione di patologie come l'ansia o per abbassare i livelli di stress;

4.2 MOTIVAZIONI E MODALITÀ DI INTEGRAZIONE DELLA FIGURA DELL'ESPERTO TRA PARI NELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN VENETO

L'integrazione dell'ESP nel supporto tra pari nei servizi di salute mentale rappresenterebbe un'innovazione che potrebbe arricchire notevolmente l'equipe multidisciplinare. Comporterebbe la messa in pratica di un approccio più umano e personalizzato e potrebbe migliorare l'efficacia dei trattamenti in atto. Oltre a fornire supporto fondamentale per il processo di recupero, basato sull'esperienza diretta ed autentica degli stessi, questa inclusione comporterebbe anche un ampliamento di quella che è la rete di sostegno. Essa, infatti, non comprenderebbe più unicamente i professionisti sanitari ma anche persone con esperienze simili. Di conseguenza, anche nella stesura del progetto riabilitativo sarebbero implicate più figure e ciò potrebbe permettere una maggiore presa in carico, a 360 gradi, su tutte quelle che sono le necessità dell'utente in questione. Grazie alla presenza di ESP nelle diverse equipe si procederebbe con la lotta allo stigma. Questa unione, infatti, aumenterebbe la consapevolezza e la conoscenza della Recovery anche tra tutte le figure che operano all'interno dei servizi di salute mentale, così da favorire sempre più la creazione di un ambiente di lavoro stimolante, innovativo ed orientato al miglioramento. Per facilitare l'ingresso di queste nuove figure all'interno del gruppo di lavoro sarebbe auspicabile la presenza di tutti i membri dell'equipe alle riunioni di servizio di intervizione e supervisione, così da favorire un clima di supporto e collaborazione reciproca nonché offrire uno spazio in cui ognuno possa esprimere i propri vissuti emotivi in merito al rapporto con gli utenti; dovrebbero anche essere istituiti corsi di formazione continui così che, sia gli esp che gli altri professionisti, possano sviluppare sempre migliori competenze specifiche dell'ambito.

4.3 PROPOSTE DI INTERVENTI RIABILITATIVI CON CONDUTTORI IL TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA E L'ESPERTO NEL SUPPORTO TRA PARI

Alla luce dell'esperienza presso la realtà di Pisa ed in seguito all'analisi della letteratura sull'implicazione del *Peer support* nei percorsi di cura, ho sviluppato delle proposte di rielaborazione degli interventi riabilitativi *evidence based* maggiormente utilizzati dal Tecnico della riabilitazione psichiatrica.

Nello specifico, la mia idea si basa sulla possibile implementazione della figura dell'esperto nel supporto tra pari nella progettazione e messa in atto dell'intervento, nonché nelle fasi di valutazione e verifica della progettualità stessa. Gli obiettivi generali vorrebbero essere quelli di favorire maggiore stimolazione allo sviluppo di empowerment e resilienza negli utenti, apprendere un maggior numero di strategie dato il confronto delle esperienze, instillare un elevato senso di speranza rispetto al proprio percorso verso la recovery, infondere la consapevolezza che è possibile gestire la malattia mentale in quanto dinamica e non irreversibile.

4.3.1 AUTO-MUTUO AIUTO

La nascita ufficiale dei gruppi di auto aiuto risale al 1935, negli stati uniti, in seguito alla creazione dell'associazione "alcolisti anonimi". Essa si sviluppò dall'idea di due uomini, entrambi alcolisti. Essi, denotarono come la condivisione dei propri problemi e delle proprie sofferenze potesse portare ad una condizione di sollievo e benessere.

L'Organizzazione Mondiale della sanità si pronunciò in questo modo riguardo la pratica riabilitativa: "l'auto aiuto è dato dall'insieme di tutte le misure adottate da non professionisti per promuovere, mantenere o recuperare la salute, intesa come benessere fisico, psicologico e sociale, di una determinata comunità." (1987)

I gruppi in questione sono aperti, non prevedono una strutturazione, di conseguenza non viene ritenuta *evidence based*. Una presenza fondamentale all'interno degli incontri è quella del facilitatore, colui cioè che si occuperà di mediare le interazioni tra i partecipanti ed individuerà, per ogni sessione, la linea da seguire per approfondire le argomentazioni.

4.3.1.1 IL GRUPPO DI AUTO-MUTUO AIUTO PRESSO L'ASSOCIAZIONE ALBA DI PISA

I gruppi di auto aiuto a cui ho partecipato, durante la mia esperienza di tirocinio, erano gestiti dagli ESP.

Si occupavano del reclutamento dei partecipanti e gestivano ogni incontro come facilitatori. L'attività che, una volta alla settimana, veniva svolta nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura, offriva sia uno spazio ai pazienti ricoverati in cui poter esprimere le proprie sensazioni interne, sia un contatto per poter proseguire il percorso una volta dimessi.

Ciò portava i pazienti partecipanti a rassicurarsi, a sentirsi meno soli e più volte veniva riportato quanto avesse valore per loro essere ascoltati da una persona alla pari in una fase così difficile e logorante della loro vita.

Quello che si è notato dall'osservazione delle dinamiche gruppali è come le persone iniziavano a sbloccarsi e a raccontare di loro solo dopo aver compreso che la persona che poneva le domande aveva vissuto la stessa esperienza anni prima. Verbalizzavano apertamente la sicurezza di essere capiti, chiedendo diverse informazioni rispetto al reparto e a quale percorso post dimissione poter intraprendere. Ogni seduta si strutturava all'incirca allo stesso modo. (**Vedi tabella 1**)

Tabella 1: La struttura degli incontri del gruppo AMA nell'SPDC di Pisa.

N. Partecipanti	Variabile.
Durata	2h 30m/3h.
Fase 1	Reclutamento dei partecipanti: durante il "giro visite" l'ESP, accompagnato dall'operatore, comunicava la tipologia di attività del giorno invitando il paziente a partecipare.
Fase 2	Preparazione del setting: sistemazione della stanza, divanetti e sedie in cerchio, non erano previsti altri componenti.
Fase 3	Giro di presentazioni per fare conoscenza: non ci si sofferma unicamente sul nome piuttosto che la residenza, venivano chiesti hobbies, cibi preferiti, caratteristiche personali da portare all'attenzione del gruppo.

Fase 4	'Come ti senti oggi?': emozioni, stati d'animo prevalenti (partecipano anche il conduttore ed i co conduttori).
Fase 5	Tecnica della rottura del ghiaccio: l'ESP inizia a raccontare la sua esperienza invitando in modo indiretto i partecipanti a fare altrettanto. L'esperto non riporta consigli né suggerisce strategie, rimane in ascolto attivo chiedendo eventuali chiarimenti.
Fase 6	Brainstorming riguardo le strategie efficaci, con la possibilità di evidenziare motivazioni.
Fase 7	Fase finale: è possibile proporre esercizi di mindfulness/rilassamento oppure un veloce scambio di idee: "come mi sono sentito?", "come mi sentivo prima del gruppo e come mi sento ora?", "che cosa lascio e che cosa mi porto?"
Fase 8	Saluti e rilascio contatti di gruppi di auto-aiuto promossi su tutto il territorio.

L'Associazione Alba promuove altri gruppi di auto mutuo aiuto, uno fra questi a cadenza trisettimanale, le cui caratteristiche sono simili a quello discusso in precedenza per setting e modalità di partecipazione (gruppo aperto); è stabile da diverso tempo, questo permette all'esp di decidere e proporre argomenti da trattare sempre in condivisione con il resto del gruppo. In questo caso, inoltre, l'ESP gestisce un gruppo Whatsapp fornendo comunicazioni di tipo organizzativo ma anche uno spazio per condividere pensieri, idee, che possono rappresentare l'argomento dell'incontro successivo.

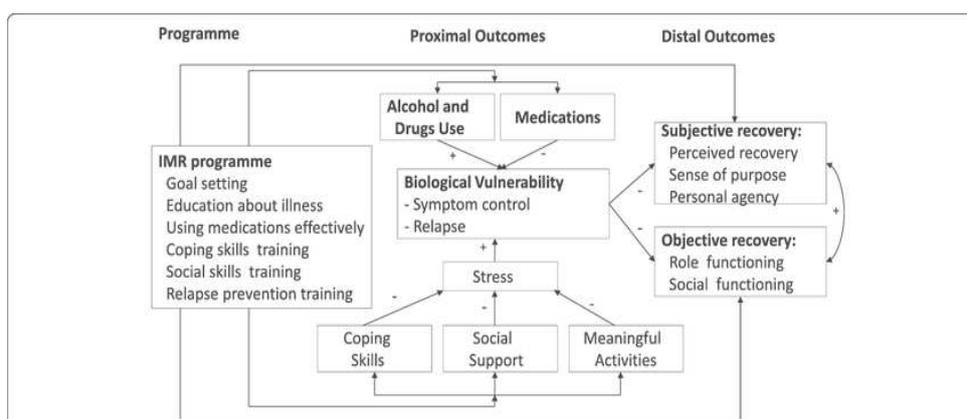
In seguito all'esperienza pisana, denotando l'efficienza della conduzione degli ESP, ho ipotizzato come poter rielaborare alcuni moduli degli interventi evidence based tra i più conosciuti inserendo la figura dell'esperto, affiancato dal tecnico della riabilitazione psichiatrica.

4.3.2 ILLNESS MANAGEMENT AND RECOVERY (IMR)

L'Illness Management and Recovery è una pratica di riabilitazione psichiatrica, basata sull'evidenza, i cui obiettivi primari consistono nel favorire l'accrescimento

negli utenti della capacità di gestione della propria malattia, individuare i propri obiettivi di Recovery, prendere decisioni informate rispetto il proprio trattamento. Tutto ciò è possibile grazie all'acquisizione delle conoscenze e delle abilità necessarie. (SAMHSA, 2009) (**vedi Tabella 2**)

Tabella 2: Conceptual Framework for the Illness Management and Recovery programme of Mueser et al. (2016)



Essa si compone di undici moduli totali riassunti in dispense educative che vengono consegnate ai partecipanti durante ogni sessione. Prevede la presenza di una o due figure di conduzione. L'intervento ha una durata variabile che va dai 3 ai 10 mesi circa e può essere sia individuale che di gruppo.

Le componenti principali sono la psicoeducazione, il behavioural tailoring, la prevenzione alle ricadute e le abilità di coping.

Ciò che è essenziale per la buona riuscita del processo è cercare di rendere gli utenti consapevoli della loro esperienza di malattia mentale, perché solo in questo modo si può stabilire una relazione di collaborazione ed enfatizzare le scelte personali degli individui stessi.

Proprio per questo motivo nasce l'idea di inserire all'interno degli incontri la figura dell'esperto per esperienza. In seguito alla lettura dei principi, dei valori centrali e delle caratteristiche basilari proposte dal manuale stesso, si evince diverse volte la necessità di coinvolgere e collaborare con altre persone considerate significative, al fine di ottenere una maggiore efficacia dell'intervento.

L'ipotesi è che la presenza, durante i momenti di discussione ed analisi, dell'ESP possa portare sia ad un confronto positivo di percorsi, strategie ed esperienze,

che ad infondere maggiore speranza in ogni utente partecipante. Questo non per dispensare possibili consigli ma per far conoscere differenti strategie di azione. In questo modo, alla fiducia ed ottimismo dell'operatore si unirà anche quella dell'esperto, che potrebbe avere anche più valore dal momento in cui anche egli stesso ha dovuto superare questa ed altre fasi del trattamento per raggiungere la Recovery.

In particolare, si è ipotizzato che i due moduli del manuale nei quali la presenza dell'Esp potrebbe fare la differenza siano:

- *Modulo 4, "Costruire un sistema di supporto sociale" ;(Vedi tabella 3)*

Tabella 3: Elenco degli interventi situati all'interno del modulo 4 dell'Ilness Management and Recovery

Costruire un sistema di supporto sociale	
1.	Benefici del supporto sociale;
2.	Incontrare nuove persone;
3.	Costruire legami più stretti con persone che già conosci;

Per quanto riguarda questo modulo, è noto come obiettivo dell'intero programma il fatto di sviluppare e potenziare dei supporti sociali. È necessario, da manuale, riconoscere e notificare i vantaggi dello sviluppo di una rete di sostegno. Questo vedrebbe l'esp in prima linea, sia per poter portare la propria esperienza rispetto a quanto sia effettivamente efficace essere muniti di una rete ma anche per esporre quale si sia rivelata la più funzionale per esso. Previa disponibilità dello stesso esperto, potrà anche offrirsi come figura professionale aggiuntiva per fornire sostegno all'utente.

Ciò che renderebbe differente lo svolgimento della sessione non è solamente la presenza dell'ESP ma soprattutto l'esposizione della sua esperienza personale, apportando ad esempio come opzione per i partecipanti (nella parte del modulo in cui vengono nominati i luoghi ed i gruppi di aggregazione) la possibilità di accedere ai gruppi di auto aiuto. Essi permetterebbero all'utente di familiarizzare ed emancipare maggiormente la discussione ed il dialogo riguardo la propria patologia, le proprie sensazioni e vissuti emotivi che la malattia comporta.

In seguito alla prima domanda del modulo “Quali sono le relazioni che tu consideri di supporto?”, infatti, l’ESP potrebbe denotare come la consapevolezza di malattia e la capacità di parlarne possa agevolare sia l’accettazione che ampliare la motivazione dell’utente nell’impegnarsi nel percorso di cura, ricevendo allo stesso tempo sostegno da chi presenta una storia di vita simile. Esporre la propria storia e il proprio malessere a qualcuno che lo ha già vissuto in modo adiacente può, infatti, comportare un beneficio e la sensazione di essere compreso maggiormente alla persona in questione.

- *Modulo 8/9* (dipende dalle edizioni), “Fronteggiare problemi e sintomi persistenti”. (**Vedi tabella 4**)

Tabella 4: Elenco degli interventi situati all’interno del modulo 9 dell’Illness Management and Recovery

Fronteggiare problemi e sintomi persistenti	
1.	Problem solving per il raggiungimento degli obiettivi (porre l’attenzione su ogni singolo step);
2.	Identificare le aree problematiche, soprattutto per quanto riguarda i sintomi persistenti;
3.	Selezionare e mettere in pratica delle strategie di coping per fronteggiare i problemi e sintomi persistenti

In merito al secondo modulo selezionato, legato alla gestione della sintomatologia persistente, il ruolo dell’ESP si vede fondamentale come prova del fatto che è possibile convivere con alcuni sintomi, arginandoli e facendo in modo che essi non vadano ad influire sul proprio funzionamento.

Nella parte del modulo in cui il TeRP si occuperà della psicoeducazione, spiegando quali siano e come si presentino, l’esperto potrà portare la propria esperienza in tempo reale, portando alla luce le strategie di gestione dello stress che gli sono state più utili e gli hanno permesso di affrontare le problematiche nello svolgimento della quotidianità. Necessario sarà anche l’intervento dei professionisti nella stillazione del piano di problem solving legato alla scelta delle metodologie e delle abilità di coping più adatte per ognuno dei partecipanti, quindi

personalizzati. La presenza dell'esperto per esperienza aiuterà a diminuire il senso di solitudine ed incomprendimento che gli individui potrebbero percepire, nonché eliminare la falsa convinzione che sia impossibile non farsi influenzare dalle componenti di malattia.

4.3.3 SOCIAL SKILLS TRAINING

Il Social skills training è un intervento riabilitativo formulato da Hersen e Bellak che ha lo scopo di permettere agli utenti affetti da schizofrenia di acquisire ed apprendere delle abilità sociali. La definizione propria di abilità sociali, secondo gli autori è la seguente:

“In termini più specifici, le abilità sociali comprendono la capacità di esprimere sentimenti sia positivi sia negativi nel contesto interpersonale senza che questo determini una conseguente perdita di rinforzo sociale. Questa abilità si manifesta in una grande varietà di contesti interpersonali... e comprende la capacità di coordinare risposte appropriate verbali e non verbali. Inoltre, l'individuo con abilità sociali è consapevole delle caratteristiche della situazione e capisce quando è probabile che sarà premiato per i suoi sforzi” (1976)

Il manuale individua cinque fattori principali che compromettono la prestazione sociale degli utenti, essi sono:

- **la sintomatologia psicotica:** come ad esempio deliri ed allucinazioni. Se sotto controllo portano al miglioramento della prestazione sociale;
- **i fattori motivazionali:** a causa di fallimenti sociali, rifiuti o critiche, l'utente potrebbe aver imparato a ridurre al minimo le interazioni sociali per evitare un nuovo fallimento.
- **gli stati emotivi:** le interazioni potrebbero provocare forte ansia inducendo le persone all'evitamento sociale.
- **i fattori ambientali:** secondo la ricerca in essi rientrano l'incapacità della società nell'accettare le bizzarrie ed imperfezioni, la disoccupazione e di conseguenza situazioni socioeconomiche precarie, isolamento e scarsa rete di contatti sociali.
- **i fattori neurobiologici:** come, ad esempio, deficit di elaborazione delle informazioni.

Questo elenco ci dimostra come le componenti di malattia proprie delle persone che intraprendono questo gruppo riabilitativo siano di gran lunga invalidanti e

disfunzionali. Non permettono loro di poter ambire ad una qualità di vita ed un benessere globale adeguato. Queste sono alcune delle motivazioni per cui proporre all'utenza questo tipo di intervento.

Il principio su cui si basa questo training è che sia possibile correggere l'inadeguatezza sociale attraverso un addestramento alle abilità.

Queste ultime si dividono, secondo i principi del manuale del Social Skills Training, in due macrocategorie:

Tabella 2: categorizzazione di abilità espressive e ricettive

<i>Abilità sociali espressive</i>	<i>Abilità sociali ricettive</i>
<ul style="list-style-type: none"> - comportamento verbale; - comportamento paralinguistico; - comportamento non verbale. 	<ul style="list-style-type: none"> - percezione sociale: capacità di cogliere e successivamente interpretare gli stimoli derivanti da uno, o più, interlocutori.

Per sviluppare ed apprendere le strategie adeguate allo sviluppo delle suddette abilità sono stati stilati dei moduli che rientrano in sette macroaree caratterizzanti.

Esse sono:

- *Abilità di conversazione;*
- *Abilità di gestione dei conflitti;*
- *Abilità di assertività;*
- *Abilità di gestione della vita quotidiana;*
- *Abilità di amicizia e corteggiamento;*
- *Abilità di gestione dei farmaci;*
- *Abilità lavorative e di qualificazione personale;*

Si è ipotizzato di implicare la figura dell'ESP nello svolgimento di quest'attività riabilitativa per auspicare una maggiore, da parte degli utenti coinvolti, aderenza al trattamento, data l'evidenza che attraverso un duro lavoro c'è la possibilità di migliorare la condizione di salute. Il Social Skills training è una delle attività condotte dagli ESP in alcune realtà della PA di Trento.

I moduli in cui, maggiormente, risulterebbe efficace la presenza dei professionisti sono:

- ***Lamentare aspetti insoddisfacenti;***

all'interno dei servizi è capitato spesso di ascoltare chi usufruisce di essi riportare lamentele o frustrazione legati ad episodi spiacevoli avvenuti con operatori e compagni. Ciò che più comunemente avviene, però, è che l'evento generi un momento di forte rabbia nell'utente, dopo il quale non segue nessun chiarimento o esplicazione delle motivazioni. Spesso le persone, infatti, riportano delle difficoltà nell'esprimere l'insoddisfazione e il malessere che percepiscono, tendendo a non dar conto alla sensazione e preferendo l'evitamento. Il compito importante del TeRP e dell'ESP in questo caso, sarà quello di dimostrare come sia possibile trovare delle modalità funzionali per modificare la passività di fronte ai fatti. L'esperienza personale dell'esperto andrebbe a valorizzare l'idea che nonostante la malattia induca la persona ad assumere degli atteggiamenti strategici per far fronte agli eventi, qualche volta data la sintomatologia, ciò non implica che sia impossibile modificarli. La sua presenza sarebbe di grande aiuto principalmente nella fase delle simulate o, meglio definiti, role playing. Attraverso risposte pensate in precedenza, e perciò mirate, potrebbero rendere più semplice e diretta la comprensione da parte degli utenti dei diversi tipi di risposta, di conseguenza anche dell'adeguatezza o meno di esse. Resta funzionale l'idea dell'ESP come metro di paragone, per infondere fiducia e sicurezza agli utenti, nonché aumentarne la motivazione.

- ***Valutare la veridicità delle proprie convinzioni;***

è noto come la stragrande maggioranza della popolazione psichiatrica riporti deliri e idee persistenti, sia quando si trovano nella fase acuta della malattia che no. Smontare e rianalizzare situazioni che hanno potuto dare vita a delle condizioni ben solide è un processo complesso e che non sempre si riesce a portare a buon fine. Lo scopo degli operatori, nello svolgimento del suddetto modulo, sarà proprio quello di infondere la consapevolezza negli utenti che sia

possibile instaurare un dubbio positivo rispetto ai propri punti di vista. Sarà importante denotare come un'idea sbagliata non debba essere vista come fallimento, bensì come un qualcosa da poter correggere al fine di sentirsi meglio. L'esperto nel supporto tra pari, in questa prima fase di spiegazione, potrà riportare ciò che erano le sue idee, se presenti, nei momenti di acuzie e denotare cosa è servito ad esso per migliorare la condizione in cui si trovava. L'idea non è quella di stravolgere il costrutto di pensieri e ideologie dei nostri pazienti ma di presentare altre modalità e tipologie di interpretazione degli eventi quotidiani.

La divisione dei compiti tra i due conduttori varierà tra il primo ed il secondo modulo, questo per dare modo anche all'ESP di effettuare l'intervento nella sua interezza, evitando di sminuirlo o non considerare a pieno le sue capacità di conduzione. Questo si rivela utile anche per la crescita personale e professionale di entrambe le figure coinvolte ed aumenta il senso di collaborazione ed intervento integrato.

4.3.4 INTERVENTI PER I FAMILIARI

Quando si parla di 'presa in carico' del paziente è importante denotare come l'attenzione dei professionisti non riguarderà unicamente l'assistito. Per auspicare un lavoro con l'utente a 360 gradi, infatti, è necessario coinvolgere negli interventi, decisi nel progetto riabilitativo, anche chi compone la rete sociale dello stesso.

La famiglia viene coinvolta durante tutto il percorso riabilitativo a prescindere dalla maggiore età del paziente. Questo è importante perché uno degli obiettivi dell'equipe nei confronti dell'utente è proprio quello di promuovere un ambiente familiare sano e protetto. È risaputo come la genitorialità sia un compito fondamentale e complesso per ogni individuo, per di più se il figlio in questione è affetto da un disturbo/disagio. Quello che capita di vedere nei servizi, o almeno nelle realtà in cui ho svolto i tirocini, è un'incomprensione totale del disturbo psichico, visto non come patologia ma come "invenzione". Ciò che spinge queste figure genitoriali a non sviluppare l'atteggiamento più funzionale per far fronte alle necessità dell'utente è la mancata conoscenza. La tendenza è quella di incorrere un giudizio affrettato e non empatico rispetto alla condizione presente e questa diventa l'unica giustificazione.

Se è presente una situazione come quelle sopra elencate, il lavoro dell'utente assieme all'equipe si rende ostacolato e meno efficace, poiché la motivazione, l'autostima e la resilienza vanno drasticamente diminuendo.

Tra i diversi interventi che l'equipe può mettere in atto uno è l'istituzione di incontri di psicoeducazione per i familiari degli assistiti, magari suddivisi in gruppi diversi, in base alla patologia d'interesse.

Un altro tra i quesiti più frequenti è se sia possibile arrivare ad una guarigione, se "c'è speranza".

Per questo motivo si è ipotizzato di inserire l'ESP come figura aggiuntiva in questi incontri. Il suo contributo potrebbe rappresentare la chiave di svolta.

Sarebbe utile per i familiari poter "toccare con mano" l'esperienza dell'esperto, perché oltre ad infondere fiducia nel trattamento e nella possibilità di modificare la condizione patologica, aiuterebbe a comprendere come si compone il processo di recovery e che ci sia l'opportunità di raggiungere questo traguardo. L'esperto porterebbe anche a conoscenza di un'altra alternativa, che è quella di partecipare a dei gruppi d'auto aiuto organizzati dagli **U.F.E.** (*utenti familiari esperti*), nei quali potrebbero trovare uno spazio protetto in cui condividere con altre persone esperienze simili. In essi, oltre a comprendere come altri nuclei gestiscono ed affrontano le diverse situazioni, si potrebbe creare un ambiente supportivo.

La presenza dell'esperto potrebbe risultare utile ed efficace in qualsiasi tipologia di intervento rivolto ai familiari (ad es. Psicoeducazione, Family intervention, Family connections ecc.)

Il compito dei membri dell'equipe presenti in questi momenti sarà quello di mantenere comunque tutelato l'ESP, sia da un possibile sovraccarico di domande e richieste proposte dai partecipanti, sia dalla possibilità di stigmatizzazione o di ricevere alcuni giudizi.

CONCLUSIONI

L'obiettivo del mio lavoro di tesi era quello di rappresentare, sia a livello organizzativo che operativo, quello che potrebbe essere un Servizio che si occupa di Salute Mentale della cui equipe fa parte un ESP.

La riflessione è nata da ciò che ho potuto osservare e sperimentare nella mia esperienza di tirocinio.

E' stato fondamentale vedere come una persona può gestire in maniera competente gruppi di utenti, anche numerosi, moderandone gli scambi e le conversazioni, e rinforzando di volta in volta la fiducia tra loro. Una persona con molteplici competenze, formata e preparata alla gestione delle situazioni, anche critiche. Una persona che ha avuto una storia di malattia durata quasi trent'anni, caratterizzata da tentativi di suicidio e depressione e che nonostante tutte le ricadute avvenute nel corso degli anni è riuscita a scovare ed intraprendere un percorso di miglioramento che l'ha portata dov'è ora. Questa è solo una tra tutte le testimonianze che ho potuto toccare con mano. È solamente una delle persone che ce l'ha fatta e che ora si vuole rendere utile per aiutare chi si trova in una situazione simile. Grazie alla possibilità di frequentare il corso di formazione, anche non essendo muniti di diplomi o riconoscimenti, si apre ancora di più la strada all'inclusione, si aprono possibilità di riscatto ed occupazione allo stesso tempo.

La formazione non prevede l'insegnamento di tecniche riabilitative specifiche tranne che per il gruppo AMA: questo, a mio parere, non rappresenta un limite per il Terp ma un'ulteriore possibilità di collaborazione. In questo modo è possibile riadattare/rielaborare/calibrare l'intervento tenendo conto dell'esperienza dell'ESP. È noto come il lavoro in salute mentale abbia evidenza ed efficacia se svolto in maniera multidisciplinare, proprio per questo credo fortemente che una nuova figura potrebbe apportare enormi miglioramenti al lavoro svolto negli ultimi vent'anni.

Grazie alla presenza dell'ESP già dal primo momento di conoscenza dell'utente e poi proseguendo nelle attività, è possibile ricreare un ambiente che possa far sentire maggiormente a suo agio l'utente. Potrebbe facilitare / valorizzare la presa in carico dell'utente; potrebbe collaborare al potenziamento della compliance dell'individuo, sia farmacologica che terapeutica in generale; potrebbe facilitare/rafforzare la rete sociale. Potrebbe

essere più semplice per tutte le altre figure professionali dell'equipe, soprattutto per le più stigmatizzate dai pazienti come il medico psichiatra, individuare una migliore modalità di aggancio dello stesso, mediata magari dallo stesso ESP e dal TeRP.

Questo lungo e complicato processo necessita fiducia, caratteristica imprescindibile di ogni figura professionale che lavora nell'ambito della salute mentale.

Fiducia negli sviluppi, nella dinamicità, nel confronto.

Lo Psichiatra Franco Basaglia ha lottato per dimostrare come il valore della vita nella sua interezza delle persone affette da un disturbo mentale sia uguale a quello di ogni altro individuo.

Egli ha protratto questa battaglia fino ad ottenere i riconoscimenti dovuti con la legge n.180 (poi n.833) perché credeva fortemente nel concetto di uguaglianza e nel potenziale della relazione e degli interventi sul decorso della malattia.

Proprio secondo questa convinzione, ogni operatore deve puntare a fornire agli utenti il maggior numero di risorse disponibili possibili al fine di garantire il raggiungimento della recovery.

Conoscere, favorire ed implementare il nuovo è possibile ed è qualcosa di migliorativo.

Il passo successivo è dunque quello di avvicinarsi ulteriormente all'utente, evitando le categorizzazioni, le stigmatizzazioni, la paura dell'ignoto e delle criticità.

ALLEGATI

ABILITÀ DI ASSERTIVITÀ

ABILITÀ: Lamentare aspetti insoddisfacenti

FINALITÀ: Se ci si esprime chiaramente e si pongono richieste in modo positivo si riescono ad evitare diverse situazioni sgradevoli. Tuttavia, possono verificarsi ugualmente delle situazioni spiacevoli. Si rende allora necessario fare dei reclami. Di solito, esprimere la propria insoddisfazione risulta più produttivo se si suggeriscono anche delle soluzioni.

PASSI DELL'ABILITÀ:

1. Guardare l'altra persona. Parlare in modo fermo e tranquillo.
2. Esplicitare la propria insoddisfazione. Specificare bene cosa l'ha suscitata.
3. Suggestire all'altro come si potrebbe risolvere il problema.

SIMULATE UTILIZZABILI NEI GIOCHI DI RUOLO:

1. Un distributore automatico ti ha fregato i soldi.
2. Qualcuno ti interrompe mentre stai parlando.
3. Ordini un cheeseburger, ma la cameriera ti porta un semplice hamburger.
4. Compri un abbonamento dell'autobus e il commesso sbaglia a darti il resto.
5. Qualcuno accende una sigaretta in un locale in cui è vietato fumare.

CONSIDERAZIONI PARTICOLARI PER L'INSEGNAMENTO DI QUESTA ABILITÀ:

1. Questa abilità richiede che i pazienti siano in grado di identificare possibili soluzioni *prima* di lamentarsi. I conduttori del gruppo dovrebbero incoraggiare i pazienti a fare del "brainstorming" per trovare possibili soluzioni prima di cominciare il gioco di ruolo, così che i partecipanti sappiano già quale soluzione proporre.
2. I conduttori possono ricordare ai membri che, sebbene questo sia il miglior modo per esprimere una lamentela, non ci sono garanzie che la soluzione da loro suggerita verrà realizzata.

Allegato 1: Scheda della sessione dell'abilità 'Lamentare aspetti insoddisfacenti', (Social Skills Training per il trattamento della schizofrenia - Guida pratica, p. 217)

ABILITÀ DI GESTIONE DELLA VITA QUOTIDIANA

ABILITÀ: Valutare la veridicità delle proprie convinzioni

FINALITÀ: A volte crediamo che qualcosa sia vero, ma gli altri dicono che non lo è. Confrontarci con qualcuno di cui ci fidiamo ci aiuta a verificare le nostre opinioni. Ascoltare il suo punto di vista può esserci utile. Potremmo non cambiare idea, ma almeno sappiamo che si può guardare la situazione da un altro punto di vista.

PASSI DELL'ABILITÀ:

1. Scegliere una persona di fiducia con cui confidarsi.
2. Dire alla persona ciò che pensi.
3. Chiedere all'altro la sua opinione.
4. Ripetere la sua opinione e ringraziare l'altro per averci dato il suo punto di vista.

SIMULATE UTILIZZABILI NEI GIOCHI DI RUOLO:

1. Sei convinto che il proprietario del negozio all'angolo ti prenda in giro ogni volta che entri da lui a comprare qualcosa.
2. Credi che una persona del centro diurno voglia farti del male.
3. Credi di non piacere al tuo responsabile di lavoro.
4. Sei convinto che uno degli operatori della struttura residenziale sia arrabbiato con te.
5. Credi di essere seguito ogni volta che lasci il Centro di Salute Mentale.

CONSIDERAZIONI PARTICOLARI PER L'INSEGNAMENTO DI QUESTA ABILITÀ:

1. Questa abilità richiede al paziente di saper valutare di chi fidarsi. Non tutti i pazienti ci riescono. Perciò può essere utile che i conduttori facciano identificare ai pazienti le persone di cui possono fidarsi *prima* dell'inizio del gioco di ruolo.
2. Questa abilità può essere estremamente utile ai pazienti sintomatici che hanno esperienze deliranti. È un'abilità adattissima da insegnare ad un paziente con un delirio attivo che, per questo motivo, disturba altre persone.

Allegato 2: Scheda della sessione dell'abilità 'Abilità di gestione della vita quotidiana', (Social Skills Training per il trattamento della schizofrenia - Guida pratica, p. 230)



Modulo 4: *Costruire un sistema di supporto sociale*

Introduzione	<p>Come spiegato nel modello Stress-Vulnerabilità, lo stress contribuisce alla comparsa dei sintomi. Avere dei supporti sociali aiuta l'utente a fronteggiare lo stress in modo più efficace, tale da permettere una riduzione delle ricadute. Avere dei familiari o altre persone di supporto coinvolti nel piano di prevenzione della crisi, spesso aiuta a ridurre le ricadute. Questo Modulo aiuta i partecipanti a valutare quali siano i loro supporti sociali, a individuare dove potrebbero incontrare altre persone e a sviluppare strategie per aumentare la vicinanza nelle relazioni interpersonali.</p>
Obiettivi	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Comprendere come i supporti sociali possano aiutare gli utenti nel loro percorso di recovery. <input type="checkbox"/> Trovare e mettere in pratica strategie per rapportarsi con le persone. <input type="checkbox"/> Identificare e mettere in pratica strategie per sviluppare relazioni strette con le persone.
Dispense	<p>Rivedere e distribuire le dispense del Modulo 4: <i>Costruire un sistema di supporto sociale</i>.</p>
Numero di sessioni	<p>Questo modulo generalmente copre dai due ai quattro incontri. Per ogni sessione, molti operatori <i>IMR</i> trovano utile lavorare su uno o due argomenti e completare i relativi esercizi.</p>
Struttura delle sessioni	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Interagite informalmente e identificate ogni problematica maggiore. <input type="checkbox"/> Ripassate la sessione precedente. <input type="checkbox"/> Discutete i compiti a casa della sessione precedente. Elogiate ogni sforzo e tentativo di superamento delle problematiche inerenti il completamento dei compiti. <input type="checkbox"/> Fate riferimento agli obiettivi. <input type="checkbox"/> Indicate gli argomenti della sessione odierna. <input type="checkbox"/> Insegnate utilizzando del materiale nuovo (o rivedete i materiali utilizzati nelle precedenti sessioni, se necessario). <input type="checkbox"/> Riassumete i progressi fatti nella sessione corrente. <input type="checkbox"/> Concordate che i compiti assegnati siano completati entro la sessione seguente.
Strategie da utilizzare in ogni sessione	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Strategie motivazionali <input type="checkbox"/> Strategie educative <input type="checkbox"/> Strategie cognitivo-comportamentali
Strategie motivazionali	<p>Le strategie motivazionali di questo modulo si concentrano sull'aiutare gli utenti a identificare i benefici derivanti da un sistema forte di supporto sociale, e sull'incentivarli ad avere fiducia nel fatto che possano essere in grado di aumentare il numero e la qualità delle loro relazioni.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Passate in rassegna gli obiettivi personali identificati nei precedenti incontri. Chiedete agli utenti come l'aver dei supporti sociali validi possano aiutarli a raggiungere alcuni obiettivi personali. Per esempio, se un utente ha



	<p>come obiettivo quello di ridurre l'uso di alcolici, avere amici astemi potrebbe aiutare entrambi a divertirsi senza alcolici e a soddisfare l'obiettivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Parlate delle relazioni positive che ci sono state in passato per l'utente. Chiedi informazioni riguardanti le relazioni passate e come ne hanno beneficiato. <input type="checkbox"/> Alcuni utenti potrebbero aver sperimentato esperienze negative. Esprimate empatia, ma focalizzatevi sulle abilità utili a costruire relazioni più solide in futuro. Per esempio, un utente potrebbe aver raccontato informazioni personali troppo presto, e ciò avrebbe contribuito a far finire la relazione in modo doloroso. Usa le informazioni presenti nella dispensa per discutere i livelli della conversazione e quando parlare di aspetti personali. <input type="checkbox"/> Valutate i vantaggi e gli svantaggi di iniziare o modificare il sistema di supporto sociale. Alcuni pazienti hanno vissuto isolati per anni, e andare verso gli altri potrebbe essere ansiogeno.
<p>Strategie educative</p>	<p>Le strategie educative di questo modulo hanno come obiettivo aumentare la consapevolezza sia dei benefit derivanti dall'aver supporti sociali, sia delle strategie utili ad aumentare il numero e la qualità delle relazioni. Potrebbero essere d'aiuto le seguenti strategie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ripassate le dispense riassumendone i punti principali o leggendoli a turno ad alta voce. <input type="checkbox"/> Fate una pausa alla fine di ogni sezione per verificarne la comprensione e per saperne di più del punto di vista dell'utente. <input type="checkbox"/> Lasciate ampiamente spazio all'interazione. Rendete le comunicazioni a due vie. Entrambi state imparando qualcosa dall'altro. E' importante non fare domande troppo serrate poiché gli utenti potrebbero interpretarle come un'interrogazione. <input type="checkbox"/> Lasciate sufficiente tempo al completamento degli esercizi. Alcuni utenti non avranno bisogno di aiuto per completarli mentre altri potrebbero beneficiare dell'assistenza nella lettura delle parole, l'ortografia o la stesura di alcune risposte. Incoraggiate l'utente a discutere le proprie risposte. <input type="checkbox"/> Dividete il contenuto in parti più maneggiabili. E' importante non affrontare più argomenti di quanti gli utenti riescano ad assorbire. Presentate gli argomenti in piccoli blocchi ad una velocità adeguata <input type="checkbox"/> Usate le domande alla fine di questa guida per l'operatore per accertarvi di quanto l'utente abbia capito i punti principali dell'argomento affrontato.
<p>Strategie cognitivo-comportamentali</p>	<p>Le strategie cognitivo-comportamentali aiutano gli utenti a far pratica in modo attivo e ad usare le abilità per aumentare il numero e la qualità delle loro relazioni. Quando un utente è interessato a modificare il suo sistema di supporto sociale, attivate un intervento con la tecnica dello <i>shaping</i> partendo da piccoli passi per massimizzare la possibilità del successo. Per esempio, se qualcuno è interessato a riprendere una relazione con un parente che non vede da un po', potrebbe essere una buona idea partire da piccoli passi come mandargli un breve bigliettino di saluto.</p> <p>Fornite nella sessione l'opportunità di provare con il role-play le strategie utili a entrare in comunicazione con gli altri, o ad aumentarne la vicinanza. In ogni incontro aiutate gli utenti a pianificare come utilizzare le strategie apprese nella vita di tutti i giorni. Il <i>modeling</i>, i role-play, e provare ad utilizzare i diversi passaggi del piano, possono aiutare gli utenti a perseguire ciò che hanno appreso, anche fuori dalla sessione.</p>



Suggerimenti per problemi comuni

Alcuni utenti potrebbero aver vissuto esperienze deludenti nelle relazioni passate o nel tentativo di costruirne di nuove.

Indagate cosa è successo in passato e identificate quali strategie potrebbero portare a risultati migliori. Per esempio, un utente potrebbe dire "Io ho provato a chiedere ad alcune persone di fare qualcosa insieme, ma non mi hanno mai detto di sì". Voi potete rispondere: "Mi dispiace che sia successo. Ma noi possiamo lavorare insieme per escogitare alcune strategie che potrebbero aiutarvi in futuro ad ottenere più risposte positive dagli altri".

Alcuni utenti potrebbero essere timidi nell'avvicinarsi agli altri.

Incoraggiate i piccoli passi, come sorridere alle persone e dire "Ciao". Quando si sentiranno più sicuri di sé, favorite piccoli discorsi. Organizzate tutti i role-play che è necessario per aiutare l'utente a far pratica su ciò che potrebbe dire agli altri. Invitate, se necessario, i pazienti a partecipare ad un gruppo di Social Skills Training per fare più pratica ed ottenere feedback anche dagli altri utenti.

Alcuni utenti vorrebbero essere in grado di ottenere più velocemente relazioni strette.

Incoraggiate gli utenti a conoscere le nuove persone in modo graduale. Analizzate con loro cosa succede quando le persone, in un rapporto, condividono troppo presto informazioni molto personali. Aiutate gli utenti a sviluppare le competenze utili a misurare le risposte di altre persone nei loro confronti.

Allegato 3: scheda iniziale del modulo 4, 'costruire un sistema di supporto sociale', guida per l'operatore e strategie utilizzabili, (2015, p. 183-186)



Sessione 1: Un modello passo-passo per la risoluzione di problemi e il raggiungimento di obiettivi	
Come iniziare	<p>Passate in rassegna le seguenti sezioni delle dispense del <i>Modulo 9: Fronteggiare problemi e sintomi persistenti</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Introduzione</i> <input type="checkbox"/> <i>L'importanza di affrontare i problemi</i> <input type="checkbox"/> <i>Un metodo passo-passo per la risoluzione di problemi e il raggiungimento di obiettivi</i>
Obiettivo della sessione	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Individuare problemi comuni e sintomi persistenti che causano disagio. <input type="checkbox"/> Imparare a utilizzare un metodo passo-passo per risolvere i problemi per gestire i problemi e i sintomi persistenti identificati.
Struttura della sessione	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Socializzate informalmente (saluto e benvenuto al gruppo). <input type="checkbox"/> Ripassate la sessione precedente. Chiedere ai partecipanti quali pensano che siano i punti più importanti e se hanno qualche domanda da Ponete. <input type="checkbox"/> Verificate i compiti per casa assegnati. Premiate tutti gli sforzi. Utilizzate il problem solving per gestire eventuali difficoltà. <input type="checkbox"/> Verificate gli obiettivi di due o tre partecipanti, a rotazione, in modo da consentire un continuo aggiornamento sui progressi fatti da ciascun utente. <ul style="list-style-type: none"> o Chiedere ai partecipanti aggiornamenti in merito ai loro obiettivi. Prestate attenzione agli utenti che hanno già scelto come obiettivo qualche aspetto su come fronteggiare i sintomi persistenti. Aiutateli a fare un collegamento tra il loro obiettivo e i contenuti che verranno trattati in questo argomento. o Elogiate gli sforzi fatti verso gli obiettivi. Rimodulate gli obiettivi, se necessario; e o Quando gli utenti completano gli obiettivi, aiutateli ad impostarne di nuovi. <input type="checkbox"/> Impostate l'ordine del giorno della sessione. Dite, per esempio: <ul style="list-style-type: none"> o "Oggi discuteremo dell'importanza di far fronte ai sintomi persistenti per impedire loro di interferire con gli importanti obiettivi personali". o "Inizieremo anche ad imparare a usare un metodo di problem solving <i>passo-passo</i> per la gestione dei sintomi persistenti e per il raggiungimento degli obiettivi". <input type="checkbox"/> Spiegate i nuovi materiali contenuti nelle dispense.
Strategie motivazionali	<p>Aiutate gli utenti a capire che fronteggiare i sintomi persistenti accresce la loro abilità di raggiungere gli obiettivi personali.</p>
Strategie educative	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ricapitolate i punti principali delle dispense o chiedete ai partecipanti, a turno, di leggere ad alta voce le aree tematiche. Verificate frequentemente la comprensione. <input type="checkbox"/> Incoraggiate la discussione sui punti principali. Ponete le domande di discussione alla fine di ogni sezione delle dispense. <input type="checkbox"/> Stimolate i partecipanti a mettere in relazione i materiali con le loro esperienze di vita.



<p>Strategie cognitivo-comportamentali</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Completate l'esercizio <i>Problem solving passo-passo e raggiungimento degli obiettivi</i>. Mostrate il metodo del <i>problem solving passo-passo</i> per pianificare un'attività di gruppo. <input type="checkbox"/> Riassumete i progressi compiuti nella sessione odierna. Elogiate tutti gli sforzi fatti. Dite, per esempio: <ul style="list-style-type: none"> o "Oggi abbiamo parlato di molte cose. Quali sono i punti principali? Quale vi è stato più d'aiuto?". o "Oggi avete fatto un ottimo lavoro. Non vedo l'ora di rivedervi tutti nel nostro prossimo gruppo".
<p>Strategie per i compiti per casa</p>	<p>Chiedere agli utenti di fare un compito a casa legato al tema. Sugerite un'assegnazione generale. Aiutateli ad adattare l'assegnazione ai loro livelli di abilità e di fiducia in sé. Ad esempio, per alcuni utenti può essere più realistico fare solo una parte del compito o una versione ridotta. Gli utenti devono individuare giorno, ora, luogo, ecc., più adatto per svolgere l'assegnazione.</p> <p>Ecco alcune idee per i compiti a casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rivedete la procedura nell'esercizio <i>Problem solving passo-passo e raggiungimento degli obiettivi</i>. Provate ad usare alcuni dei passaggi. <input type="checkbox"/> Ripassate e discutete le dispense o un esercizio con un familiare o altro sostenitore. Identificate in che modo quella persona può esservi d'aiuto.

Allegato 4: scheda iniziale del modulo 4, 'costruire un sistema di supporto sociale', guida per l'operatore e strategie utilizzabili, (2015, p. 367-368)

Bibliografia

- Anthony. (1993).
- Azienda provinciale per i Servizi sanitari, Provincia autonoma di Trento.* (2024, Febbraio Sabato 03). Tratto da <https://www.apss.tn.it/>
- Barlatti, V. &. (2018).
- Basaglia. (1978). Legge 180.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., & Agresta, J. (s.d.). *Social Skills Training per il trattamento della schizofrenia - Guida pratica.* Centro scientifico editore.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., & Agresta, J. (s.d.). *Social Skills Training per il trattamento della schizofrenia - Guida pratica.* centro scientifico editore.
- D.P.R 238. (1999, Novembre 10).
- Decreto Ministeriale. (2000, Gennaio 24).
- Farkas, Gagne, & Anthony. (1997). *Rehabilitation and Recovery: A paradigm for the new millennium.*
- Forchuk, S. V. (2016). Peer support. *Pub med.*
- Giovanazzi, P., & Puecher, A. (2023). *Psichiatria da protagonisti, Dall'esperienza di utenti e familiari un Servizio di salute mentale ideale.* Erickson.
- Hersen, M., & Bellack, A. (1976). A multiple-baseline analysis of social-skills training in chronic schizophrenics. *Journal of Applied Behavior Analysis.*
- Kickbusch, I. (2012). Patient empowerment—who empowers whom? *ENOPE.*
- Legge 6. (2004). *Amministrazione di sostegno.*
- Legge 833. (1978).
- Legge quadro, n.328. (2000).
- Lieberman, R. P. (2012). *Il recovery dalla disabilità. Manuale di riabilitazione psichiatrica.* Roma : Giovanni Fioriti Editore.
- Linee guida del Piano Nazionale della Salute Mentale . (2013).
- Manwell, Barbic, Rober, Durisko, Lee, Ware, & McKenzie. (2015). What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey.

- Mowbray, & Moxley. (1994). *Consumers as providers: Forces and factor legitimizing prole innovation in psychiatric rehabilitation.*
- Mueser, K. T., & Gingerich, S. (2015). *Illness Management and Recovery*. U.S. Department of Health and Human Services, SAMHSA, Center for Mental Health Services, 2010 Traduzione e adattamento a cura di Ileana Boggian, Bruna Mattioli, Silvia Merlin, Giovanni Soro .
- Mueser, K. T., & Gingerich, S. (2015). *Illness Management and Recovery*. U.S. Department of Health and Human Services, SAMHSA, Center for Mental Health Services, 2010 Traduzione e adattamento a cura di Ileana Boggian, Bruna Mattioli, Silvia Merlin, Giovanni Soro .
- OMS. (1987).
- Progetti Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale . (1994, 1998).
- Roosenschoon, B.-J., Mulder, C. L., Deen, M., & van Weeghel, J. (2016). *Effectiveness of illness management and recovery (IMR) in the Netherlands: A randomised clinical trial.*
- SAMHSA. (2009). *Illness Management and Recovery: Training Frontline Staff*. HHS Pub. No. SMA-09-4462, Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services,. U.S.
- Sticher L, B. C. (2017). Les pairs praticiens en santé mentale: une nouvelle profession en psychiatrie. Peer support workers: a novel profession in psychiatry. *PUB MED*.
- Treccani. (s.d.).
- WHO. (1948). Conferenza internazionale sulla salute.
- WHO. (2019). One-to-one peer support by and for people with lived experience. Who quality rights guidance module.
- Zimmerman. (1990). Taking aim on empowerment research: On the distinction between individual and psychological conceptions.
- <https://Psichiatriyonline.it>
- <https://Salute.gov.it>
- <https://Aiterp.it>
- <https://Riabilitazionepsichiatricatorino.it>
- <https://Ape.agenas.it>
- <https://elezioni.regione.veneto.it/>
- <https://www.regione.veneto.it/web/sociale/sil>

<https://www.senato.it/>

<https://pubmed>

<https://aipesp.it/>

<https://www.difesapopolo.it/>

<https://www.parliamoneinsieme.org/>

<https://psycnet.apa.org/>

<https://www.riabilitazionepsicosociale.it/>

<https://www.treccani.it/>

<https://static.erickson.it/>

<https://www.istitutodipsicopatologia.it/>

<https://www.researchgate.net/>

<https://publ.iss.it/>

<https://www.ilcerchiofareassieme.it/>

<https://www.apss.tn.it/>

<https://www.lalbassociazione.com/>

RINGRAZIAMENTI

È difficile per me trovare le parole per esprimere quanto sia grata ad essere qui a scrivere questi ringraziamenti. È un momento di gioia ed incredulità. Questo percorso è stato estremamente emozionante, formativo e sorprendente. In questi tre anni sono cresciuta, spero maturata, e ho scoperto quella che è la mia passione più grande. Questo tempo mi ha insegnato che non ho bisogno di nessuno per essere e per questo motivo non dirò che senza le persone che ho al mio fianco non ce l'avrei fatta a portarlo a termine, però, sono sicura allo stesso tempo che non sarebbe stato lo stesso. Non avrebbe avuto il valore e l'importanza che invece ha rivelato.

Ringrazio in primis la mia mamma, colonna portante della mia vita, una donna con due spalle enormi, che mi ha insegnato a non tirarmi mai indietro davanti ai momenti difficili, che non si è mai arresa davanti ai miei sbalzi d'umore e che ha sempre cercato in ogni modo di spronarmi ad essere sempre ciò che voglio. Nei momenti bui sei stata l'unica luce, non ti sarò mai grata abbastanza. Tu e Nicole siete ciò che più conta per me, un'amore incondizionato che non avrà mai fine. Grazie per tutto l'amore.

Ringrazio mia sorella, tutto per me. Una ragazza che seppur ancora piccolina (almeno nella mia testa) ha una maturità fuori dal comune, che ammiro e stimo e soprattutto mi rende fiera. Sempre pronta ad ascoltarmi ed a ridere o piangere insieme. Mi sento meglio anche solo quando sei vicina a me, in silenzio.. 'Cause you're my everything.

Grazie per tutto l'amore.

Ringrazio Beatrice, al mio fianco da ormai quattro lunghi anni, con cui ne ho passate di ogni genere. Sei stata, sei e sarai parte fondamentale della mia vita, porto sicuro, certezza. Per tutto quello che sei.

Grazie per tutto l'amore.

Ringrazio Veronica, dolce, vulcanica e presente, dieci anni e più di sopportazione e tanto bene. Per tutto quello che abbiamo passato e che ancora deve venire, per tutte le volte in cui stavo per cadere e non me lo hai lasciato fare.

Grazie per tutto l'amore.

Ringrazio Valeria, elettrica, reale e pura, almeno un milione di momenti folli passati insieme ed altrettante ore a chiacchierare ed a supportarci. Un bene enorme e resistente a tutto, ora e sempre. Per tutti i nostri momenti.

Grazie per tutto l'amore.

Ringrazio Sara, mia sorella gemella (ma nata un mese prima), una vita con te al mio fianco e non ne ho ancora abbastanza. So che ci sei e sai che ci sono, per il resto dei nostri giorni.

Grazie per tutto l'amore.

Ringrazio Giuditta, un'amica fedele e leale, una di quelle persone che ti ascolta per quanto tempo tu ne abbia bisogno. Dopo tutto il tempo passato so quanto posso contare su di te.

Grazie per tutto l'amore.

Ringrazio Asia, per essere una presenza costante dalla prima superiore ad oggi, un'amica vera. Cresciute insieme, siamo ancora qui.

Grazie per tutto l'amore.

Ringrazio Roberta, Sofia, Giorgia, le mie amiche dell'uni, le mie ancore di salvezza a lezione e le spalle su cui contare in ogni momento di down. Siete state essenziali per tutto il percorso, sono fiera delle professioniste e delle persone che siete sempre state da quando vi conosco, spero il nostro rapporto possa solo che migliorare.

Grazie per tutto l'amore.

Ringrazio Chiara, un'amica con la A maiuscola, seppur in poco sei diventata tanto, anche se lontane. Grazie a te sono cresciuta tanto ed ho imparato ad ascoltarmi un po' di più. Non ti ringrazierò mai abbastanza.

Grazie per tutto l'amore.

Ringrazio Emily, la mia amica collega, ti ho appena trovata ma mi sembra di conoscerti da sempre. Sei una persona che vale tanto e che sono grata di avere al mio fianco anche sul posto di lavoro.

Grazie per tutto l'amore.

Ringrazio 'i butei e le ragazze', il mio gruppo di amici, che per tutto questo tempo mi hanno regalato preziose serate di svago e leggerezza, grazie alle quali tutti i momenti non si alleggerivano. Grazie per il supporto, le risate, le giocate e tutto ciò che mi avete donato.

Grazie per tutto l'amore.

Ringrazio Claudia, mia sorella maggiore, l'esempio per me fin da piccola della determinazione e della forza, ci siamo prese per mano nella culla e non ci siamo mai lasciate, grazie per tutto ciò che mi hai insegnato.

Grazie per tutto l'amore.

Ringrazio la mia Zia Francesca, la zia del cuore, a volte mamma, a volte sorella maggiore, a volte amica. Grazie per aver sempre creduto in me e non aver dubitato una volta delle mie capacità. Sei un'ispirazione.

Grazie per tutto l'amore

Ringrazio la mia famiglia Munari di Cerea, Zio, Zia, Leo, Marti, con voi ogni luogo è casa ed il rapporto che abbiamo ritrovato è qualcosa di forte ed indistruttibile, di cui non farò mai più a meno.

Grazie per tutto l'amore.

Ringrazio i miei zii acquisiti, Lara e Fede, dai quali mi sono sempre sentita amata, apprezzata e capita. Siete la prova che non è necessario un legame di sangue per definire ciò che è famiglia.

Grazie per tutto l'amore.

Ringrazio Marina, Francesca ed Andrea, un'altra parte di famiglia non di sangue che è sempre stata al mio fianco e su cui so di poter contare per ogni cosa.

Grazie per tutto l'amore.

Ringrazio Sonia, mamma numero due, per esserci sempre stata e per aver sempre creduto in me, per i consigli, l'ascolto e tutte le serate insieme.

Grazie per tutto l'amore.

Ringrazio Sara, la mia relatrice, che nel corso di questi anni si è sempre resa disponibile ed è sempre stata pronta ad aiutare me ed i compagni per qualsiasi cosa. Grazie anche per aver supportato il mio progetto di tesi e, soprattutto, le ansie.

Grazie per tutto il supporto.

Ringrazio Nicol, la mia terapeuta, per tutto ciò che sta facendo ed ha fatto per me, il tipo di professionista che io credo tutti i servizi necessiterebbero.

Grazie per tutto il supporto.

Per ultima, ma non meno importante, ringrazio me stessa.

Grazie per tutto l'amore che stai imparando a donarti e che, sono sicura, aumenterà sempre di più.