



**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA**

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**  
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA  
DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE

**CORSO DI LAUREA IN  
TECNICA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA**  
Tesi di Laurea Triennale

**UTILIZZO DELLA MENTAL HEALTH  
RECOVERY STAR™ NELL'ANORESSIA  
NERVOSA: DATI PRELIMINARI IN UN  
CONTESTO SEMIRESIDENZIALE**

*Relatore:* Enrico Collantoni

*Correlatrice:* Isabella Carraro

*Laureanda:* Giulia Begio

*Matricola:* 2057652

Anno Accademico 2023/2024



# INDICE

RIASSUNTO .....	4
ABSTRACT.....	5
1. INTRODUZIONE .....	7
1.1 DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE.....	7
1.2 CRITERI DIAGNOSTICI ANORESSIA NERVOSA.....	8
1.3 EPIDEMIOLOGIA DELL'ANORESSIA NERVOSA.....	10
1.4 EZIOPATOLOGIA DELL'ANORESSIA NERVOSA .....	11
1.5 STADI DEL CAMBIAMENTO .....	14
1.6 MENTAL HEALTH RECOVERY STAR™(MHRSTM).....	19
1.6.1 IL CONCETTO DI RECOVERY.....	19
1.6.2 OUTCOMES STARS .....	20
1.6.3 STRUTTURA DELLA MENTAL HEALTH RECOVERY STAR™.....	21
1.6.4 LA SCALA DEL CAMBIAMENTO .....	26
1.6.5 MENTAL HEALTH RECOVERY STAR™ IN LETTERATURA .....	30
2. SCOPO DELLO STUDIO.....	32
3. MATERIALE E METODI .....	33
3.1 CAMPIONE DELLO STUDIO .....	33
3.2 STRUMENTI DI VALUTAZIONE.....	34
3.2.1 MENTAL HEALTH RECOVERY STAR™ .....	35
3.2.2 DEPRESSION AND ANXIETY STRESS SCALE – 21 (DASS – 21)...	37
3.2.3 DIFFICULTIES IN EMOTION REGULATION SCALE (DERS).....	38
3.2.4 BRIEF COPE.....	39
3.2.5 QUESTIONARIO QUALITATIVO MHRSTM.....	40
3.3 INTERVENTI RIABILITATIVI PARALLELI.....	41
4. RISULTATI.....	42
5. DISCUSSIONE DELLO STUDIO.....	50
6. LIMITI DELLO STUDIO .....	54
7. CONCLUSIONI .....	55
8. BIBLIOGRAFIA .....	56
9. ALLEGATI.....	59
10. RINGRAZIAMENTI.....	72

## RIASSUNTO

**Introduzione:** Secondo il *DSM-5* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), l'anoressia nervosa viene classificata all'interno dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione.

In questo studio si è esaminata l'utilità e l'efficacia della Mental Health Recovery Star - uno strumento di valutazione utilizzato per supportare e monitorare i processi di cambiamento in dieci aree della vita di persone affette da disturbi psichiatrici - applicandolo a pazienti con anoressia nervosa ricoverate in un contesto semiresidenziale. L'obiettivo principale è valutare come questo strumento possa offrire un supporto concreto alle pazienti, aiutandole a incrementare la consapevolezza della malattia e del percorso riabilitativo intrapreso. Al fine di comprendere meglio eventuali divergenze nel modo in cui il percorso di recovery viene vissuto e interpretato, abbiamo inoltre esaminato la discrepanza emersa tra quanto percepito dall'utente e quanto riportato dal terapeuta.

**Metodologia:** Lo studio ha coinvolto nove pazienti di sesso femminile, di età compresa tra i quattordici e i ventinove anni, con diagnosi di Anoressia Nervosa, ricoverate presso il Day Hospital del Centro Regionale per i Disturbi Alimentari dell'Università-Ospedale di Padova. La valutazione con la Mental Health Recovery Star™ è stata effettuata sia dalle pazienti, affiancate da un operatore, sia dal terapeuta di riferimento. La prima somministrazione della scala è avvenuta al tempo T0, seguita da una seconda valutazione a distanza di tre mesi (T1). I dati raccolti sono stati successivamente analizzati tramite un'ANOVA a misure ripetute, utilizzando come variabili i punteggi ottenuti dallo Star Chart compilato sia dalle pazienti che dai loro terapeuti. Al fine di ampliare la fase di valutazione, sono stati somministrati a T0 e a T1 i seguenti questionari: Depression and Anxiety Stress Scale – 21 (DASS – 21), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) e Brief Cope. Al termine dei tre mesi è stato somministrato il questionario qualitativo di gradimento della MHRS™.

**Risultati:** I risultati ottenuti mostrano un effetto significativo del fattore tempo trascorso tra la somministrazione della scala a T0 e T1 in quasi tutte le aree, con un'evidenza di miglioramento delle variabili sia nella compilazione dei terapeuti che delle pazienti. Questo avviene in particolare nelle seguenti aree: gestione della salute mentale, cura di sé, reti sociali, lavoro, relazioni personali, identità e autostima e infine fiducia. Si riscontra un effetto significativo del fattore compilazione nelle aree del lavoro, responsabilità e identità e autostima. Le pazienti valutano positivamente l'utilizzo dello strumento, evidenziando come le abbia aiutate ad assumere maggiore consapevolezza del proprio percorso e di altre aree di vita, favorendo il processo di recovery.

**Conclusioni:** I risultati ottenuti vanno interpretati sulla base del loro valore preliminare. Essi sono tuttavia incoraggianti rispetto ad un potenziale utilizzo dello strumento a scopo riabilitativo e come supporto al trattamento, suggerendone un potenziale utilizzo nella pratica clinica.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** According to the DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), anorexia nervosa is classified under Feeding and Eating Disorders. This study examined the usefulness and effectiveness of the Mental Health Recovery Star - an assessment tool used to support and monitor change processes in ten areas of life for individuals affected by psychiatric disorders - applied to patients with anorexia nervosa in a semi-residential setting. The main objective is to assess how this tool can provide concrete support to patients, helping them increase awareness of their illness and the rehabilitation journey they have undertaken. In order to better understand potential divergences in how the recovery process is experienced and interpreted, we also examined discrepancies that emerged between patients' perceptions and therapists' reports.

**Methodology:** The study involved nine female patients, aged between fourteen and twenty-nine years, diagnosed with Anorexia Nervosa and admitted to the Day Hospital of the Regional Eating Disorders Center at the University Hospital of Padua. The evaluation with the Mental Health Recovery Star™ was conducted both by the patients, accompanied by a practitioner, and by their respective therapists. The first administration of the scale took place at time T0, followed by a second evaluation after three months (T1). The data collected were subsequently analyzed through repeated measures ANOVA, using as variables the scores from the Star Chart completed by both patients and their therapists. To expand the evaluation phase, the following questionnaires were administered at T0 and T1: Depression and Anxiety Stress Scale – 21 (DASS – 21), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), and Brief Cope. At the end of the three-month period, the MHRSTM satisfaction questionnaire was also administered.

**Results:** The results obtained show a significant effect of the time factor between the administration of the scale at T0 and T1 in almost all areas, with evidence of improvement in variables in both the therapists' and patients' assessments. This improvement is particularly evident in the following areas: mental health management, self-care, social networks, work, personal relationships, identity and self-esteem, and confidence. A significant effect of the completion factor was found in the areas of work, responsibility, and identity and self-esteem. Patients positively assessed the use of the tool, highlighting how it helped them gain greater awareness of their journey and other areas of life, thus facilitating the recovery process.

**Conclusions:** The results should be interpreted based on their preliminary value. Nevertheless, they are encouraging regarding the potential use of the tool for rehabilitative purposes and as a support in treatment, suggesting its possible application in clinical practice.



# 1. INTRODUZIONE

## 1.1 DISTURBI DELLA NUTRIZIONE E DELL'ALIMENTAZIONE

Secondo il *DSM-5* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (DSM-5, 2013) pubblicato nel 2013 dall'*American Psychiatric Association*, i DNA (Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione) sono patologie complesse caratterizzate da una persistente alterazione della modalità di alimentarsi, associata a comportamenti che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale.

Rispetto alla versione precedente del manuale (*DSM-IV* pubblicato nel 1994), nella nuova edizione del 2013 è stata eseguita una revisione dei criteri diagnostici, al fine di definire una maggiore continuità diagnostica tra l'adolescenza e l'età adulta, adattando i criteri alla possibilità di formulare diagnosi anche in età infantile e adolescenziale unificando i disturbi dell'alimentazione con i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, quest'ultimi nel *DSM-IV* erano inseriti tra i disturbi a insorgenza nell'infanzia e nell'adolescenza.

All'interno della sezione "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione" vengono definite le seguenti sei categorie diagnostiche principali: Pica, Mercismo o Disturbo da ruminazione, Disturbo Alimentare evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo (ARFID), Anoressia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) e Disturbo da binge-eating (BED). Vengono inoltre definite due categorie diagnostiche residue: Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con altra specificazione e Disturbo della nutrizione o dell'alimentazione senza altra specificazione (Ministero della Salute, 2017).

Con l'acronimo DA (Disturbi dell'Alimentazione), in passato detti DCA (Disturbi del Comportamento Alimentare), si intendono le condizioni psichiatriche caratterizzate da severi e persistenti disturbi nei pattern alimentari, le quali si associano a pensieri ed emozioni disfunzionali. Le principali categorie diagnostiche afferenti ai Disturbi dell'alimentazione sono: Anoressia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) e Disturbo da binge-eating (BED).

I pazienti che ne soffrono presentano un alterato rapporto con il cibo, un'eccessiva importanza attribuita al proprio peso e alle proprie forme corporee e manifestano un complicato rapporto con le relazioni interpersonali (Salvo, 2022).

## 1.2 CRITERI DIAGNOSTICI ANORESSIA NERVOSA

L'Anoressia nervosa è un disturbo mentale appartenente ai Disturbi del Comportamento Alimentare.

I criteri diagnostici dell'Anoressia Nervosa vengono definiti dal Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -5 (*DSM-5*, 2013):

A) Restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario, che conduce a un peso corporeo significativamente basso tenendo conto dell'età, del sesso, della traiettoria evolutiva e dello stato di salute fisica. Si intende per peso significativamente basso un peso che è inferiore al minimo normale (definito dal Body Mass Index, rapporto tra il peso corporeo, espresso in chilogrammi, e l'altezza, espressa in metri al quadrato) o, per i bambini e gli adolescenti, inferiore al minimo atteso (< 5° percentile).

B) Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso.

C) Alterazione del modo in cui il soggetto vive il proprio peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, o persistente rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.

Nella diagnosi va specificato se:

- Tipo con restrizioni: Durante gli ultimi tre mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di crisi bulimiche o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclistmi). In questo sottotipo, la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la restrizione calorica, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva.
- Tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione: Durante gli ultimi tre mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di crisi bulimiche e/o condotte di eliminazione.



Successivamente alla diagnosi, la scomparsa di uno o più criteri diagnostici per un consistente periodo di tempo viene definita come remissione parziale o completa della patologia:

- Remissione parziale: in seguito alla totale soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, il Criterio A (basso peso corporeo) non è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo, ma sia il Criterio B (intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso) sia il Criterio C (alterazioni della percezione di sé relativa al peso e alla forma del corpo) sono ancora soddisfatti.
- Remissione completa: in seguito alla totale soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, per un consistente periodo di tempo nessuno dei criteri è stato soddisfatto.

Specificare la gravità attuale: il livello minimo di gravità si basa, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (IMC) oppure, per bambini e adolescenti, sul percentuale dell'IMC.

Tabella gravità per gli adulti	
Lieve	IMC $\geq$ 17 kg/m <sup>2</sup>
Moderata	IMC 16-16,99 kg/m <sup>2</sup>
Grave	IMC 15-15,99 kg/m <sup>2</sup>
Estrema	IMC < 15 kg/m <sup>2</sup>

### **1.3 EPIDEMIOLOGIA DELL'ANORESSIA NERVOSA**

I disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da binge-eating) sono stati inclusi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità fra le priorità per la salute mentale dei bambini e adolescenti, per via dell'esordio precoce in età adolescenziale, gli alti tassi di mortalità e le complicanze mediche che comportano. Secondo i dati riportati dal Ministero della Salute, si stima che circa tre milioni di persone in Italia abbiano ricevuto una diagnosi di disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, con un aumento del 30-35% a seguito della pandemia da Sars-Cov-2 (Covid-19); si tratta quindi di un problema di sanità pubblica (Ministero della Salute, 2024).

I disturbi dell'alimentazione colpiscono il 10% della popolazione femminile occidentale durante il corso della vita, nel 2% dei casi si tratta di anoressia nervosa (prevalenza lifetime), mentre la prevalenza a 12 mesi è stimata all'1% circa.

Negli ultimi anni si è registrata una diminuzione dell'età d'esordio dell'anoressia nervosa, nel 90% dei casi avviene fra i 13 e i 25 anni, registrando un picco tra i 15 e i 16 anni.

Per quanto riguarda l'incidenza dell'anoressia nervosa, tra i 12 e i 28 anni d'età è superiore ai 50 casi all'anno ogni 100.000 abitanti di sesso femminile, con un'incidenza massima tra i 15 e i 19 anni d'età con 100 casi all'anno.

Per cui, i dati evidenziano come l'anoressia nervosa si riscontri prevalentemente nella popolazione femminile, con un rapporto donne:uomini di circa 10:1. Negli studi condotti su popolazioni cliniche, gli uomini rappresentano il 5-10% di tutti i casi di anoressia nervosa (Favaro & Sambataro, 2021), anche se il numero è in costante aumento soprattutto in età pre-adolescenziale e adolescenziale, in associazione alla delineazione di nuovi disturbi tipici del sesso maschile (bigoressia) (Dalla Ragione et al., 2021).

## 1.4 EZIOPATOLOGIA DELL'ANORESSIA NERVOSA

L'anoressia nervosa è un disturbo psichiatrico ad eziologia complessa. L'insorgenza e il mantenimento non sono imputabili a un'unica causa, è dunque opportuno ricorrere al modello multifattoriale nel quale viene considerata l'interazione tra fattori predisponenti, precipitanti e perpetuanti. L'eziopatogenesi fa riferimento al modello bio-psico-sociale engeliano, questo prevede la presenza di varie concause a partire da fattori genetici, biologici, socio-culturali e psicologici, accanto alla vulnerabilità psicologico-personologica.

Vengono definiti con il termine predisponenti, i fattori che rendono il soggetto vulnerabile allo sviluppo della malattia, per cui sono antecedenti a questa. La loro presenza è una condizione necessaria ma non sufficiente per lo sviluppo certo della patologia.

Numerosi studi condotti sui gemelli, sulle famiglie e sul DNA, dimostrano la presenza di fattori genetici coinvolti nella predisposizione all'anoressia nervosa. Questi rappresentano il 50% del rischio. Gli studi di concordanza tra gemelli indicano che negli omozigoti vi è una concordanza del 55%, mentre in quelli dizigoti del 7% (Bulik et al., 2007). Gli studi condotti sui familiari, dimostrano che i genitori hanno un rischio *lifetime* 10 volte maggiore rispetto ai parenti di soggetti non affetti (Strober et al., 2000). Inoltre, un recente studio ha identificato otto loci genetici associati alla malattia e, attraverso uno studio di correlazione genetica, ha osservato che l'anoressia nervosa ha fattori genetici comuni sia con altri disturbi psichiatrici sia con alcune caratteristiche metaboliche, quali la tendenza alla magrezza (Favaro & Sambataro, 2021) (Ministero della Salute, 2013).

I fattori ambientali vengono suddivisi in precoci e tardivi. I fattori ambientali precoci vengono definiti come “quei fattori di rischio che interferiscono con le prime fasi del neurosviluppo e con la maturazione e la programmazione dei sistemi di risposta allo stress”, comprendono le condizioni di vita intrauterina, lo stress prenatale, le complicanze perinatali e le separazioni precoci dalle figure di accudimento (Ministero della Salute, 2013).

Successivamente alle prime fasi di vita, subentrano i fattori di rischio tardivi, questi includono fattori psicosociali quali: il vivere nel mondo occidentale, l'urbanizzazione, l'esposizione all'ideale di magrezza, l'essere vittima di abusi fisici, sessuali o psicologici durante l'infanzia e lo stress psicosociale. In passato la famiglia rivestiva

un ruolo chiave, per via ad esempio della forte conflittualità tra i genitori o tra genitori e figli, l'abuso di sostanze psicoattive e la pressione da parte di questi nei confronti della magrezza. Attualmente si disconfermano queste ipotesi poiché non sono stati identificati specifici fattori familiari associati alla malattia.

Un ruolo importante nel determinare la vulnerabilità è dato dalla personalità dell'individuo. Le caratteristiche premorbose tipiche dei soggetti con anoressia nervosa sono: il perfezionismo, la bassa autostima, il forte senso di inadeguatezza, la tendenza all'ansia sociale, anticipatoria e all'evitamento, l'impulsività, l'ossessività, il bisogno di controllo sugli altri e sulla propria vita emotiva.

Le teorie cognitivo-comportamentali propongono l'ipotesi che la restrizione alimentare venga innanzitutto attuata per soddisfare il proprio bisogno di controllo estremo su vari aspetti della propria vita (es. scuola, sport, lavoro e altri interessi), ma anche per l'eccessiva importanza attribuiti alla forma e al peso corporeo, a seguito dell'esposizione e interiorizzazione dell'ideale di magrezza.

Il contesto socio-culturale è uno degli elementi cardine della psicopatologia dell'anoressia nervosa, un ruolo importante sembra essere rivestito dall'ideale di magrezza sviluppatosi nei Paesi occidentali durante gli anni cinquanta del Novecento. Oggigiorno, nel mondo industrializzato, si stanno diffondendo stili di vita non salutari, caratterizzati da un eccessivo consumo di grassi e una sempre maggiore sedentarietà; in contrapposizione a questo quadro si è affermato, soprattutto per il genere femminile, l'ideale estetico di bellezza caratterizzato dalla magrezza come sinonimo di affermazione e realizzazione personale. È dimostrata la correlazione fra la ricerca di questo ideale di perfezione e lo sviluppo di disturbi alimentari.

Un altro fattore di rischio è rappresentato dallo svolgere professioni o attività che valorizzano e incoraggiano la magrezza, come nel mondo della danza, della ginnastica, del nuoto o della moda (Ministero della Salute, 2013).

Nei soggetti con vulnerabilità all'anoressia nervosa è necessaria l'interazione con i fattori precipitanti affinché la patologia si manifesti. I fattori precipitanti possono essere identificati come gli eventi di vita negativi, quali traumi e altre esperienze avverse gravi, o vissute come tali dalla persona. Ad esempio, gli eventi che si registrano frequentemente sono lutti, abusi sessuali, diagnosi di malattia, conflitti familiari o con gli amici, insuccessi, cambio di scuola o di città. La letteratura evidenzia come vi sia una stretta relazione fra l'esposizione a situazioni traumatiche e lo sviluppo di disturbi alimentari (Trottier & MacDonald, 2017).

I fattori di mantenimento sono definiti come le variabili che contribuiscono al perpetuarsi dei sintomi nel tempo, ostacolando il processo di recovery. Questi si riscontrano sia sul piano patofisiologico, a seguito dello stato di magrezza, sia sul piano ambientale.

Nella prima fase di malattia, la persona ha una scarsa consapevolezza del disturbo, prevalgono difatti una sensazione di benessere soggettivo e un sentimento di onnipotenza, dovuti alla perdita di peso, al miglioramento della propria immagine corporea e alla capacità di controllare la fame. Un ulteriore riscontro positivo, rispetto alla perdita di peso, può provenire da parte dei familiari o dall'ambiente sociale. Questi contribuiscono al rinforzo positivo del disturbo.

Ad alimentare la resistenza al cambiamento vi sono l'inflessibilità cognitiva, i problemi di cognizione sociale, la tendenza al *bias cognitivo* e le difficoltà visuo-spaziali. Quest'ultime contribuiscono alla distorsione dell'immagine corporea, con una sovrastima delle dimensioni corporee e la negazione della perdita del peso, mettendo in atto comportamenti di controllo del peso e della forma (body checking). Successivamente subentrano altri processi, per esempio: l'isolamento sociale, i sintomi della malnutrizione e la comparsa di crisi bulimiche, gli effetti negativi di queste sulla preoccupazione per il peso, la forma del corpo e il senso di controllo, che aumentano ulteriormente la necessità di controllare l'alimentazione.

In conclusione, si può affermare che tale approccio multifattoriale riflette l'unicità con cui l'anoressia nervosa si manifesta in ciascun paziente, implicando la necessità di un'analisi e una terapia multidisciplinare.

## 1.5 STADI DEL CAMBIAMENTO

In letteratura è ampiamente riconosciuto che gli individui affetti da Disturbi Alimentari, in particolar modo l'Anoressia Nervosa, presentano una limitata consapevolezza di malattia. Questi individui tendono a non riconoscere il disturbo in quanto tale, ma lo percepiscono come parte di sé. La malattia, inclusi tutti i disagi che comporta, viene considerata dalla persona come parte della propria identità. Pertanto, viene definita con il termine egosintonica.

L'anoressia nervosa rappresenta per l'individuo un valido strumento per affrontare situazioni di intenso disagio, superare le proprie insicurezze e le difficoltà quotidiane. La restrizione alimentare e il conseguente calo ponderale vengono percepiti come gratificanti, poiché si configurano come soluzioni adeguate a gestire efficacemente problematiche afferenti alla sfera sociale. Inoltre, ai comportamenti restrittivi viene attribuito un sinonimo di forza di volontà e di controllo su sé stessi.

Le conseguenze positive del digiuno, come l'iperattività, gli stati euforici e le sensazioni di benessere diffuso, contribuiscono ulteriormente a consolidare questo legame. Sebbene tali benefici durino per un periodo limitato di tempo, sono sufficienti per instaurare un profondo legame fra la persona e il disturbo, a prescindere dai cambiamenti e dalle complicanze fisiche, cognitive, emotive e sociali causate dal digiuno (Keys et al., 1950).

Lo studio condotto da Serpell ha esplorato la percezione di malattia nei pazienti affetti da anoressia nervosa, dimostrando che, nonostante la natura egosintonica del disturbo, i soggetti sono comunque in grado di riconoscere i danni che la patologia arreca a loro stessi, alla loro vita e ai loro cari. Tra le aree maggiormente compromesse, i pazienti identificano la sfera sociale, la salute fisica e mentale, riconoscendo inoltre i sintomi psicologici del disturbo, come ad esempio quelli depressivi. Alcuni pazienti hanno riferito di sentirsi ingannati e traditi dal disturbo, poiché questo aveva fatto loro promesse false o vuote, provocando sentimenti di rabbia, odio e frustrazione per la continua lotta contro di esso (Serpell et al., 1999).

Dal punto di vista terapeutico, risulta quindi cruciale comprendere l'ambivalenza che si genera tra i benefici percepiti, legati al disturbo, e le conseguenze negative derivanti da esso, delineando una condizione di ambivalenza rispetto al cambiamento. Questo concetto trova riscontro nel modello Teorico del cambiamento di Prochaska e Di Clemente, secondo cui il passaggio dalla fase di pre-contemplazione a quella di

contemplazione è caratterizzato da un aumento degli svantaggi percepiti, con pochi cambiamenti nei vantaggi percepiti, mentre il passaggio dalla contemplazione all'azione è contrassegnato da una riduzione dei vantaggi percepiti.

Di seguito verrà fornita una maggiore spiegazione riguardo il modello precedentemente introdotto.

All'interno dei percorsi riabilitativi della salute mentale è richiesto all'utenza di intraprendere un percorso di cambiamento, si tratta di un processo complesso durante il quale la persona deve mobilitare numerose risorse. L'ambivalenza è un elemento centrale in questo cammino: se da un lato consente il rinnovamento e rappresenta un'opportunità di crescita personale, dall'altro richiede un significativo impiego di risorse ed energie vitali al fine di affrontare e superare le difficoltà oggettive in cui ci si può imbattere. L'operatore ricopre un ruolo chiave nel comprendere i meccanismi alla base del cambiamento e nell'individuare le modalità più efficaci per agevolarlo; il modello di riferimento si basa sugli aspetti motivazionali che guidano le scelte dell'individuo. Si tratta del *Modello TransTeorico* definito per la prima volta nel 1977 dallo psicologo James Prochaska, il quale attraverso un'analisi comparativa tra i diversi sistemi di psicoterapia esistenti, ne elaborò uno integrato che permetteva di esaminare i processi di cambiamento utilizzati nelle varie scuole. Il modello comprendeva dieci processi indipendenti di cambiamento.

Successivamente nel 1982, in collaborazione con lo psicologo Carlo Di Clemente, delineò la versione definitiva del modello attraverso la sua applicazione negli studi sul cambiamento intenzionale nei comportamenti di dipendenza. Questo modello rappresenta la teoria generale del cambiamento sia spontaneo sia conseguente alla terapia; consente difatti di studiare il cambiamento in quanto processo e di riconoscere la successione degli stadi che lo compongono, partendo da un livello di scarsa consapevolezza dell'utente, alla ricerca attiva di come attuarlo fino alla realizzazione stessa del cambiamento.

I presupposti generali sui quali si fonda sono i seguenti:

- a) Deve essere applicabile a tutte le diverse modalità di cambiamento delle persone
- b) Deve considerare il fatto che in alcune persone esistono comportamenti che cambiano da soli, senza l'aiuto di alcun programma di trattamento
- c) Deve essere applicabile ad una vasta gamma di comportamenti di dipendenza come l'abuso di droghe, quello di alcol, la compulsività del gioco d'azzardo, la bulimia ecc.

- d) Deve aiutare ad integrare le diverse forme di trattamento disponibili nei vari ambiti di cura delle dipendenze
- e) Deve potersi occupare dell'intero processo di cambiamento, dall'acquisizione della consapevolezza dell'esistenza del problema fino al momento in cui il problema è risolto.

Il modello è stato costruito su tre dimensioni fondamentali: gli stadi, i processi e i livelli.

Sebbene nasca per le dipendenze, considerati i presupposti precedentemente descritti, lo si può applicare anche in altri contesti della salute mentale, come nel caso dei disturbi alimentari nei quali l'acquisizione di consapevolezza di malattia rappresenta un fattore cardine per il raggiungimento della recovery.

Il cambiamento è un processo graduale, attraversa sei specifici stadi tramite un percorso progressivo e ciclico. Nella figura 1 viene rappresentata la successione dei seguenti stadi:

Il 1° stadio di *Pre-contemplazione*, ovvero di negazione del problema o di indecisione, è lo stadio in cui non vi è alcuna intenzione di cambiare comportamento nell'immediato futuro. La maggior parte dei pazienti in questo stadio non è a conoscenza o è inconsapevole dei propri problemi. La resistenza nel riconoscere o modificare un problema è il segno distintivo di chi si trova in questo stadio.

Il 2° stadio di *Contemplazione* o di Intenzione, in cui emergono dubbi e contraddizioni che portano ad una sempre più marcata contraddittorietà (ambivalenza) rispetto alla dipendenza o al comportamento che si vuole modificare. I pazienti sono consapevoli dell'esistenza del problema e pensano seriamente di risolverlo, ma non riescono ancora a impegnarsi ad agire. L'elemento cardine di questo stadio è la considerazione di poter risolvere seriamente il problema.

Il 3° stadio di *Determinazione* o di Preparazione, in cui si accentua la spinta al cambiamento, si ricerca attivamente una soluzione, che una volta messa concretamente in atto porta il paziente nello stadio successivo. Unisce i principi dell'intenzione con quelli del comportamento, gli individui in questo stadio non hanno ancora raggiunto un criterio di azione efficace, nonostante abbiano risolto in parte alcuni dei problemi, per cui intendono agire nell'immediato futuro.

Il 4° stadio di *Decisione* o Azione, in cui i cambiamenti vengono sperimentati, se hanno successo il paziente entra nella fase successiva. Gli individui modificano il loro comportamento, le loro esperienze e l'ambiente per superare il problema; questo



richiede un impegno notevole di tempo ed energie. I cambiamenti tendono ad essere più visibili, ricevendo il massimo riconoscimento esterno.

Il 5° stadio di *Mantenimento* o Consolidamento, in cui le nuove abitudini hanno il tempo di mantenersi tali fino al successo definitivo. Gli individui lavorano per prevenire le ricadute e consolidare i progressi raggiunti durante l'azione.

Il 6° stadio è rappresentato dalla *Ricaduta*, evento possibile in una certa misura, che può portare il paziente agli stadi precedenti.

Il modello considera la possibilità di ricaduta, la quale causa la retrocessione agli stadi precedenti ma con l'acquisizione di un livello superiore di consapevolezza ad ogni ciclo di cambiamento. L'acquisizione di consapevolezza gioca un ruolo cardine nel consolidamento del ciclo motivazionale.

È fondamentale considerare che il tempo di permanenza individuale in ciascun stadio è molto variabile, ma i compiti da eseguire per passare allo stadio successivo sono gli stessi. Facendo riferimento al tema della consapevolezza, essa costituisce un fattore indispensabile per avanzare dallo stadio di pre-contemplazione a quello di contemplazione (Mangiaracina, 2003).

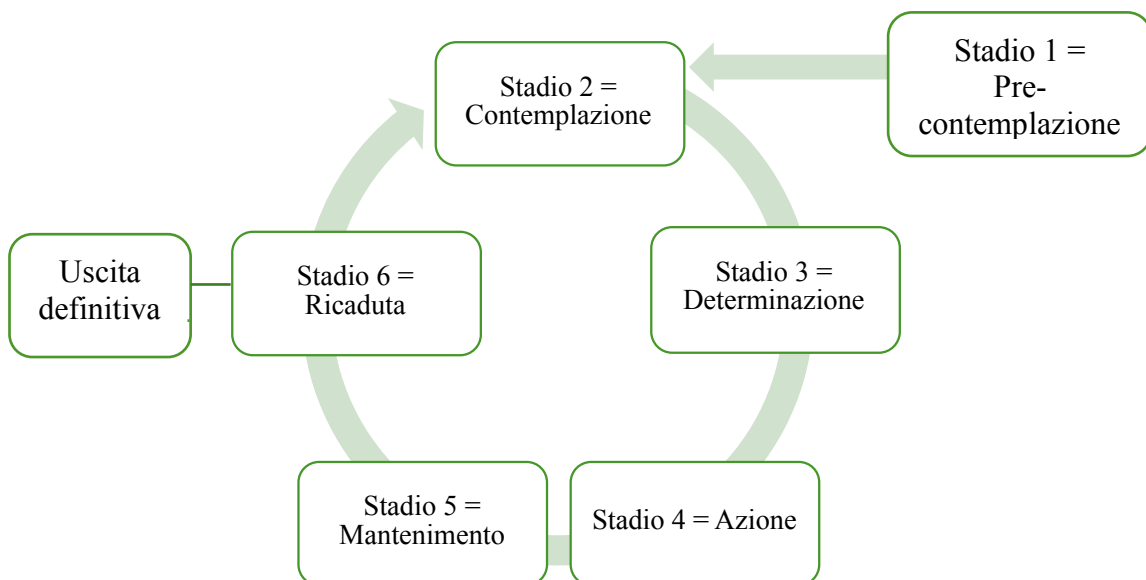


Figura 1: Gli stadi del cambiamento secondo il modello TransTeorico del cambiamento, Prochaska e Di Clemente.

All'interno del modello TransTeorico vengono definiti dieci principali processi indipendenti, con processo di cambiamento si intende un'attività intrapresa o vissuta da una persona che consente di modificare il suo modo di pensare, di sentire o di comportarsi rispetto al suo problema. I processi vengono suddivisi in due aree, cinque appartenenti all'area cognitivo-esperienziale e i rimanenti all'area comportamentale. All'interno della prima categoria si individua l'aumento della consapevolezza, questa viene definita come un elemento cardine dei programmi riabilitativi poiché consente una maggiore elaborazione delle informazioni. La persona che ha acquisito consapevolezza difatti manifesta una maggiore curiosità, apertura e disponibilità all'ascolto, fondamentali per intraprendere il percorso orientato al cambiamento.

I livelli rappresentano l'organizzazione gerarchica di cinque aree di problemi psicologici, di cui si occupano gli interventi terapeutici. Le aree sono distinte ma collegate fra loro, non sono indipendenti, poiché il cambiamento effettuato in una comporta dei cambiamenti anche nelle altre.

Per cui si può affermare che il modello TransTeorico rappresenta una forma integrata di terapia che applica in maniera differenziale i processi di cambiamento nei vari stadi a seconda del livello del problema sul quale è necessario intervenire.

Per completezza è bene specificare che il modello in questione esplicita l'importanza di alcuni fattori generali che possono prevedere il passaggio da uno stadio del cambiamento a quello successivo, in particolare fa riferimento al livello di Autoefficacia e alla Bilancia Decisionale, entrambe legate agli aspetti dell'autocontrollo.

Albert Bandura definisce l'autoefficacia come "la fiducia di un individuo nella propria capacità di attuare un comportamento prestabilito. Si tratta di un insieme di valutazioni del soggetto rispetto alla propria possibilità di raggiungere un obiettivo specifico in un tempo determinato", rappresenta quindi il livello di fiducia che un individuo ha nelle proprie capacità di resistere alla tentazione di attuare determinati comportamenti che comporterebbero una ricaduta. Il livello di autoefficacia sembra aumentare con l'avanzare degli stadi per poi stabilizzarsi durante lo stadio del mantenimento.

La Bilancia Decisionale è lo strumento che consente di mettere a confronto gli aspetti positivi e negativi percepiti di un particolare comportamento. Aiuta la persona a individuare, esprimere e quindi prendere consapevolezza degli svantaggi e dei vantaggi che ricavava dalla situazione attuale e dal cambiamento (Mangiaracina, 2005).

## **1.6 MENTAL HEALTH RECOVERY STAR™ (MHRS)**

### ***1.6.1 IL CONCETTO DI RECOVERY***

Nel campo della salute mentale e in particolar modo in quello della riabilitazione psichiatrica è fondamentale attenersi al concetto di recovery. Ad oggi non esiste una definizione univoca di questo concetto, a riguardo la Psichiatra Paola Carozza afferma: “Il concetto di recovery è stato definito e tradotto in molti modi, ma in nessuna eccezione coincide con la scomparsa della malattia, piuttosto rispecchia lo sviluppo di abilità perdute con la malattia e il recupero di un ruolo valido e soddisfacente all’interno della società” (Carozza, 2006).

Il termine nasce ufficialmente negli anni Ottanta del Novecento dalle testimonianze dei pazienti stessi, le traduzioni italiane fino ad ora proposte (ripresa personale, guarigione, recupero ecc.) non sono del tutto adeguate a catturare la complessità del concetto e dell’esperienza raccontata da chi l’ha vissuta in prima persona; difatti non indica una *restituito ad integrum* rispetto alla condizione precedente di malattia, bensì l’elaborazione e l’attuazione di nuovi comportamenti per condurre una vita soddisfacente e produttiva, nonostante le limitazioni che la malattia induce (Anthony, 1993).

Si tratta di un concetto multidimensionale che non è ottenibile attraverso una cura specifica, difatti si riferisce al percorso individuale intrapreso dall’utente al fine di attenuare i sintomi e le difficoltà quotidiane derivanti dal disturbo, così da poter condurre una vita autonoma all’interno della società.

## **1.6.2 OUTCOMES STARS**

La Mental Health Recovery Star™ appartiene alla famiglia delle Outcomes Star, sviluppate dall'organizzazione inglese *Triangle Consulting Social Enterprise*.

Con il termine Outcomes Star si intende l'insieme degli strumenti pensati per favorire, supportare e misurare il processo di cambiamento degli individui, non solo nel campo della salute mentale ma in una più vasta gamma di settori. Nel 2006 è stata realizzata la prima Outcomes Star, in associazione con *Mugo's e London Housing Foundation*, per poter supportare i bisogni e individuare le risorse delle persone senza fissa dimora e di coloro a rischio di diventarlo, al fine di misurare e supportare il loro processo di cambiamento. Successivamente, nel 2008, è stata sviluppata la prima versione della Recovery Star, in associazione con il *Mental Health Providers Forum*.

Ad oggi le Outcomes Star vengono suddivise nei seguenti sedici settori: adult care, armed forces and veterans, autism and ADHD, community, criminal justice, disaster recovery, domestic abuse, education, employment, families and children, health, housing and homelessness, mental health, refugee and asylum seeking, substance misuse e young people.

Il settore denominato "mental health" contiene al suo interno sette diverse Stars: family impact star, parent and baby star, preparation star, recovery star secure, my mind star, disaster recovery star e la quarta edizione della recovery star (Triangle Consulting Social Enterprise Limited, 2024), (Il chiaro del Bosco, 2024).

Per quanto riguarda quest'ultima, nonché la Mental Health Recovery Star™, nel 2013 è stata validata la versione italiana (Placentino et al., 2017); questo studio conclude che la MHRS si dimostra uno strumento accettabile da utenti e operatori, distinguendosi per l'utilizzo di pratici utili ausili visivi; in particolare, concorre a rilevare il percorso di recovery dell'utente e soprattutto favorisce un approccio collaborativo fra utente e operatore che procede dalla valutazione fino alla pianificazione degli interventi terapeutici-riabilitativi.

Dal 2013 l'associazione *Il Chiaro del Bosco* collabora con *Triangle Consulting Social Enterprise* e ne possiede la licenza per la formazione e l'abilitazione all'uso in Italia (Burns & MacKeith, 2014).

La versione italiana della Mental Health Recovery Star™ sarà oggetto di interesse nei capitoli successivi.

### ***1.6.3 STRUTTURA DELLA MENTAL HEALTH RECOVERY***

#### ***STAR™***

La Mental Health Recovery Star™ viene definita dai suoi sviluppatori come uno strumento validato per supportare e misurare i processi di cambiamento nei percorsi di cura di persone affette da disturbi mentali. In particolare, permette ai servizi della salute mentale di misurare e definire il cambiamento, in dieci aree di vita, che avviene negli utenti e in coloro che intraprendono un progetto riabilitativo. Tale strumento difatti si basa sul Modello di Recovery, nonché sul concetto multidimensionale secondo il quale la malattia mentale non è un processo statico e completamente cronicizzante, bensì nonostante la sua presenza è comunque possibile condurre una vita ricca e soddisfacente, fornendo alla persona le risorse e gli strumenti necessari al fine di favorirne una gestione efficace, senza necessariamente eliminarla. Le dieci aree di vita indagate come cruciali nel percorso di recovery sono: gestione della propria salute mentale, cura di sé, abilità per la vita quotidiana, reti sociali, lavoro, relazioni personali, dipendenze, responsabilità, identità e autostima, fiducia e speranza.

Risulta essere anche un buon strumento di relazione fra utente e operatore di riferimento, il case-manager difatti può supportare il percorso di recovery dell'utente fornendo una mappa ed un metodo per visualizzare graficamente i progressi ottenuti e pianificare le azioni ritenute necessarie.

Lo strumento preso in esame è composto dai seguenti elementi:

- a) Una guida per le organizzazioni, rivolta agli operatori dei servizi della salute mentale. Dopo una breve prefazione sullo strumento e sui relativi sviluppatori, è presente una sezione introduttiva in cui vengono delineati cos'è, com'è stato sviluppato e le risorse possedute. Successivamente contiene delle linee guida per la somministrazione agli utenti, nello specifico delinea come introdurre la Recovery Star, l'utilizzo delle scale relative alle dieci aree di vita, la compilazione del Grafico della Stella, il relativo Piano d'Intervento e come eseguire la rivalutazione; in aggiunta fornisce una guida per lavorare con persone nelle diverse fasi del loro percorso di recovery e le domande frequenti (FAQ). Nella parte finale, fornisce indicazioni ai responsabili dei servizi ed ai dirigenti per l'implementazione della Recovery Star per un progetto singolo, per una serie di servizi o per un'organizzazione nel suo complesso: verificare le ragioni che hanno portato all'introduzione dello strumento, valutare

l' idoneità nel progetto/servizio, organizzare un periodo di prova, integrare la Recovery Star negli attuali sistemi documentali, formare gli operatori all'uso dello strumento, garantire qualità e coerenza nell'applicazione, analizzare interpretare i dati e infine condividere e intervenire partendo dai dati stessi.

b) Una guida per gli utenti dei servizi, si tratta di un supporto indispensabile al fine della comprensione e compilazione della MHRS da parte dell'utente. Innanzitutto, contiene una presentazione generale sullo strumento, dove vengono delucidate informazioni sul percorso di recovery e sulle relative finalità all'interno di un intervento individualizzato. Attraverso un linguaggio chiaro e facilmente comprensibile, descrive la Scala del Cambiamento sulla quale si basa lo strumento e le relative fasi (numerata in ordine crescente da uno a dieci) fornendo esempi pratici riscontrabili nella quotidianità della persona.

Separatamente sono state pubblicate le Risorse visuali della Recovery Star, ovvero l'insieme dei supporti comunicativi utilizzati per facilitare l'utilizzo dello strumento in diversi contesti o situazioni che possono verificarsi nei servizi di salute mentale, queste riguardano la Scala del Cambiamento e le Dieci Aree della Recovery Star. Per quanto riguarda le prime si tratta di un poster ed un gruppo di cinque cartoline che illustrano la Scala del Cambiamento, mentre le seconde comprendono un poster e dieci cartoline che illustrano le dieci aree indagate dallo strumento.

c) Uno Star Chart o Grafico della Stella, è inserito in un opuscolo allegato alla Guida per l'Utente per facilitarne l'archiviazione o per consegnarlo all'utente. Si tratta di un grafico a stella costituito da dieci bracci, uno per ogni area indagata dalla MHRS<sup>TM</sup> (gestione della propria salute mentale, cura di sé, abilità per la vita quotidiana, reti sociali, lavoro, relazioni personali, dipendenze, responsabilità, identità e autostima, fiducia e speranza); ogni braccio consente di riportare un punteggio da uno a dieci. Successivamente, dopo aver concordato il punteggio di ogni area indagata sulla base della scala del cambiamento, è fondamentale registrare le risposte sullo Star Chart e tracciare delle linee per collegarle fra loro, al fine di ottenere una rappresentazione visiva della situazione attuale del paziente.

È presente una breve legenda relativa ai punteggi rispetto alla fase del cambiamento.

Lo Star Chart può essere compilato in autonomia dall'utente, in autonomia dall'operatore oppure in collaborazione fra operatore e utente. Nella parte superiore dello strumento devono essere inserite il nome dell'utente e la data di compilazione, specificando se si tratta di una somministrazione a T0, T1 oppure una retrospettiva. La compilazione a T0 e a T1 può essere eseguita sullo stesso grafico per poter evidenziare visivamente i cambiamenti ottenuti, sia in positivo sia eventualmente in negativo, nelle aree indagate; è consigliabile tracciare le linee con colori differenti per enfatizzare la divergenza fra i due momenti.

d) Un foglio per le note dalla redazione della Star, la cui compilazione non è obbligatoria. L'operatore può utilizzare questo supporto per annotare osservazioni, frasi di rilievo o informazioni importanti emerse durante la compilazione dello Star Chart. Inoltre, può risultare utile per appuntare i motivi di un determinato punteggio assegnato all'area presa in esame, e nel caso di opinioni discordanti, le motivazioni di dissenso fra l'operatore e l'utente.

e) Un action plan, si tratta di una griglia di annotazione nella quale vengono esplicitati i dettagli dell'intervento che si intende mettere in atto con l'utenza. Il piano d'intervento richiede la compilazione delle seguenti parti: area prioritaria con relativo punteggio, il prossimo obiettivo che si intende raggiungere in quest'area, le azioni S.M.A.R.T. (specific, measurable, achievable, relevant and time-based) che possono essere impiegate al fine di raggiungere l'obiettivo, chi è coinvolto nel progetto e le tempistiche. Segue una sezione finale per la data e le firme dell'utente e dell'operatore/equipe coinvolti; questo è simbolo di una costruzione condivisa che richiede fiducia e impegno reciproci.

f) Sistema Recovery Star IT System, consente la compilazione online dello Star Chart e la relativa analisi dei dati al fine di calcolare il cambiamento di ogni utente ed eventualmente di confrontarlo con altri dati raccolti dal servizio. I dati sono confidenziali e questo consente il confronto fra servizi diversi.

All'interno della Guida per le Organizzazioni vengono definite delle linee-guida per l'utilizzo dello strumento, non si tratta di regole rigide o di indicazioni da seguire punto per punto, al contrario è importante che la somministrazione venga personalizzata, adattandosi ai bisogni e alle preferenze dell'utente; per questo motivo è opportuno

considerare la MHRS™ non solo come uno strumento di valutazione ma anche come un flessibile strumento di relazione fra operatore ed utente.

Le linee-guida affermano che prima di utilizzare lo strumento è fortemente consigliato conoscerne le caratteristiche principali, la Scala del Cambiamento e le aree indagate con le rispettive descrizioni; inoltre può risultare importante individuare i motivi e le modalità attraverso cui lo strumento viene adottato all'interno del proprio servizio.

È dunque essenziale saper presentare la MHRS™ all'utente, questa può avvenire attraverso varie modalità, le quali possono essere combinate fra loro in base alle necessità; per quanto riguarda le tempistiche lo strumento può essere presentato sia durante la prima seduta di compilazione sia alcuni giorni prima. Rispetto al metodo si può fornire all'utente una copia della Guida per l'Utente in modo tale che possa leggerla in autonomia prima dell'incontro di compilazione, oppure l'operatore stesso può presentarla verbalmente sempre facendo riferimento alla Guida per l'Utente, si può considerare la possibilità di inviare un utente "esperto" per descrivere il percorso al nuovo utente, il quale ha già completato la MHRS™ e ha ritenuto l'esperienza positiva. Nel caso in cui ci fosse più di qualche nuovo utente al quale si vorrebbe introdurre la MHRS™, si può valutare una presentazione di gruppo.

A seguito della presentazione si può prendere in esame la Scala del Cambiamento per ogni area proposta dallo strumento; l'utente è libero di scegliere l'area da investigare per prima, nel caso in cui manifestasse dei dubbi è compito dell'operatore guidare la scelta, partendo dall'area che risulta di più facile discussione. È consigliato partire dalle aree meno compromesse, nelle quali non si riscontrano problematiche particolari, oppure dalle aree che affrontano contenuti concreti come, per esempio, l'area delle abilità per la vita quotidiana.

Può essere utile impostare un colloquio per ogni area indagata, prima di esaminare la relativa Scala del Cambiamento, in modo tale da indagare se sono presenti particolari criticità, punti di forza ed eventuali obiettivi futuri inerenti a quanto trattato. A questo punto si può chiedere all'utente di individuare lo stadio e il punteggio nei quali si rispecchia maggiormente; nel caso in cui manifestasse particolari difficoltà è consigliato intervenire suggerendo una possibile collocazione nella scala fornendo le rispettive motivazioni, per cui si imposta un colloquio di confronto.

A seguito della collocazione e discussione di ogni scala si procede con la registrazione dei punteggi e la relativa rappresentazione grafica, sulla base di quest'ultima si esamina la forma complessiva del Grafico della Stella ponendo all'utente alcune domande, indagando se riesce a identificare la situazione generale emersa dal grafico,



quali aree sono più compromesse e quali invece hanno un miglior funzionamento, per poi definire le aree sulle quali si vorrebbe concentrare maggiormente. Ne segue la compilazione del Piano d'Intervento.

I tempi di compilazione sono variabili, sono richiesti dai quarantacinque minuti alle due ore, in base a quanto viene indagata ogni area.

Le linee-guida consigliano la rivalutazione (T1) a tre o sei mesi rispetto a quella iniziale, la compilazione dovrebbe risultare più veloce dato che l'utente già conosce lo strumento. Per eseguire la verifica non si fa riferimento al Grafico della Stella compilato a T0, poiché potrebbe influenzare la collocazione dei punteggi. Solamente dopo aver definito i punteggi di tutte le aree, è possibile riportarli sul Grafico della Stella compilato a T0. Si procede quindi con la discussione del nuovo grafico ottenuto e con il confronto fra i due, evidenziando i cambiamenti sia positivi sia eventualmente quelli negativi, definendo i nuovi obiettivi S.M.A.R.T. e indagando la percezione dell'utente rispetto al cambiamento avvenuto (Burns & MacKeith, 2014).

#### ***1.6.4 LA SCALA DEL CAMBIAMENTO***

Il fulcro su cui si basa lo strumento Mental Health Recovery Star™ è la scala del cambiamento rispetto al percorso di recovery. Ognuna delle dieci aree indagate dallo strumento viene valutata con un punteggio da uno a dieci, sulla base del relativo punteggio individuato sulla scala del cambiamento; difatti quest'ultima è composta da cinque fasi, ognuna di queste possiede due punteggi.

Per la compilazione del Grafico della Stella è fondamentale la comprensione della scala del cambiamento, per questo motivo all'interno della guida per gli utenti dei servizi viene spiegata in modo adeguato e comprensibile; in un primo momento viene introdotta con termini generali per delineare le caratteristiche principali di ogni fase, successivamente vengono definite le dieci aree indagate e le rispettive scale del cambiamento con descrizioni dettagliate. È opportuno notare come la scala del cambiamento venga rappresentata graficamente al fine di facilitarne la comprensione, come se si trattasse di una vera scala nella quale ogni fase corrisponde ad un gradino. Le fasi riportate sulla Guida per le Organizzazioni sono le seguenti:

##### *1) Fase uno: Il Blocco*

Le persone in questa fase con tutta probabilità non sono interessate o non sono in grado di parlare di una specifica area (o più aree) della loro vita. In tal caso, mentre l'operatore potrebbe suggerire una collocazione al punto uno o due della scala, l'utente potrebbe dire di essere al punto nove o dieci. Questo può accadere ed è proprio esemplificativo dell'essere nella "fase del blocco". In ogni caso, rammentate che potete spiegare le vostre ragioni e registrare la differenza di vedute. Gli obiettivi dell'operatore di riferimento con un utente in queste fasi possono prevenire o ridurre il rischio di danno a sé o agli altri, offrire contenimento alla persona e alle situazioni che sta vivendo per evitare che ci siano ulteriori peggioramenti. È possibile utilizzare quei momenti sporadici in cui l'utente esprime insoddisfazione per la propria condizione come spunto per avviare un confronto su potenziali cambiamenti, favorendo così la costruzione di un rapporto di fiducia.

##### *2) Fase due: L'Accettazione dell'aiuto*

Le persone che sono nella fase dell'Accettazione dell'aiuto saranno maggiormente disponibili a discutere di una specifica area della loro vita, ma non avranno aspettative particolarmente positive o non avranno una percezione chiara di che cosa vogliono davvero raggiungere: sapranno solo di non essere soddisfatte di come vanno le cose.

L'obiettivo dell'operatore di riferimento di questa fase è di migliorare la situazione dell'utente in modo concreto, facendo interventi per conto loro ed offrendo molto sostegno e supporto. Questo può favorire lo sviluppo della speranza e le aspettative positive rispetto ai benefici di un possibile miglioramento.

È importante avere aspettative realistiche. In questa fase le persone non sono in grado di prendere iniziative e di agire in autonomia. È quindi più appropriato coinvolgere le persone in attività o servizi in condizioni di protezione (in ambienti protetti collegati ai servizi di salute mentale) e, se invitati all'esterno, gli utenti probabilmente necessiteranno di essere accompagnati.

### 3) Fase tre: *Il crederci*

In questa fase le persone sono maggiormente coinvolgibili nella discussione su una determinata parte della loro vita. Si avverte la sensazione che le persone siano sul punto di avviare dei cambiamenti. Potrebbero essere molto contente nel pensare a obiettivi per il futuro, ma anche estremamente tese rispetto alla prospettiva di un cambiamento.

L'obiettivo dell'operatore di riferimento in questa fase è quello di sostenere questo cambiamento interiore, di aiutare l'utente a tradurre la nuova situazione in obiettivi specifici e a delineare piccoli passi, concreti e realizzabili, per attuare il cambiamento previsto.

Anche se ora la persona può iniziare a fare delle cose di propria iniziativa è del tutto probabile che possa aver bisogno di un supporto anche maggiore, perché fare cose nuove, oltre che stimolante, può essere fonte di paura. Il supporto in questa fase è caratterizzato dall'incoraggiamento e consiste nell'aiutare l'utente a pianificare ciò che si propone di fare (piuttosto che a farlo al suo posto).

### 4) Fase quattro: *L'Apprendimento*

Durante la fase dell'Apprendimento, le persone sono ancora interessate a discutere questa parte della loro vita: hanno fatto qualche passo avanti verso i loro obiettivi e ne sono soddisfatte. Tuttavia, non è da escludere che possano avere fatto qualche "passo falso" e potrà capitare che si demoralizzino.

L'obiettivo dell'operatore di riferimento in questa fase è di riconoscere il conseguimento degli obiettivi prefissati e offrire supporto in caso di insuccesso. Un altro obiettivo importante è quello di aiutare l'utente a riflettere sulle proprie esperienze e utilizzarle come supporto per l'apprendimento. Cosa possono imparare

gli utenti dalle cose andate bene e dalle difficoltà incontrate? Nei prossimi mesi o settimane, come potranno mettere in pratica quanto appreso?

Gli operatori di riferimento dovrebbero evitare la tentazione di precipitarsi a mettere tutto a posto quando le cose non vanno per il verso giusto: in questa fase, l'obiettivo è di aiutare l'utente ad affrontare le difficoltà in autonomia, a costruire le proprie conoscenze e la propria resilienza.

##### 5) Fase cinque: *Basarsi sulle proprie forze*

In questa fase, gli utenti necessitano di un supporto molto limitato. In pratica sono in grado di gestire una specifica area della loro vita da soli. Tuttavia, all'inizio di questa fase, è utile continuare a “dare un'occhiata” nel caso si presentasse una difficoltà che l'utente non è in grado di gestire in autonomia.

In questa fase, l'obiettivo dell'operatore di riferimento è quello di continuare a rinforzare le conoscenze acquisite, di aiutare l'utente a tessere una rete di supporto, anche al di fuori dei servizi di salute mentale, e assicurarsi che l'utente sappia riconoscere da solo i segni premonitori per i quali potrebbe essere necessario ricorrere a un aiuto.

Alcune persone possono avere difficoltà nell'allontanarsi da un aiuto professionale, anche se non ne hanno più la necessità. In questo caso è importante rinforzare la fiducia in sé stessi e fare in modo che l'utente possa sperimentare ed attingere ad altre fonti di supporto più informali (Burns & MacKeith, 2014).

A seguito della descrizione di ogni fase della scala del cambiamento, è possibile identificare un parallelismo con i primi cinque stadi del modello TransTeorico del cambiamento, delineati precedentemente al capitolo 1.5.

Lo stadio di pre-contemplazione e la fase del blocco fanno entrambi riferimento ad una situazione di resistenza nei confronti del cambiamento, la persona nega qualsiasi interesse nei confronti del percorso e manifesta una chiara inconsapevolezza della problematica.

Lo stadio di contemplazione e la fase di accettazione dell'aiuto sono caratterizzati da una maggiore disponibilità nell'affrontare l'argomento, la persona difatti accetta di mettersi in discussione sebbene prevalgano pensieri e sentimenti ambivalenti rispetto al percorso di cambiamento da intraprendere. Non è in grado di definire gli obiettivi che intende raggiungere, non possiede i mezzi per intraprendere in modo attivo il percorso di cambiamento.

Nello stadio della determinazione e nella fase del crederci si accentua la spinta verso il percorso di cambiamento, sono ancora presenti sentimenti di ambivalenza ma questi vengono progressivamente ridotti con la definizione di obiettivi specifici per avviare un percorso graduale. Occorre fornire molto supporto all'utente, in modo tale che raggiunga un criterio di azione efficace, al fine di raggiungere il passo successivo.

Lo stadio dell'apprendimento e la fase della decisione rappresentano il momento in cui la persona riesce a modificare in modo efficace il proprio comportamento, raggiungendo gli obiettivi precedentemente prefissati. È importante riconoscere l'impegno messo in atto dalla persona.

Lo stadio del mantenimento e la fase del basarsi sulle proprie forze indicano la capacità della persona di gestire in modo autonomo l'area oggetto del cambiamento, i comportamenti sperimentati nelle fasi precedenti si consolidano e diventano abitudini. Non vi è più la necessità del supporto costante dell'operatore, questo svolge un ruolo limitato di osservazione nel caso di ricadute.

Entrambi i modelli esaminati prendono in considerazione l'eventuale possibilità di ricaduta, la quale non ha caratteristiche puramente distruttive ma può essere utile nell'acquisire una maggiore consapevolezza della propria situazione, in entrambi i casi è necessario il sostegno dell'operatore per evitare l'uscita definitiva dal percorso.

### ***1.6.5 MENTAL HEALTH RECOVERY STAR™ IN LETTERATURA***

In letteratura, gli studi condotti sulla MHRST<sup>™</sup> sono limitati. Tra i più noti vi sono quello di Killaspy (Killaspy et al., 2012), condotto nel Regno Unito, che ne ha analizzato le proprietà psicometriche nella versione inglese, e lo studio di Placentino (Placentino et al., 2017), realizzato in Italia, che ne ha esaminato le caratteristiche ed eseguito la validazione nella versione italiana.

Nel complesso entrambi gli studi dimostrano come la MHRST<sup>™</sup> risulti essere accettabile sia in termini di gradimento sia di facilità nella compilazione, non solo da parte degli utenti ma anche da parte degli operatori dei servizi della salute mentale. La valutazione delle dieci aree di vita, eseguita in collaborazione fra i due, risulta essere mediamente di quarantacinque minuti; questo permette l'utilizzo dello strumento in diversi contesti come per esempio quello ambulatoriale, in cui i tempi di visita possono risultare limitati.

Entrambi gli studi dimostrano un'ottima affidabilità test-retest del punteggio ottenuto in accordo fra operatore ed utente, andando così a consolidare la natura collaborativa dello strumento.

Tuttavia, lo studio del Regno Unito evidenzia un forte limite dello strumento, nonché l'inaffidabilità inter-valutatore del solo personale per cui, al momento, non è raccomandato l'utilizzo routinario per l'esito clinico (il termine inter-valutatore indica la valutazione delle aree di vita da parte di due operatori, i quali conoscono l'utente ma non hanno la possibilità di potersi confrontare nell'attribuzione del punteggio). Solamente l'area del "lavoro" ha dimostrato un'accettabile affidabilità. In aggiunta, questo studio evidenzia come il personale dei servizi tende a valutare gli utenti leggermente più negativamente quando compila la MHRST<sup>™</sup> in autonomia, rispetto a quando la esegue in collaborazione con l'utente.

Lo studio inglese dimostra poi una buona affinità fra i sette domini della MHRST<sup>™</sup>, che sembrano valutare il funzionamento sociale, con le cinque sottoscale della Life Skills Profile (LSP) e il relativo punteggio totale; concludendo che lo strumento sembra valutare il funzionamento sociale piuttosto che il processo stesso di recovery. D'altro canto, lo studio italiano evidenzia come in realtà la MHRST<sup>™</sup> possa essere utilizzata in un'ottica di valutazione dell'outcome, a seguito di significative correlazioni con quattro fattori della Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) e della World Health Organization Quality of Life (WHOQOL); usate rispettivamente per l'assessment funzionale e per indagare la qualità di vita dell'utente.

In conclusione, entrambi gli studi evidenziano i limiti psicometrici dello strumento, ma al contempo invitano i servizi all'utilizzo e all'ulteriore sviluppo della MHRS™ per via delle sue potenzialità in ambito clinico e del coinvolgimento del paziente nel proprio percorso di recovery. Si distingue dagli strumenti tradizionalmente utilizzati presso i servizi di salute mentale poiché attribuisce all'utente un ruolo attivo all'interno del proprio percorso di cura, proponendo il raggiungimento sia di obiettivi qualitativi (tramite l'autovalutazione nelle dieci aree indagate e la definizione degli obiettivi sui quali lavorare da parte dell'utente stesso) sia di obiettivi quantitativi (nonché la misurazione del cambiamento, tramite l'ausilio della scala del cambiamento). In aggiunta, le sue caratteristiche visive e la possibilità di valutazione eseguita in collaborazione fra utente e operatore, la rendono un ausilio prezioso per indirizzare la pianificazione del progetto riabilitativo e per rinforzare la relazione fra i due soggetti.

A seguito di una ricerca approfondita condotta nelle banche dati di PubMed, Google Scholar e Medline Plus, è emerso che in letteratura scientifica non sono presenti studi riguardanti l'utilizzo della Mental Health Recovery Star™ in pazienti affetti da disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.

## **2. SCOPO DELLO STUDIO**

In campo riabilitativo, avviare un percorso orientato alla recovery richiede una visione che vada oltre i sintomi core comunemente descritti nella letteratura dell'anoressia nervosa, come la restrizione dell'apporto energetico, il calo ponderale, il body checking e le alterazioni delle funzioni cognitive. L'anoressia, infatti, può influire negativamente su molte aree della vita della persona. È quindi necessario adottare un approccio olistico che consideri non solo i sintomi fisici e psicologici, ma anche le dimensioni sociali, relazionali e funzionali per un intervento realmente efficace.

Lo strumento Mental Health Recovery Star<sup>TM</sup> consente la valutazione di dieci aree di vita e in caso di necessità, consente di delineare un Action Plan altamente personalizzato, al fine di intraprendere un percorso riabilitativo relativo alle aree indagate.

L'obiettivo principale di questo studio è indagare come la Mental Health Recovery Star possa offrire un supporto valido e concreto, alle pazienti affette da anoressia nervosa, al fine di incrementare la consapevolezza della patologia e del relativo percorso di riabilitazione intrapreso.

In aggiunta, lo studio indaga la discrepanza tra la percezione dell'utente e quella del terapeuta di riferimento, con l'obiettivo di comprendere eventuali divergenze nella percezione e interpretazione del percorso di recovery, al fine di ottimizzare l'efficacia dell'intervento terapeutico.



### **3. MATERIALE E METODI**

#### **3.1 CAMPIONE DELLO STUDIO**

Lo studio è stato svolto presso l'Azienda Ospedaliera Università di Padova, precisamente all'interno del Day Hospital del Centro Regionale per i Disturbi Alimentari.

Il progetto in questione è stato proposto ad un campione di pazienti, tutte di sesso femminile, in cura presso il Day Hospital dei Disturbi Alimentari; in un periodo di tempo compreso fra gennaio 2024 e ottobre 2024.

In totale sono state coinvolte nello studio nove pazienti.

Tutte le utenti rispettavano i criteri diagnostici del *DSM-5* per Anoressia Nervosa.

Il range d'età delle pazienti coinvolte va da un minimo di quattordici anni ad un massimo di ventinove anni.

### **3.2 STRUMENTI DI VALUTAZIONE**

Sebbene il focus dello studio sia l'applicazione della Mental Health Recovery Star™, si è ritenuto opportuno ampliare la fase di valutazione mediante l'impiego di ulteriori strumenti, così da considerare un maggior numero di fattori afferenti alla sfera psicopatologica individuale, i quali possono svolgere un ruolo cruciale nel percorso orientato alla recovery.

Gli strumenti di valutazione presi in considerazione sono:

- a) Mental Health Recovery Star™ (MHRS)
- b) Depression and Anxiety Stress Scale – 21 (DASS – 21)
- c) Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
- d) Brief Cope

La somministrazione dei precedenti viene eseguita in due momenti precisi, identificabili in T0 e T1.

T0 corrisponde alla prima valutazione di processo, che avviene a seguito della fase di accoglienza del paziente presso il Day Hospital. Inoltre, alla valutazione di processo, prende parte la compilazione e la verifica degli obiettivi SMART definiti nell'Action Plan della Mental Health Recovery Star™; i cui tempi di verifica sono variabili in base a quanto concordato con l'utente (solitamente si tratta di alcune settimane).

Con T1 si intende la valutazione di esito, questa avviene tre mesi dopo la valutazione a T0.

Al termine dei tre mesi è prevista la somministrazione del questionario qualitativo di gradimento della MHRS™, compilato in autonomia dalle utenti.

### **3.2.1 MENTAL HEALTH RECOVERY STAR™**

La Mental Health Recovery Star™ (Burns & MacKeith, 2014) è uno strumento di assessment usato per supportare e misurare, in persone affette da disturbi psichiatrici, i processi di cambiamento in dieci aree di vita: gestione della propria salute mentale, cura di sé, abilità per la vita quotidiana, reti sociali, lavoro, relazioni personali, dipendenze, responsabilità, identità e autostima, fiducia e speranza.

Come si può intuire dal nome stesso, questa fa riferimento al Modello di Recovery.

Il fulcro su cui si basa l'intero strumento è la Scala del Cambiamento, costituita da cinque fasi: blocco, accettazione dell'aiuto, crederci, apprendimento e fiducia in sé stessi.

Lo strumento è composto da:

- a) Una guida per le Organizzazioni, rivolta agli operatori dei servizi della salute mentale
- b) Una guida per gli utenti dei servizi
- c) Un grafico della Stella
- d) Un foglio per le note dalla redazione della Stella
- e) Un action plan
- f) Sistema Recovery Star IT System

Nell'ambito dello studio in questione è stata somministrata la versione italiana della MHRST™ (Placentino et al., 2017), sebbene questa sia stata validata solo per gli utenti maggiorenni.

La presentazione dello strumento alle utenti è stata eseguita durante la prima seduta di compilazione, facendo riferimento alla guida per l'utente e al grafico della stella. Vengono quindi indagate le dieci aree (corrispondenti ai dieci bracci del grafico della stella), si parte da quella preferita dall'utente, per ciascuna viene letta e discussa la descrizione presente sulla relativa scala del cambiamento. Dopo aver individuato in che fase del cambiamento si identifica l'utente e il relativo punteggio per ogni area, si procede con la rappresentazione visiva sul grafico della stella. Questa viene analizzata con l'utente, cercando di individuare le aree di forza e le più compromesse che necessitano di un intervento; per cui viene compilato l'action plan con la definizione degli obiettivi SMART.

I tempi di discussione e compilazione del grafico e del piano d'intervento sono mediamente di sessanta minuti, questi sono variabili in base a quanto dettagliatamente si indagano le rispettive aree.

Al fine di disporre di un'ulteriore valutazione e del conseguente confronto con quella proveniente dall'utenza, sono stati coinvolti i terapeuti di riferimento. Questi hanno compilato la MHRST<sup>TM</sup> in tutte le sue parti, sia al tempo T0 che al tempo T1, basandosi esclusivamente sulle conoscenze possedute sull'utenza.

### ***3.2.2 DEPRESSION AND ANXIETY STRESS SCALE – 21 (DASS – 21)***

Per valutare i sintomi di depressione, ansia, stress e distress generale, è stata utilizzata la versione italiana (Bottesi et al., 2015) della Depression Anxiety Stress Scales - 21 (DASS – 21) (Lovibond & Lovibond, 1995). Quest'ultima consiste nella versione breve della DASS originale a 42 items (Lovibond & Lovibond, 1995), sviluppata per fornire una massima differenziazione tra i principali sintomi depressivi e ansiosi. A tal proposito, in letteratura sono noti non solo la frequente comorbidità tra i due disturbi, che presentano sia caratteristiche comuni che distintive, ma anche l'incapacità di discriminarle attraverso le tradizionali misure di autovalutazione.

Lo studio di Bottesi (Bottesi et al., 2015), ha dimostrato la validità della versione italiana della DASS-21, sia in individui clinici che appartenenti alla comunità; può essere somministrata a una vasta popolazione poiché fattori come l'età, il genere e il livello educativo non influenzano in modo significativo i punteggi.

La versione italiana della DASS-21 consiste in un breve questionario di autovalutazione composto da 21 items, il cui compilatore, deve indicare con quale frequenza la situazione descritta si è verificata negli ultimi sette giorni. La valutazione viene eseguita su una scala Likert da 0 a 3 punti:

- 0 = non mi è mai accaduto
- 1 = Mi è capitato qualche volta
- 2 = Mi è capitato con una certa frequenza
- 3 = Mi è capitato quasi sempre

Complessivamente consente di misurare tre sottoscale: l'ansia, la depressione e lo stress, in aggiunta è possibile calcolare il punteggio generale della scala come misura di distress generale.

Ogni sottoscala è costituita da sette items; di seguito vengono riportati un esempio per ogni sottoscala:

Sottoscala dell'ansia, item numero sette “Ho avuto tremori (per es. alle mani)”

Sottoscala della depressione, item numero dieci “Non vedevo nulla di buono nel mio futuro”

Sottoscala dello stress, item numero diciotto “Mi sono sentito piuttosto irritabile”.

### ***3.2.3 DIFFICULTIES IN EMOTION REGULATION SCALE (DERS)***

La versione italiana del questionario self-report Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (GRATZ e Roemen, 2004) è stata impiegata per misurare le difficoltà di rilevanza clinica nella regolazione delle emozioni di natura negativa, caratteristica di fatto comune a molti disturbi psicologici.

Ha permesso di individuare e misurare la presenza di potenziali difficoltà nelle seguenti quattro dimensioni:

- a) Consapevolezza e comprensione delle emozioni
- b) Accettazione delle emozioni
- c) Abilità di controllare le condotte impulsive e di comportarsi in accordo con i propri obiettivi
- d) Capacità di utilizzare strategie flessibili di regolazione emotiva appropriate al contesto ed alle richieste situazionali

Il questionario è composto da trentasei items, il cui compilatore, deve indicare con quale frequenza la situazione descritta si è verificata nella sua esperienza. La valutazione viene eseguita su una scala Likert da 1 a 5 punti:

- 1 = Quasi mai (0-10%)
- 2 = A volte (11-35%)
- 3 = Circa la metà delle volte (36-65%)
- 4 = Molte volte (66-90%)
- 5 = Quasi sempre (91-100%)

Per mezzo dello scoring è possibile calcolare il punteggio di sei sotto-scale, ognuna composta da un numero variabile di items:

- a) Mancanza di accettazione (sei items)
- b) Difficoltà nella distrazione (cinque items)
- c) Mancanza di fiducia (otto items)
- d) Mancanza di controllo (sei items)
- e) Difficoltà nel riconoscimento (cinque items)
- f) Ridotta autoconsapevolezza (tre items)

È stato ipotizzato che a elevati punteggi si possono associare sia una grande instabilità emotiva sia difficoltà ad esperire stati emozionali positivi (Sighinolfi et al., s.d.).

### **3.2.4 BRIEF COPE**

Con il termine *coping* si indica la risposta di fronteggiamento che un soggetto mette in atto per diminuire l'impatto fisico, psicologico ed emotivo scaturito da eventi di vita stressanti e da problemi quotidiani. Le strategie di coping adottate sono uniche e vengono definite da una combinazione di atteggiamenti, comportamenti, esperienze e apprendimenti utili al fine di fronteggiare determinate situazioni stressanti.

Sono stati definiti i tre principali stili di coping (Endler & Parker, 1990): operativo o orientato al compito (*task-oriented*), emotivo o orientato alle emozioni (*emotion-oriented*) ed evitante (*avoidance-oriented*). Il coping operativo cerca di modificare o eliminare la fonte dello stress, nonché mira alla risoluzione attiva e diretta di un problema mediante strategie cognitive e comportamentali mirate. Il coping emotivo cerca di alleviare il carico emotivo attraverso l'utilizzo di abilità di regolazione emotiva, queste permettono il controllo delle emozioni o l'abbandono a queste. Le strategie di coping evitante vengono adottate da coloro che preferiscono l'evitamento della situazione stressante, attraverso diversivi sociali o intraprendendo un compito sostitutivo. Non tutte le strategie di coping utilizzate sono adattive, al contrario possono essere considerate maladattive o di *non-coping* se riescono a contenere o ridurre i sintomi dello stress ma nel frattempo mantengono o rinforzano il disturbo alla base; sono perciò utili nel breve termine ma non nel lungo periodo. Possedere un repertorio di abilità di coping adattive è un fattore di protezione nei confronti della malattia psichiatrica, è stato dimostrato che lo sviluppo di queste può compensare gli effetti dei deficit cognitivi e migliorare la vulnerabilità, proteggere dalle ricadute, aumentare la resilienza e il supporto sociale con conseguente aumento della qualità di vita dell'individuo.

All'interno dello studio in questione si è ritenuto importante considerare gli stili di coping individuali messi in atto dall'utenza poiché, come visto in precedenza, il coping svolge un ruolo cruciale nel percorso orientato alla recovery. Per la valutazione degli stili di coping individuali è stato utilizzato il questionario self-report Brief COPE, ideato da Carver (Carver, 1997); si tratta della versione abbreviata del COPE (Coping Orientation to Problems Experience Inventory) composto da sessanta items, sempre ideato da Carver (Carver et al., 1989).

Il Brief COPE è costituito da ventotto items articolati in quattordici scale differenti, ogni scala è quindi composta da due items. Ogni item viene valutato dal soggetto su una scala Likert a quattro punti:

- 1 = Abitualmente non è una cosa che faccio assolutamente
- 2 = Abitualmente è una cosa che faccio poche volte
- 3 = Abitualmente è una cosa che faccio in misura moderata
- 4 = Abitualmente faccio sempre così

Il questionario consente di definire il profilo di coping dell'individuo, indagando il punteggio delle seguenti quattordici scale che corrispondono a stili di fronteggiamento più o meno adattivi: ristrutturazione positiva, disimpiego mentale, sfogo, uso del supporto strumentale, affrontare operativamente, negazione, religione, umorismo, disimpiego comportamentale, uso del supporto emotivo, uso di sostanze, accettazione, pianificazione e autoaccusa.

Inoltre, consente di calcolare i punteggi relativi ai tre principali stili di coping, individuando quello più utilizzato dalla persona: focalizzato sul problema, focalizzato sulle emozioni ed evitante.

### ***3.2.5 QUESTIONARIO QUALITATIVO MHRSTM***

A seguito della somministrazione a T1 della Mental Health Recovery Star<sup>TM</sup>, si procede con la compilazione autonoma, da parte dell'utente, del questionario qualitativo in riferimento allo strumento precedentemente preso in esame e al relativo piano d'intervento.

Il questionario è strutturato in cinque domande aperte e tre domande a scelta multipla.

Di seguito le domande aperte:

- a) Elenca le motivazioni per cui hai trovato utile, o, al contrario, poco utile, la Recovery Star
- b) Elenca le motivazioni per cui hai trovato utile, o, al contrario, poco utile, il piano di intervento
- c) C'è qualche aspetto della Recovery Star che modifichereesti?
- d) C'è qualche aspetto del piano d'intervento che modifichereesti?
- e) Hai trovato difficoltà durante la compilazione dello strumento?

Di seguito le domande a scelta multipla:

- a) La Recovery Star è stata uno strumento utile nel contesto del mio percorso
- b) Mi ha permesso di avere una maggiore consapevolezza sul mio percorso riabilitativo
- c) Il "piano d'intervento" proposto è stato efficace nel raggiungimento degli obiettivi condivisi

Le relative opzioni di risposta sono: molto, abbastanza, poco e per niente.



### **3.3 INTERVENTI RIABILITATIVI PARALLELI**

Al fine di considerare la complessità alla base dell'Anoressia Nervosa e del relativo processo di recovery, è opportuno specificare che il campione di utenti coinvolto nello studio ha preso parte a interventi riabilitativi paralleli sia individuali sia di contesto gruppale. Per quanto riguarda quelli condotti dal Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica vi sono:

- Cognitive Remediation Therapy (CRT)
- Training per le abilità di coping (COPING)
- Cognitive Remediation and Emotion Skills Training (CREST)
- Problem Solving Training

Considerate le differenti tempistiche di entrata e dimissione fra le utenti, non tutte hanno avuto modo di partecipare a ciascun gruppo riabilitativo precedentemente elencato.

## 4. RISULTATI

### *Risultati della Mental Health Recovery Star™*

I risultati emersi dalla somministrazione della Mental Health Recovery Star™ sono stati ricavati nel seguente modo: per ogni variabile, ciascuna corrispondente a nove aree dello strumento, es. gestione della salute mentale, è stata condotta un'analisi della varianza a misure ripetute con due fattori entro soggetti: tempo (T0 - T1) e compilazione (paziente - terapeuta).

Non è stata presa in considerazione l'area delle dipendenze, dato che nessuna paziente risultava manifestare problematiche inerenti.

Nei seguenti grafici: "F" indica il coefficiente di correlazione e il valore "p" indica la soglia di significatività statistica.

La compilazione da parte del terapeuta è rappresentata dalla linea di colore rosso.

La compilazione del paziente è rappresentata dalla linea di colore blu.

#### *1) Gestione della salute mentale*

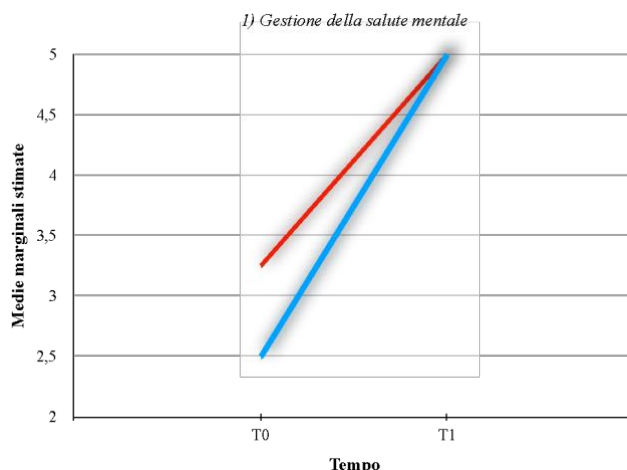
Si evidenzia un effetto significativo del fattore tempo

$F = 19.838$

$p = 0.002$

Media T0 = 3.06

Media T1 = 5.0



#### *2) Cura di sé*

Emerge un effetto significativo del fattore tempo

$F = 20.800$

$p = 0.001$

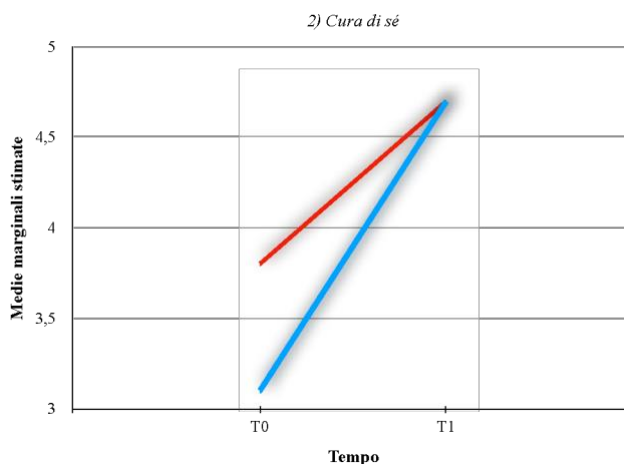
Media T0 = 3.50

Media T1 = 4.67

Si riscontra la tendenza alla significatività statistica

dell'interazione compilazione\*tempo

$F = 5.263$   $p = 0.051$



#### 4) Reti sociali

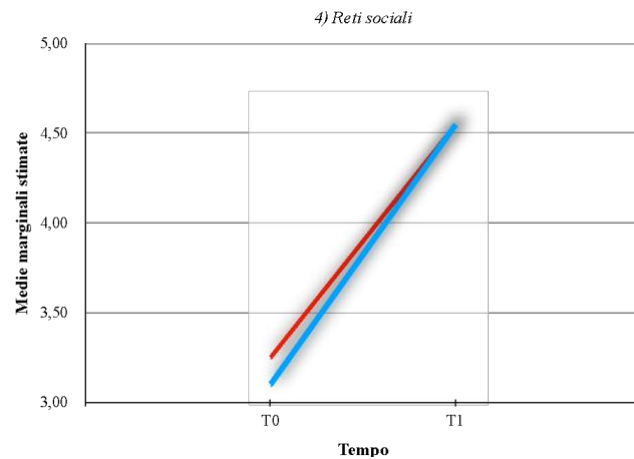
Emerge un effetto significativo del fattore tempo

$$F = 21.739$$

$$p = 0.002$$

$$\text{Media } T0 = 3.17$$

$$\text{Media } T1 = 4.56$$



#### 5) Lavoro

Emerge un effetto significativo del fatto tempo

$$F = 30.268$$

$$p = 0.001$$

$$\text{Media } T0 = 3.56$$

$$\text{Media } T1 = 5.26$$

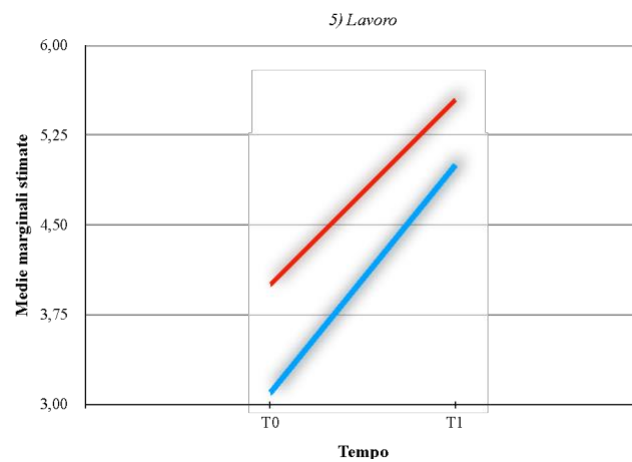
Si riscontra inoltre un effetto significativo del fattore compilazione

$$F = 12.291$$

$$p = 0.008$$

$$\text{Media pazienti} = 4.78$$

$$\text{Media terapeuta} = 4.06$$



#### 6) Relazioni personali

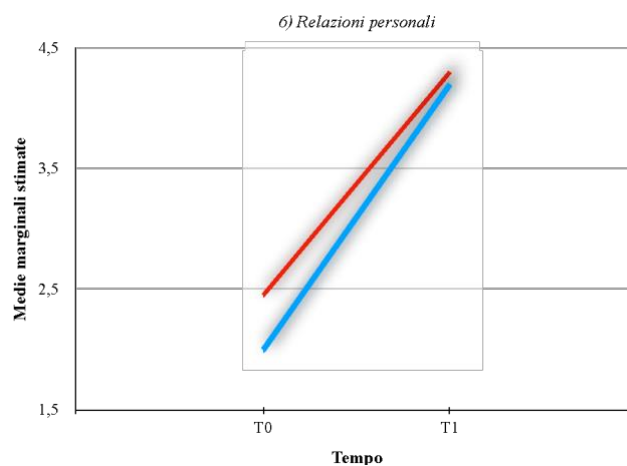
Si riscontra un effetto significativo del fattore tempo

$$F = 7.109$$

$$p = 0.001$$

$$\text{Media } T0 = 2.222$$

$$\text{Media } T1 = 4.278$$



### 7) Responsabilità

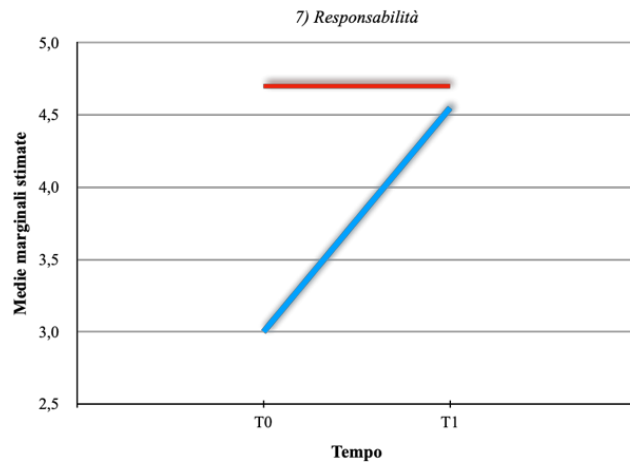
È presente un effetto significativo del fattore compilazione

$F = 9.660$

$p = 0.014$

Media paziente = 4.67

Media terapeuta = 3.79



### 8) Identità e autostima

Emerge un effetto significativo del fattore tempo

$F = 12.250$

$p = 0.008$

Media a T0 = 3.06

Media a T1 = 4.61

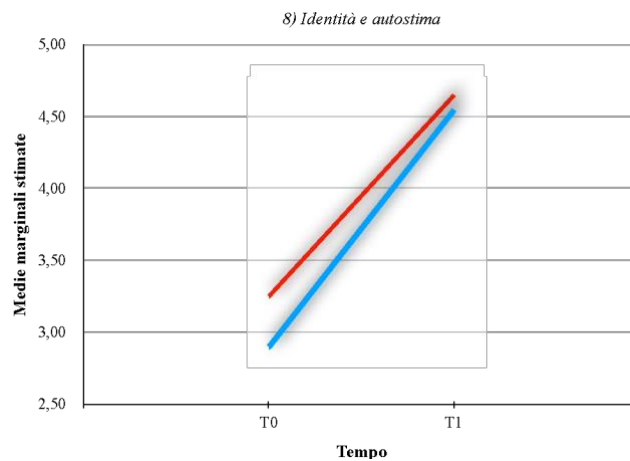
Si evidenzia un effetto significativo del fattore compilazione

$F = 6.400$

$p = 0.035$

Media paziente = 3.94

Media terapeuta = 3.72



### 9) Fiducia e speranza

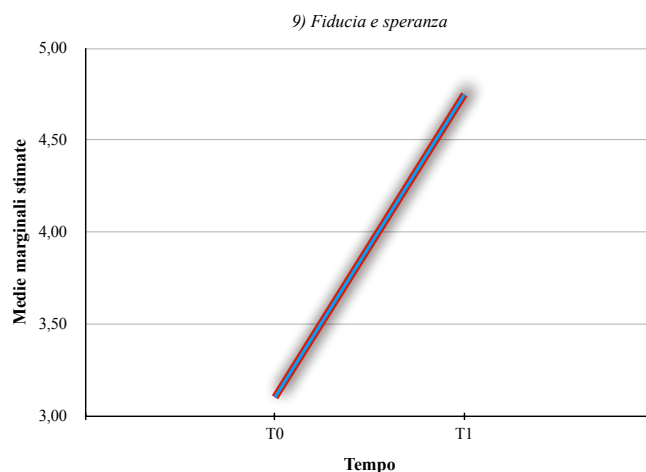
Si riscontra un effetto significativo del fattore tempo

$F = 44.44$

$p < 0.001$

Media T0 = 3.11

Media T1 = 4.778



L'unica area a non mostrare risultati statisticamente rilevanti è l'area delle abilità per la vita quotidiana.

### Risultati dei questionari Brief Cope, DASS – 21 e DERS

Le differenze fra T0 e T1, dei questionari Brief Cope, DASS – 21 e DERS, sono state indagate attraverso t-test a campioni accoppiati. Come si può evincere dalla tabella sottostante, non emergono risultati statisticamente significativi, eccetto nel primo item della DERS, denominato “non accettazione delle risposte emotive” (T = 3.44, p = 0.009).

			Statistiche campioni accoppiati		Test campioni accoppiati	
			MEDIA	DEVIAZIONE STANDARD	T	SIGN. (A due code)
<b>BRIEF COPE</b>	Coppia 1	Problem - focused coping	18,78	4,265	1,452	0,185
		Problem - focused coping	21,11	4,567		
	Coppia 2	Emotion - focused coping	17,56	2,351	0,441	0,671
		Emotion - focused coping	17,00	5,050		
	Coppia 3	Advoidant coping	16,11	3,296	-0,132	0,898
		Advoidant coping	16,33	5,385		
<b>DASS</b>	Coppia 1	Stress score	11,78	4,494	0,911	0,389
		Stress score	10,56	5,855		
	Coppia 2	Anxiety score	8,00	3,536	1,174	0,274
		Anxiety score	5,89	4,755		
	Coppia 3	Depression score	12,33	4,743	1,822	0,106
		Depression score	8,56	5,769		
<b>DERS</b>	Coppia 1	Non accettazione delle risposte emotive	16,22	6,778	3,436	0,009
		Non accettazione delle risposte emotive	10,67	4,717		
	Coppia 2	Difficoltà ad impegnarsi in comportamenti diretti ad uno	17,67	4,243	1,029	0,334
		Difficoltà ad impegnarsi in comportamenti diretti ad uno	16,44	3,972		
	Coppia 3	Difficoltà nel controllo degli impulsi	13,22	6,320	-0,045	0,965
		Difficoltà nel controllo degli impulsi	13,33	5,545		
	Coppia 4	Mancanza di consapevolezza emotiva	23,00	4,717	1,342	0,271
		Mancanza di consapevolezza emotiva	21,00	5,339		
	Coppia 5	Accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva	26,22	5,380	0,928	0,381
		Accesso limitato alle strategie di regolazione emotiva	23,44	6,966		
	Coppia 6	Mancanza di chiarezza emotiva	19,00	4,123	0,524	0,614
		Mancanza di chiarezza emotiva	18,11	3,296		

### *Questionario Qualitativo Mental Health Recovery Star™*

Il questionario finale di gradimento della Mental Health Recovery Star™ è stato somministrato al termine dello studio condotto, nonché a seguito della compilazione a T1 dello strumento oggetto della ricerca. Il questionario è stato compilato per intero da tutte le pazienti, per un totale di nove.

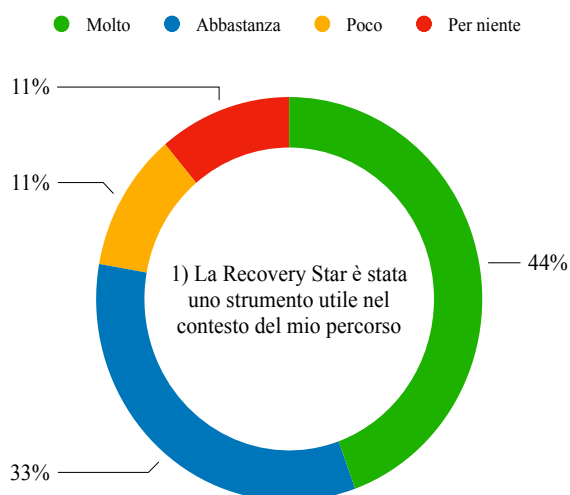
Lo si può suddividere in due parti principali: la prima costituita da tre domande chiuse e la seconda da cinque domande aperte.

Rispetto alla prima parte, dall'analisi dei dati raccolti, emergono i seguenti risultati:

#### *1) “La Recovery Star è stata uno strumento utile nel contesto del mio percorso”*

Il grafico evidenzia che per quasi il 90% delle utenti, la Mental Health Recovery Star, sia stata uno strumento utile all'interno del proprio percorso di riabilitazione. Il 44% del campione afferma che si tratta di uno strumento “molto” utile, mentre il 33% lo definisce “abbastanza” utile. Solamente una persona sostiene di trovarlo “poco” utile.

Questo rappresenta un dato rilevante da tenere in considerazione al fine di riproporre l'utilizzo dello strumento.

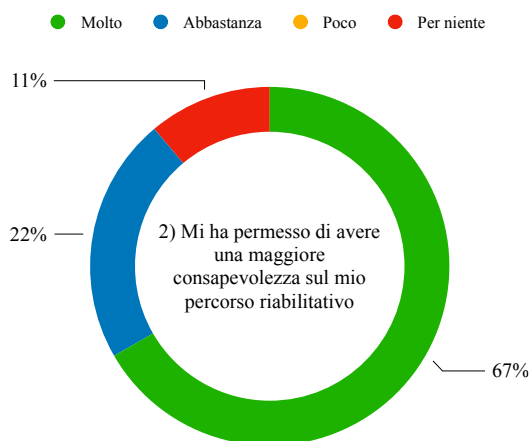


2) *“Mi ha permesso di avere una maggiore consapevolezza sul mio percorso riabilitativo”*

Il grafico evidenzia come lo strumento sia stato efficace nell’aiutare le pazienti ad acquisire maggiore consapevolezza rispetto al proprio percorso riabilitativo. Circa il 70% di queste lo definisce uno strumento “molto” utile e circa il 20% “abbastanza” utile.

Si tratta di feedback estremamente importanti, dato che uno degli obiettivi dello studio è indagare come la MHRS possa fornire un valido aiuto al fine di aumentare la

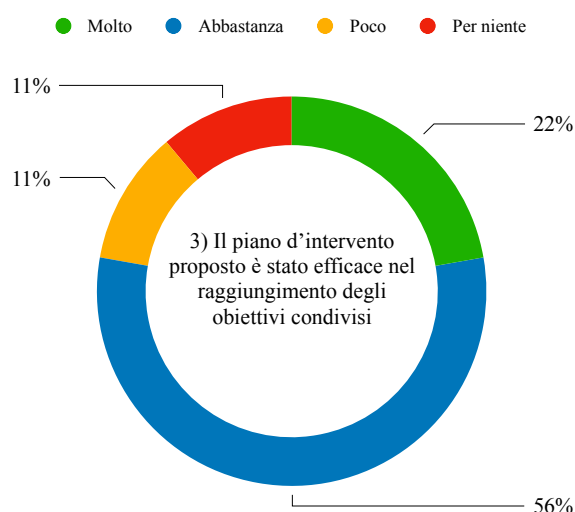
consapevolezza, anche rispetto al percorso di riabilitazione intrapreso.



3) *“Il piano d’intervento proposto è stato efficace nel raggiungimento degli obiettivi condivisi”*

Successivamente alla compilazione dello Star Chart, viene compilato l’Action Plan o piano d’intervento, il quale consente di definire l’area oggetto dell’intervento e il relativo obiettivo S.M.A.R.T. Le utenti riconoscono l’importanza di questo strumento, il 22% lo ritiene “molto” utile e il 56% “abbastanza”, solamente un utente lo considera “poco” utile. Per cui, tali dati suggeriscono che questa parte dell’intervento ha avuto un riscontro positivo ma potrebbe

essere migliorata per renderla maggiormente efficace.



Rispetto a questa prima parte, si nota come in ogni grafico sia presente un 11% di risposte negative. Queste appartengono alla stessa paziente, il cui percorso in Day Hospital è risultato complesso tanto da richiedere l'invio presso una Comunità Terapeutico Riabilitativa Protetta. La paziente è consapevole di non essere motivata al cambiamento richiesto, per cui non è riuscita a partecipare in modo attivo all'intervento proposto. Si è dunque ritenuto opportuno non compilare il relativo piano d'intervento.

All'interno della seconda parte, emergono i seguenti risultati:

*1) Elenca le motivazioni per cui hai trovato utile, o al contrario, poco utile, la Recovery Star*

Per il 90% delle pazienti, la MHRS, risulta essere un intervento di grande utilità.

È significativo notare come tutte le risposte rimandino al concetto di consapevolezza, non intesa solamente come conoscenza della propria malattia e di aspetti direttamente legati a questa, ma anche rispetto ad altri elementi come, per esempio, le proprie risorse, gli obiettivi e i miglioramenti ottenuti. Dalle risposte di tre utenti emerge come lo strumento sia stato utile per aumentare la consapevolezza rispetto alle aree di vita indagate, mentre per altre tre utenti è risultato efficace per acquisire consapevolezza rispetto al proprio percorso di recovery.

Estratti di alcune risposte:

*“L’ho trovata utile perché mi ha fatto rendere conto di alcune mie abitudini non giuste”*

*“Mi ha permesso di avere più consapevolezza del punto del percorso in cui mi trovo, ma anche dei miglioramenti e dei traguardi raggiunti”*

*“Mi ha aiutata a capire a che punto sono del mio percorso”*

*“Ho trovato utile la Recovery Star in quanto mi ha fatto rendere conto di alcuni aspetti della mia vita, come le reti sociali e la consapevolezza delle mie risorse e capacità”.*

*2) Elenca le motivazioni per cui hai trovato utile, o al contrario, poco utile, il piano d'intervento*

Come per la domanda precedente, il 90% delle utenti ha ritenuto utile la definizione del piano d'intervento personalizzato. Fra le motivazioni riportate più frequentemente vi è la sua funzione di supporto esterno, in grado di fornire un nuovo punto di vista del percorso. Inoltre, più della metà delle utenti lo definisce uno strumento utile per



applicare concretamente quanto concordato con il terapeuta e dunque, per superare gli ostacoli che si possono incontrare nel percorso di cambiamento.

Estratti di alcune risposte:

*“Mi ha aiutato a mettere in atto ciò che avevamo concordato (con il terapeuta)”*

*“Per avere gli obiettivi da raggiungere, ma non da sola”*

*“Per avere un diverso punto di vista, essere aiutata e supportata”*

*“...mi da una spinta nel riuscire a concretizzare qualcosa, per cui non rimane solo un'idea astratta ma prende forma...”*

*3) C'è qualche aspetto della Recovery Star che modificheresti?*

Quasi tutte le utenti non apporterebbero modifiche allo strumento utilizzato, solamente due consigliano le seguenti modifiche: la prima aggiungerebbe degli esempi per rendere più chiara la differenza fra i vari stadi, mentre la seconda preferirebbe compilare il grafico più frequentemente, senza aspettare tre mesi fra T0 e T1.

*4) C'è qualche aspetto del piano d'intervento che modificheresti?*

Nessuna utente vorrebbe modificare il piano d'intervento.

*5) Hai trovato difficoltà durante la compilazione dello strumento?*

Dalle risposte emerge come nella maggior parte dei casi la compilazione sia risultata complessa, solamente tre utenti non hanno riscontrato particolari criticità. Le maggiori difficoltà sembrano derivare dall'identificazione del punteggio nella scala del cambiamento, questo sembra essere direttamente collegato all'incapacità di riconoscere a che punto del percorso ci si trova oppure nel riconoscersi in due o più punteggi contemporaneamente. L'affiancamento del terapeuta viene considerato una risorsa fondamentale al fine di essere guidati nella scelta, chiarendo eventuali dubbi.

## 5. DISCUSSIONE DELLO STUDIO

L'obiettivo principale del seguente studio è indagare se l'utilizzo della Mental Health Recovery Star™ possa fornire, alle utenti affette da anoressia nervosa, un aiuto valido per aumentare la consapevolezza di malattia e del relativo percorso di riabilitazione intrapreso. In secondo luogo, viene esaminata la discrepanza emersa tra quanto percepito dall'utente e quanto riportato dal terapeuta di riferimento, al fine di comprendere meglio eventuali divergenze nel modo in cui il percorso di recovery viene vissuto e interpretato.

I risultati dello studio sono stati ricavati in due modi:

- 1) Analisi della varianza a misure ripetute con due fattori entro soggetti della MHRS™, ovvero considerando le autovalutazioni delle pazienti e le valutazioni dei terapeuti di riferimento al tempo T0 e dopo tre mesi (T1).
- 2) Somministrazione del questionario qualitativo di gradimento della MHRS™ alle utenti coinvolte.

### *Mental Health Recovery Star™*

I risultati ottenuti mostrano un effetto significativo del fattore tempo trascorso tra la somministrazione della scala a tempo T0 e a T1 in quasi tutte le aree, con un'evidenza di miglioramento delle variabili sia nella compilazione dei terapeuti che delle pazienti. Questo avviene in particolare nelle seguenti aree: gestione della salute mentale, cura di sé, reti sociali, lavoro, relazioni personali, identità e autostima e infine fiducia e speranza.

Si riscontra un effetto significativo del fattore compilazione in tre aree: lavoro, responsabilità e identità e autostima.

Relativamente all'area della *gestione della salute mentale*, emerge un netto miglioramento fra le valutazioni a tempo T0 e T1, sia da parte delle pazienti sia da parte dei terapeuti. Dalla prima compilazione si nota come le pazienti tendano a sovrastimarsi di quasi un punto rispetto alle valutazioni fatte dai terapeuti. Questa differenza si annulla con la seconda compilazione, in cui le valutazioni dei soggetti coincidono.

Rispetto all'area della *cura di sé*, si riscontra un miglioramento fra le valutazioni a tempo T0 e T1, sia da parte delle pazienti sia da parte dei terapeuti. Anche in questo caso, la differenza della media dei punteggi a T0 risulta essere di un punto abbondante.

Questa differenza si annulla con la seconda compilazione, in cui le valutazioni dei soggetti coincidono.

Nell'area delle *reti sociali* si nota come le valutazioni dei due soggetti, in entrambi i tempi, siano molto simili. Vi è comunque una leggera sovrastima da parte delle pazienti a T0, rispetto ai punteggi attribuiti dai terapeuti, questa differenza non si presenta dopo i tre mesi. È dunque evidente come le utenti abbiano, fin dal primo momento, una buona consapevolezza della loro rete sociale.

In riferimento all'area del *lavoro* (o della scuola o dell'Università per le utenti minorenni o che frequentano gli studi), emergono dei risultati interessanti. Sebbene vi sia un aumento dei punteggi fra T0 e T1, da parte delle utenti e dei loro terapeuti, rimane persistente e marcato il divario fra le valutazioni a T1. Se nelle aree precedentemente indagate si riscontra un netto miglioramento della differenza o addirittura un annullamento di questa, nel caso dell'area lavorativa/scolastica si registra una persistente sovrastima da parte delle utenti, anche se diminuisce leggermente rispetto alla valutazione iniziale.

Rispetto all'area delle *relazioni personali*, si riscontra un miglioramento delle valutazioni fra T0 e T1, da parte di entrambi i soggetti. Nella prima valutazione le utenti si sovrastimano leggermente rispetto ai punteggi definiti dai terapeuti, questa tende ad assottigliarsi nella seconda valutazione.

Relativamente all'area della *responsabilità verso il proprio percorso di cura*, si osserva che le valutazioni delle pazienti al tempo T0 risultano notevolmente sovrastimate rispetto a quelle dei terapeuti. Questa discrepanza mostra un evidente miglioramento nella seconda valutazione, poiché le pazienti mantengono invariate le loro valutazioni fra i due tempi, mentre si registra un aumento significativo nelle valutazioni espresse dai terapeuti.

In riferimento all'area dell'identità e autostima, si riscontra un miglioramento fra le valutazioni a tempo T0 e T1, sia da parte delle pazienti sia da parte dei terapeuti. Anche in questo caso, l'autovalutazione iniziale delle pazienti è maggiore rispetto ai punteggi attribuiti dai terapeuti, tale differenza migliora nella seconda valutazione, nonostante persista una leggera sovrastima.

Per quanto riguarda l'area della fiducia e speranza, emerge una concordanza nelle valutazioni fra utenti e terapeuti in entrambi i tempi di valutazione, con un significativo miglioramento fra T0 e T1. Questo è indicativo di un'elevata consapevolezza delle pazienti relativamente ai sentimenti di fiducia e speranza presenti nei confronti del percorso riabilitativo.

I dati analizzati evidenziano una tendenza generale alla sovrastima delle valutazioni da parte delle pazienti, rispetto a quelle dei terapeuti, in tutte le aree, ad eccezione di quella relativa alla fiducia e speranza. Si osserva un incremento significativo nelle valutazioni a tempo T1 dei terapeuti, il quale porta ad una convergenza o ad un avvicinamento alle valutazioni espresse dalle pazienti, senza mai superarle.

Tali divergenze, fra la percezione dell'utente e il punto di vista del terapeuta di riferimento, sono da considerarsi centrali all'interno del percorso di recovery. Secondo il modello TransTeorico del cambiamento (Prochaska e Di Clemente, 1982), la consapevolezza della propria condizione rappresenta un elemento cruciale per il passaggio dallo stadio di pre-contemplazione a quello di contemplazione. Pertanto, nello studio in esame, si può affermare che una significativa sovrastima della propria condizione riflette una mancanza di consapevolezza rispetto alla reale situazione dell'area valutata. In molti casi, questa assenza di consapevolezza coincide con lo stadio di pre-contemplazione, che, in riferimento alla scala del cambiamento della MHRS™ corrisponde alla fase del "blocco".

Queste dinamiche emergono chiaramente nel contesto del Day Hospital, dove le maggiori sovrastime si osservano durante la prima valutazione, corrispondente all'entrata recente della paziente presso la struttura. Si tratta di pazienti con profili psicopatologici complessi (tanto da non rispondere al trattamento ambulatoriale e richiedere un intervento semiresidenziale), la cui condizione è spesso aggravata dalla limitata consapevolezza della propria situazione, questo aspetto può dunque essere rilevato anche attraverso la MHRS™. Al fine di favorire una buona riuscita del percorso in Day Hospital, è essenziale affrontare questa assenza di consapevolezza, attivandosi con interventi volti ad un aumento della stessa. Come evidenziano i risultati dello studio, un aumento dell'insight consente alle pazienti di progredire lungo la scala del cambiamento, facilitando il raggiungimento di obiettivi orientati alla recovery e, conseguentemente, migliorando la loro qualità di vita.

### *Questionario Qualitativo Mental Health Recovery Star™*

Il questionario utilizzato ha permesso di raccogliere le opinioni delle pazienti coinvolte nello studio, fornendo dati rilevanti per la valutazione dell'efficacia dell'intervento.

Dai risultati emerge chiaramente che la maggior parte delle pazienti ha valutato positivamente l'utilizzo della MHRSTM, riconoscendone l'utilità all'interno del percorso riabilitativo. In particolare, le pazienti hanno evidenziato come tale strumento abbia contribuito a migliorare la loro consapevolezza in merito al percorso di riabilitazione, alle risorse personali disponibili, agli obiettivi da raggiungere, ai traguardi ottenuti, oltre che alla comprensione di alcuni aspetti legati alla malattia e di altre aree di vita indagate.

Per quanto riguarda il piano d'intervento (Action Plan) e la sua efficacia nel raggiungimento degli obiettivi condivisi con il terapeuta, i feedback ricevuti sono stati per lo più positivi, nonostante denotino un margine di miglioramento. Le pazienti al contempo non hanno fornito suggerimenti specifici su come ottimizzare questa parte dell'intervento, ma ne hanno apprezzato la funzione di supporto esterno. Tale strumento è stato percepito utile per ottenere una nuova prospettiva sul percorso terapeutico e per concretizzare gli obiettivi concordati.

È opportuno osservare come alcune utenti hanno riportato delle difficoltà nell'identificare correttamente i punteggi nella Scala del Cambiamento, preferirebbero disporre di più esempi per ogni fase. Tuttavia, la presenza e il supporto del terapeuta si sono rivelati essenziali per facilitare la comprensione e l'utilizzo dello strumento. Nel corso della seconda valutazione, il terapeuta ha osservato un miglioramento significativo nella capacità delle pazienti di comprendere e utilizzare la Scala del Cambiamento, con una conseguente riduzione del tempo necessario per la compilazione.

In sintesi, la MHRSTM si è dimostrata uno strumento di valutazione e relazione ben accettato dalle pazienti, grazie soprattutto ai supporti visivi di cui si avvale (Star Chart, Action Plan e Scala del Cambiamento), la cui efficacia è stata riconosciuta e apprezzata.

Un'ulteriore osservazione emersa dalle risposte delle pazienti riguarda la richiesta di una maggiore frequenza nella compilazione dello strumento, riducendo l'intervallo di tempo tra un monitoraggio e l'altro. Tuttavia, si è deciso di mantenere l'intervallo di tre mesi fra T0 e T1, in conformità con le linee-guida della MHRSTM.

## **6. LIMITI DELLO STUDIO**

Sono stati identificati i seguenti limiti che potrebbero aver influenzato i risultati di questo studio sperimentale.

In primo luogo, lo strumento Mental Health Recovery Star™ è stato validato esclusivamente su individui maggiorenni in età lavorativa. Tuttavia, più della metà del campione di questo studio è costituito da soggetti minorenni. Per tale ragione, si è reso necessario l'adattamento di alcune aree dello strumento, come quella relativa al lavoro, la quale è stata sostituita con l'ambito scolastico o universitario. Sebbene tali modifiche siano state effettuate rispettando il modello originale, lo strumento a seguito di tali adattamenti, non può più essere considerato basato sulle evidenze scientifiche (EBM). Si attende la pubblicazione di una versione validata dalla MHRSTM per i soggetti minorenni.

Un ulteriore limite riguarda la dimensione del campione, che è composto da soli nove individui, principalmente a causa del basso numero di ingressi in Day Hospital durante il periodo estivo.

Infine, sebbene i risultati siano incoraggianti, è importante considerare che durante la permanenza in Day Hospital, le pazienti, hanno beneficiato di una serie di altri interventi terapeutico-riabilitativi, oltre allo strumento oggetto dello studio. Pertanto, i risultati ottenuti devono essere interpretati tenendo conto della coesistenza di tali interventi. Per determinare in modo più chiaro l'efficacia specifica della MHRSTM sarebbe stato opportuno includere nello studio un gruppo di controllo.

## 7. CONCLUSIONI

In conclusione, è possibile affermare che il seguente studio ha raggiunto gli obiettivi sperati.

I risultati ottenuti indicano che la Mental Health Recovery Star™ rappresenta uno strumento valido ed efficace nel supporto di ragazze affette da anoressia nervosa, in quanto consente di aumentare la consapevolezza della propria malattia, degli aspetti legati a questa, ma anche degli elementi inerenti al percorso riabilitativo, come per esempio, le risorse disponibili, gli obiettivi da raggiungere e i miglioramenti ottenuti. Contribuendo ad aumentare la spinta motivazionale nei confronti del cambiamento richiesto e intrapreso, assumendo così un ruolo progressivamente più attivo nel raggiungimento e nel mantenimento degli obiettivi riabilitativi.

Un aspetto rilevante emerso dallo studio riguarda la discrepanza osservata fra le pazienti e i terapeuti di riferimento, nel modo in cui il percorso di recovery viene vissuto e interpretato. Tale divergenza, tuttavia, tende a ridursi con la seconda valutazione, suggerendo una progressiva presa di consapevolezza da parte delle pazienti.

Lo studio condotto evidenzia come la Mental Health Recovery Star™, con le sue dieci aree di vita esplorate, consenta di indagare in modo sistematico aspetti non solo legati alla patologia, ma soprattutto quelli relativi alla persona nella sua interezza; nonché elementi che spesso risultano trascurati dagli strumenti di valutazione tradizionali. Le aree esplorate, di interesse puramente riabilitativo, comprendono sia aspetti pratici, quali la cura di sé, le abilità di vita quotidiana, l'attività lavorativa o scolastica, sia aspetti interpersonali e intrapsichici, come l'identità, l'autostima, la fiducia, la speranza e la responsabilità rispetto al proprio percorso di riabilitazione.

La valutazione e l'intervento specifico su queste dimensioni risultano fondamentali per il miglioramento della qualità della vita dell'individuo. Tali attività rientrano nelle competenze del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica; dunque, il presente studio sottolinea l'importanza di questa figura all'interno dell'équipe multidisciplinare in un contesto semiresidenziale.

I risultati ottenuti vanno interpretati sulla base del loro valore preliminare. Essi sono tuttavia incoraggianti rispetto ad un potenziale utilizzo dello strumento a scopo riabilitativo e come supporto al trattamento, suggerendone un potenziale utilizzo nella pratica clinica.

## 8. BIBLIOGRAFIA

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G., & Sica, C. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive Psychiatry*, 60, 170–181. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.04.005>

Bulik, C. M., Slof-Op't Landt, M. C., Van Furth, E. F., & Sullivan, P. F. (2007). The genetics of anorexia nervosa. *Annu. Rev. Nutr.*, 27(1), 263–275.

Burns, S., & MacKeith, J. (2014). *Guida per le Organizzazioni, Mental Health Recovery Star*. Triangle Consulting Social Enterprise, Il chiaro del bosco.

Carozza, P. (2006). *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*. Franco Angeli.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100. [https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6)

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>

Dalla Ragione, L., Vicini, M., & De Santis, C. (2021). I disturbi della nutrizione ed alimentazione: Un'epidemia nascosta. *Risultati del progetto CCM-Azioni Centrali del Ministero della Salute-Segretariato Generale*. Roma. Ministero della Salute.

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). (2013).



Endler, N., & Parker, J. (1990). Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. *Journal of personality and social psychology*, 58, 844–854. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.58.5.844>

Favaro, A., & Sambataro, F. (2021). *Manuale di psichiatria*. Piccin.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

Il chiaro del Bosco. (2024). *Outcome stars sono strumenti*. <https://ilchiarodelbosco.org/outcomes-stars/#:~:text=Le%20Outcomes%20Stars%20sono%20strumenti,si%20lavora%20con%20le%20persone>.

Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelson, O., & Taylor, H. L. (1950). *The Biology of Human Starvation*. Minneapolis: Univ. Minn. Press.

Killaspy, H., White, S., Taylor, T. L., & King, M. (2012). Psychometric properties of the mental health recovery star. *The British Journal of Psychiatry*, 201(1), 65–70.

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Depression Anxiety Stress Scales* [Dataset]. <https://doi.org/10.1037/t01004-000>

Mangiaracina, G. (2005). La dipendenza da tabacco. *Curare il fumo, manuale per smettere di*.

Ministero della Salute. (2013, agosto). *Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione*.

Ministero della Salute. (2017, settembre 29). *Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione*.

Ministero della Salute. (2024, marzo 14). <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=6029&area=salute%20mentale&menu=DNA>

Mangiaracina, G. (2003). Il cambiamento, approccio motivazionale e modello transteorico. In *Curare il fumo, manuale per i conduttori dei programmi antifumo*. EDUP.

Placentino, A., Lucchi, F., Scarsato, G., & Fazzari, G. (2017). La Mental Health Recovery Star: Caratteristiche e studio di validazione della versione italiana. *Rivista di Psichiatria*, 52(6), 247–254.

Salvo, P. (2022). *Manuale di psicoeducazione per disturbi dell'alimentazione: Il metodo RPP - Riabilitazione Psiconutrizionale Progressiva per famiglie e operatori*.

Serpell, L., Gregertsen, E. C., & Mandy, W. (1999). The egosyntonic nature of anorexia: An impediment to recovery in anorexia nervosa treatment. *Frontiers in psychology*, 8, 2273.

Sighinolfi, C., Sica, C., Norcini, A., & Chiri, L. R. (s.d.). *TRADUZIONE E ADATTAMENTO ITALIANO DEL DIFFICULTIES IN EMOTION REGULATION STRATEGIES (DERS): UNA RICERCA PRELIMINARE*.

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157(3), 393–401.

Triangle Consulting Social Enterprise Limited. (2024). *Find your star*. <https://www.outcomesstar.org.uk/using-the-star/find-your-star/>

Trottier, K., & MacDonald, D. E. (2017). Update on psychological trauma, other severe adverse experiences and eating disorders: State of the research and future research directions. *Current psychiatry reports*, 19.

## 9. ALLEGATI

### QUESTIONARIO QUALITATIVO MENTAL HEALTH RECOVERY STAR

DOMANDA	MOLTO	ABBASTANZA	POCO	PER NIENTE
1. La Recovery Star è stato uno strumento utile nel contesto del mio percorso				
2. Mi ha permesso di avere una maggiore consapevolezza sul mio percorso riabilitativo				
3. Il "piano di intervento" proposto è stato efficace nel raggiungimento degli obiettivi condivisi				

1. Elenca le motivazioni per cui hai trovato utile, o, al contrario, poco utile, la Recovery Star.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Elenca le motivazioni per cui hai trovato utile, o, al contrario, poco utile, il piano d'intervento.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. C'è qualche aspetto della Recovery Star che modificheresti?

.....

.....

.....

4. C'è qualche aspetto del piano d'intervento che modificheresti, ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Hai trovato difficoltà durante la compilazione dello strumento?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## DERS

Utilizzando la seguente scala di valori, le chiediamo di segnare quanto spesso le seguenti affermazioni possono essere applicate alla sua esperienza, cercando il numero appropriato a fianco di ogni item.

1-----	-----2-----	-----3-----	-----4-----	-----5
Quasi mai (0-10%)	a volte (11-35%)	circa la metà delle volte (36-65%)	molte volte (66-90%)	quasi sempre (91-100%)

	Quasi mai	A volte	Circa la metà delle volte	Molte volte	Quasi sempre
1. Sono sereno riguardo a ciò che provo	1	2	3	4	5
2. Presto attenzione a come mi sento	1	2	3	4	5
3. Vivo le mie emozioni come travolgenti e fuori dal controllo	1	2	3	4	5
4. Non ho idea di come mi sento	1	2	3	4	5
5. Ho difficoltà a dare un senso a ciò che provo	1	2	3	4	5
6. Presto attenzione alle mie emozioni	1	2	3	4	5
7. So esattamente come mi sento	1	2	3	4	5
8. Mi interessa come mi sento	1	2	3	4	5
9. Sono confuso riguardo a ciò che provo	1	2	3	4	5
10. Quando sono turbato, riconosco le mie emozioni	1	2	3	4	5
11. Quando sono turbato, mi arrabbio con me stesso perché mi sento in quel modo	1	2	3	4	5
12. Quando sono turbato, mi imbarazza sentirmi in quel modo	1	2	3	4	5
13. Quando sono turbato, ho delle difficoltà a completare il mio lavoro	1	2	3	4	5
14. Quando sono turbato, perdo il controllo	1	2	3	4	5

	Quasi mai	A volte	Circa la metà delle volte	Molte volte	Quasi sempre
15. Quando sono turbato, credo che rimarrò in quello stato per molto tempo	1	2	3	4	5
16. Quando sono turbato, credo che finirò per sentirmi depresso	1	2	3	4	5
17. Quando sono turbato, credo che i miei sentimenti siano validi e importanti	1	2	3	4	5
18. Quando sono turbato, faccio fatica a focalizzarmi su altre cose	1	2	3	4	5
19. Quando sono turbato, mi sento senza controllo	1	2	3	4	5
20. Quando sono turbato, posso comunque finire le cose che devo fare	1	2	3	4	5
21. Quando sono turbato, mi vergogno con me stesso perché mi sento in quel modo	1	2	3	4	5
22. Quando sono turbato, so che alla fine posso trovare un modo per sentirmi meglio	1	2	3	4	5
23. Quando sono turbato, mi sento debole	1	2	3	4	5
24. Quando sono turbato, sento di potere avere ancora il controllo dei miei comportamenti	1	2	3	4	5
25. Quando sono turbato, mi sento in colpa perché mi sento in quel modo	1	2	3	4	5
26. Quando sono turbato, ho delle difficoltà a concentrarmi	1	2	3	4	5
27. Quando sono turbato, ho delle difficoltà nel controllare i miei comportamenti	1	2	3	4	5
28. Quando sono turbato, credo che non ci sia niente che io possa fare per sentirmi meglio	1	2	3	4	5
29. Quando sono turbato, mi irrita con me stesso perché mi sento in quel modo	1	2	3	4	5
30. Quando sono turbato, inizio a sentirmi molto male con me stesso	1	2	3	4	5
31. Quando sono turbato, credo che crogiolarmi in questa emozione sia l'unica cosa che io possa fare	1	2	3	4	5
32. Quando sono turbato, perdo il controllo sui miei comportamenti	1	2	3	4	5
33. Quando sono turbato, faccio fatica a pensare a qualcosa di diverso	1	2	3	4	5
34. Quando sono turbato, mi prendo del tempo per riflettere su quello che sto provando veramente	1	2	3	4	5
35. Quando sono turbato, mi ci vuole molto tempo per sentirmi meglio	1	2	3	4	5
36. Quando sono turbato, le mie emozioni sono travolgenti	1	2	3	4	5

**Start of Block: DASS-21 DEPRESSION ANXIETY STRESS SCALES**

DASS ISTRUZIONI **DASS-21** Per favore, legga ogni frase e poi indichi con quale frequenza la situazione descritta si è verificata negli ultimi sette giorni. Esprima la sua valutazione segnando il numero 0, 1, 2 o 3 secondo la scala di valutazione seguente. Tenga presente che non esistono risposte giuste o sbagliate. Non impieghi troppo tempo per rispondere a ciascuna affermazione, spesso la prima risposta è la più accurata. Grazie per la sua preziosa disponibilità e collaborazione.

	0 Non mi è mai accaduto (0)	1 Mi è capitato qualche volta (1)	2 Mi è capitato con una certa frequenza (2)	3 Mi è capitato quasi sempre (3)
1. Ho provato molta tensione e ho avuto difficoltà a recuperare uno stato di calma (DASS_1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Mi sono accorto di avere la bocca secca (DASS_2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Non riesco proprio a provare delle emozioni positive (DASS_3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Mi sono sentito molto in affanno con difficoltà a respirare (per es. respiro molto accelerato, sensazione di forte affanno in assenza di sforzo fisico) (DASS_4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ho avuto un'estrema difficoltà nel cominciare quello che dovevo fare (DASS_5)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Ho avuto la tendenza a reagire in maniera eccessiva alle situazioni (DASS_6)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ho avuto tremori (per es. alle mani) (DASS_7)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ho sentito che stavo impiegando molta energia nervosa (DASS_8)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ho temuto di trovarmi in situazioni in cui sarei potuto andare nel panico e rendermi ridicolo (DASS_9)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Non vedevo nulla di buono nel mio futuro (DASS_10)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mi sono sentito stressato (DASS_11)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ho avuto difficoltà a rilassarmi (DASS_12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Mi sono sentito scoraggiato e depresso (DASS_13)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<p>14. Non riesco a tollerare per nulla eventi o situazioni che mi impedivano di portare avanti ciò che stavo facendo (DASS_14)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>15. Ho sentito di essere vicino ad avere un attacco di panico (DASS_15)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>16. Non c'era nulla che mi dava entusiasmo (DASS_16)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>17. Sentivo di valere poco come persona (DASS_17)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>18. Mi sono sentito piuttosto irritabile (DASS_18)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>19. Ho percepito distintamente il battito del mio cuore senza aver fatto uno sforzo fisico (per es. battito cardiaco accelerato o perdita di un battito) (DASS_19)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>20. Mi sono sentito spaventato senza ragione (DASS_20)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<p>21. Sentivo la vita priva di significato (DASS_21)</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

End of Block: DASS-21 DEPRESSION ANXIETY STRESS SCALES

Start of Block: MPS-SF MULTIDIMENSIONAL PERFECTIONISM SCALE



# BRIEF COPE

1 = abitualmente non è una cosa che faccio assolutamente

2 = abitualmente è una cosa che faccio poche volte

3 = abitualmente è una cosa che faccio in misura moderata

4 = abitualmente faccio sempre così

1. Mi applico al lavoro o ad altre attività sostitutive per distrarmi e distogliere la mia mente dagli eventi.	<b>1 2 3 4</b>
2. Concentro i miei sforzi nel fare qualcosa per la situazione in cui mi trovo.	<b>1 2 3 4</b>
3. Mi dico: "Questo non è reale".	<b>1 2 3 4</b>
4. Faccio uso di alcol o altre droghe per sentirmi meglio.	<b>1 2 3 4</b>
5. Cerco di ottenere un supporto emotivo da altri.	<b>1 2 3 4</b>
6. Rinuncio a cercare di occuparmene e affrontarlo.	<b>1 2 3 4</b>
7. Metto in atto azioni per cercare di migliorare la situazione.	<b>1 2 3 4</b>
8. Rifiuto di credere che sia accaduto.	<b>1 2 3 4</b>
9. Dico delle cose per far uscire i miei sentimenti spiacevoli.	<b>1 2 3 4</b>
10. Cerco aiuto e consigli da parte di altre persone.	<b>1 2 3 4</b>
11. Faccio uso di alcool o altre droghe per aiutarmi a superare la situazione.	<b>1 2 3 4</b>
12. Cerco di vedere la situazione sotto una luce diversa, per farla sembrare più positiva.	<b>1 2 3 4</b>
13. Sono autocritico/a.	<b>1 2 3 4</b>
14. Cerco di trovare una strategia per ciò che si deve fare.	<b>1 2 3 4</b>

15. Cerco conforto e comprensione dagli altri.	<b>1 2 3 4</b>
16. Rinuncio a tentare di affrontare la situazione.	<b>1 2 3 4</b>
17. Cerco di trovare qualcosa di buono in ciò che sta accadendo.	<b>1 2 3 4</b>
18. Faccio delle battute su questo.	<b>1 2 3 4</b>
19. Faccio qualcosa per pensare meno, come andare al cinema, guardare la televisione, leggere, sognare ad occhi aperti, dormire o fare shopping.	<b>1 2 3 4</b>
20. Accetto la realtà del fatto che ciò è successo.	<b>1 2 3 4</b>
21. Esprimo i miei sentimenti negativi.	<b>1 2 3 4</b>
22. Cerco di trovare conforto nella mia religione o nelle mie credenze spirituali.	<b>1 2 3 4</b>
23. Cerco di ricevere/ottenere consigli o aiuto da altre persone su cosa fare.	<b>1 2 3 4</b>
24. Imparo a conviverci.	<b>1 2 3 4</b>
25. Penso molto a quali passi intraprendere.	<b>1 2 3 4</b>
26. Mi incolpo e rimprovero per le cose che sono successe.	<b>1 2 3 4</b>
27. Prego o medito.	<b>1 2 3 4</b>
28. Tendo a prendere in giro la situazione.	<b>1 2 3 4</b>



# Mental Health Recovery Star™

Guida per gli utenti dei servizi

Utente

T0

T1

Retrospectiva

Data di compilazione

Compilata da

Operatore ed utente

Operatore da solo

Utente

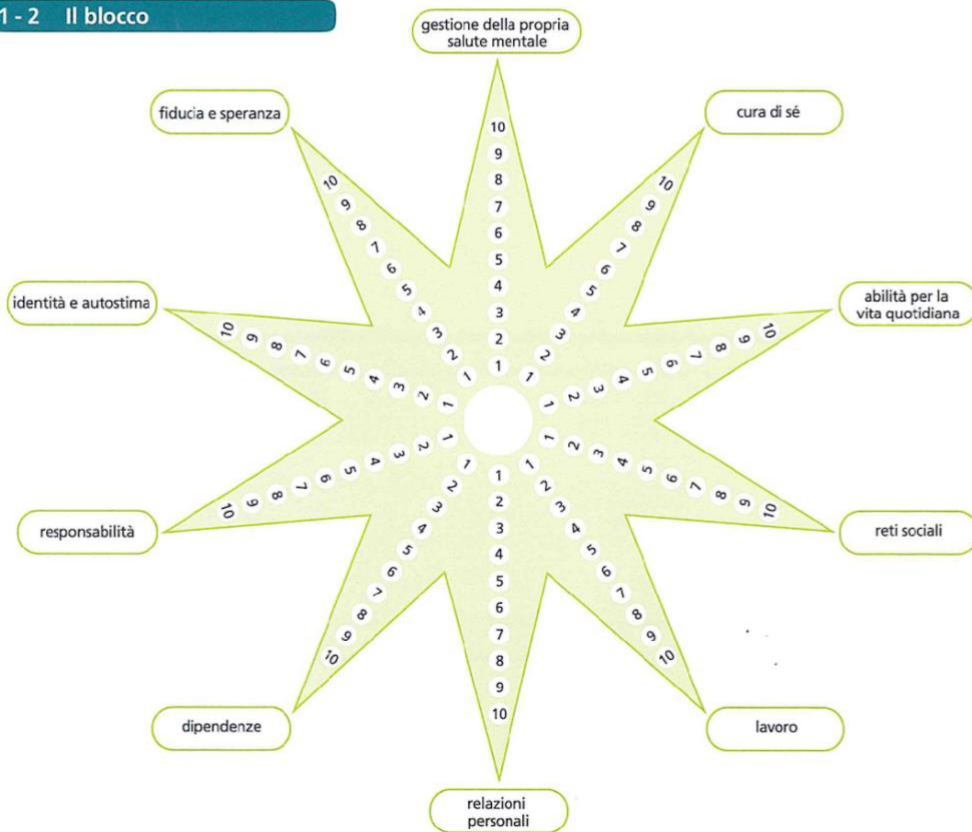
9 - 10 Basarsi sulle proprie forze

7 - 8 L'apprendimento

5 - 6 Il crederci

3 - 4 L'accettazione dell'aiuto

1 - 2 Il blocco



Utente: Sono stato coinvolto nella redazione di questo grafico della Star

# La Scala del Cambiamento

Pensa ad un'area della tua vita in cui hai fatto dei cambiamenti. Come era la situazione prima della tua decisione di introdurre tali cambiamenti? Ti ricordi di avere pensato al cambiamento e, quindi, di avere deciso di volerlo attuare davvero? Qual'è stata la prima cosa che hai fatto? Verifica se la tua esperienza si adatta a quanto descrive la Scala del Cambiamento.

## 9 - 10 Basarsi sulle proprie forze

Posso farcela senza l'aiuto dei servizi

## 7 - 8 L'apprendimento

Sto imparando come si fa

## 5 - 6 Il crederci

Posso fare la differenza. Sta anche a me

## 3 - 4 L'accettazione dell'aiuto

Voglio che qualcuno mi risolva i problemi

## 1 - 2 Il blocco

Lasciatemi solo

## I Dettagli della Scala del Cambiamento

### Basarsi sulle proprie forze

- 10 • Alla fine del percorso non hai particolari problemi attivi che potrebbero portarti fuori strada e minacciare la tua capacità di vivere in modo indipendente. Ti comporti efficacemente per te e per le persone che ti sono vicino. Non hai bisogno di aiuti esterni per mantenere il modo in cui gestisci le cose. Sai quando hai bisogno di aiuto e sai come ottenerlo.
- 9 • Le tue nuove modalità di fare adesso sono ben consolidate e le attui in modo più spontaneo e naturale. Fai in modo che il cambiamento continui ad avvenire senza supporto, ma se dovessero sopraggiungere dei momenti di crisi e sentirti vulnerabile per qualche passo falso, allora può essere utile avere un contatto con qualcuno per controllare che tutto proceda bene, che ti aiuti a riconoscere i segni di pericolo e, qualora ce ne fosse bisogno, a prendere le opportune contromisure.

### L'apprendimento

- 8 • Con il supporto riesci a superare le ricadute e impari a conoscere ulteriormente cosa ti tiene sulla rotta del tuo percorso di cambiamento anche nei momenti più difficili. Ti fai un'idea sempre più precisa di cosa per te è più efficace per raggiungere i tuoi obiettivi, e questo ti è di aiuto per consolidare la motivazione, la fiducia in te stesso e la tua capacità di raggiungere ciò che ti sei prefisso. Per questa ragione inizi ad essere più concreto, mettendo in atto dei comportamenti che servono davvero nel tuo percorso e che ti portano più vicino alla tua meta.
  - Anche se le cose vanno bene, si possono presentare nuove sfide che ti mettono alla prova. L'importante è continuare a mantenere la stessa direzione e richiedere l'aiuto disponibile, quando ti è necessario. Non lasciarti prendere dal volere fare da solo troppo presto. In questa fase hai ancora bisogno di supporto per consolidare i risultati raggiunti ed è importante avere qualcuno a cui fare riferimento che può aiutarti a gestire le situazioni e a riconoscere le mete che hai raggiunto.
- 7 • Mentre continui a sperimentare cose nuove e a lavorare per raggiungere i tuoi obiettivi, troverai che alcune cose vanno bene e altre meno. È un percorso per "prove ed errori" e imparerai molto sulle cose che ti sono utili. Durante questo percorso potresti incontrare degli ostacoli, avere una ricaduta e demoralizzarti, potresti essere tentato di arrenderti e tornare a vecchie modalità di comportamento. Quindi anche in questa fase è molto importante avere qualcuno con cui parlare, che ti aiuti a riconoscere e apprezzare i tuoi successi e a leggere le ricadute come opportunità per imparare e diventare ancora più esperto nel conseguire i tuoi obiettivi.

### Il crederci

- 6 • Inizi a credere a questo cambiamento facendo le cose in modo diverso. Inizi a mettere in atto i tuoi piani e a fare cose nuove. E non è facile. Serve coraggio per provare a fare le cose in modo differente ed abbandonare i vecchi e consueti stili di comportamento: per questo hai bisogno di una buona dose di aiuto per cavalcare gli inevitabili alti e bassi.
  - Il passo successivo adesso è semplicemente rimanere convinto e continuare ad andare avanti, anche quando senti che è faticoso. I risultati compenseranno la tua fatica.
- 5 • Per la prima volta inizi davvero a credere che la tua vita può essere diversa. Inizi ad avere un'idea più chiara di ciò che vuoi e di ciò non vuoi. Ti rendi conto che i cambiamenti veri e durevoli non si verificano senza il tuo impegno. Questo è un'importante punto di svolta, un cambiamento nel modo in cui vedi te stesso e la tua vita, che ora apre nuove possibilità. Il passo successivo è l'azione, che parte proprio da questo cambiamento di prospettiva.

### L'accettazione dell'aiuto

- 4 • Accetti di essere aiutato sempre di più, parlando apertamente con gli operatori e attenendoti alle indicazioni concordate e, probabilmente, dal momento che la tua situazione migliora, inizi a sentirti meglio. In questa fase fai molto riferimento agli operatori per fare cambiamenti e per fare passi avanti. Senza gli operatori che supervisionano il tuo percorso potresti fare qualche passo indietro oppure, se le cose non funzionano bene, potresti essere critico verso di loro. Il passo successivo è quello di mettersi al "posto di guida", in modo da essere tu stesso a portare la tua vita nella direzione voluta.
- 3 • In questa fase puoi sviluppare un forte desiderio che le cose siano per te diverse. Il cambiamento può sembrare impossibile o fonte di paura e potresti non avere ben chiaro ciò che vuoi, ma sai che non vuoi andare avanti a vivere come hai fatto fino ad ora. Inizi ad accettare offerte di aiuto, soprattutto per risolvere problemi contingenti, anche se qualche volta potrebbe sembrare troppo e preferiresti tirarti ancora indietro.

### Il blocco

- 2 • Ti può capitare di pensare di tanto in tanto che le cose "non dovrebbero essere così" o di avere l'impulso di cercare un po' d'aiuto. Questo è un segno molto positivo; è un'apertura perché la tua situazione inizia a muoversi e a cambiare. Quei momenti sono occasioni di chiarezza e di consapevolezza. Il passo successivo è dare spazio a questi pensieri e dare seguito all'impulso a muoversi: a quel punto le cose possono iniziare a cambiare.
- 1 • All'inizio del tuo viaggio tu non hai proprio voglia di parlare della tua situazione. Ti senti tagliato fuori, non hai consapevolezza dei problemi oppure ci pensi tantissimo, ma ti spaventa l'idea di parlarne, non credi che ci sia qualcuno di cui ti possa fidare. Per questo motivo, la situazione è bloccata.

# Piano di intervento

Area prioritaria e punteggio	Prossimo obiettivo	Azioni SMART	Da chi?	Entro quando? (data)

Firme:

Utente  Data  Equipe  Data



## Note dalla redazione della Star

1 Gestione della propria salute mentale

2 Cura di sé

3 Abilità per la vita quotidiana

4 Reti sociali

5 Lavoro

## Note dalla redazione della Star

6 Relazioni personali

7 Dipendenze

8 Responsabilità

9 Identità e autostima

10 Fiducia e speranza

## 10. RINGRAZIAMENTI

*Innanzitutto, desidero esprimere la mia gratitudine al Professore Enrico Collantoni, relatore di questa tesi, e alla TeRP Isabella Carraro, correlatrice, per avermi concesso l'opportunità di partecipare a questo studio. La vostra disponibilità, i vostri chiarimenti e il vostro supporto sono stati fondamentali per la conclusione del mio percorso.*

*Un ringraziamento speciale va, inoltre, per l'opportunità di prendere parte al Convegno Nazionale della SIPA, un'esperienza altamente formativa che arricchirà il mio bagaglio professionale.*

*Con l'augurio di poter collaborare nuovamente in ambito lavorativo, vi rivolgo un sentito grazie.*

*Vorrei poi esprimere la mia riconoscenza a questo corso di Laurea e a tutti i pazienti che ho avuto il privilegio di conoscere, le vostre storie hanno arricchito il mio percorso e mi hanno fatto crescere non solo come futura professionista, ma soprattutto come persona.*

*Ai miei genitori, che sono stati i miei primi sostenitori e instancabili motivatori, sempre pronti a incoraggiarmi in ogni momento. Anche se forse non avete ancora del tutto compreso in cosa mi sono laureata, spero di riuscire a ripagarvi, almeno in parte, per i sacrifici che avete fatto per me durante questi anni. Questo traguardo appartiene anche a voi. Ve ne sarò per sempre grata.*

*Un pensiero speciale va ai miei cari nonni, Germano, Marisa, Luigina e Ugo. Conservo gelosamente nel cuore tutti i momenti trascorsi con voi, la cura, l'amore e la dedizione che mi avete donato nel mio percorso di crescita.*

*Posso solo immaginare quanto siete orgogliosi di questo momento, vi prometto che porterò con me i vostri insegnamenti e il vostro esempio in ogni passo del mio cammino.*

*Questo traguardo è dedicato anche a voi, con tutto il mio amore e la mia gratitudine, la vostra nipote "sbraghesona".*

*Un ringraziamento speciale va anche a mio zio Massimo, presenza costante nella mia vita. La tua disponibilità, il tuo sostegno e la tua pazienza, nell'aiutarmi e nell'insegnarmi cose nuove, sono sempre preziose.*

*Alle mie grandi amiche, Elena e Linda, che dai tempi del Liceo hanno continuato a starmi accanto senza esitazione. A voi va un sentito ringraziamento per il sostegno che mi avete fornito nei momenti più difficili, ma soprattutto per le risate sincere e l'allegria che non sono mai mancate!*

*Per concludere, un ringraziamento speciale va al mio fidanzato Michele, nonché mio grande amore, migliore amico, compagno di mille avventure e punto di riferimento sul quale posso sempre fare affidamento. Queste parole non saranno mai sufficienti per esprimere la mia gratitudine per gli anni trascorsi insieme, mano nella mano, per i bellissimi ricordi che abbiamo collezionato e per i piccoli gesti quotidiani che fai per me.*

*Sono profondamente orgogliosa di poter condividere questo traguardo con te al mio fianco.*

*Brindo a tutti i nostri sogni realizzati e a quelli futuri che ci attendono.*



*Grazie per essere sempre stato presente.  
Ti amo.*