NUOVA RASSEGNA DI STUDI PSICHIATRICI

rivista online di psichiatria

Volume 17 - 3 Settembre 2018

La 2° Edizione dei questionari "Mental Health Service Recovery-Oriented" sviluppati dal Progetto Visiting DTC. Definizioni operative e strumenti empirici per valutare l'orientamento al recovery dei Servizi di Salute Mentale di Comunità

Autore

Simone Bruschetta

Direttore Progetto Visiting DTC

Tutti gli utenti dei servizi di salute mentale riferiscono che se essi avessero avuto il potere di scegliere come usare il budget destinato alla cura della loro salute mentale, avrebbero principalmente chiesto ad altre persone di far loro da guida nello svolgimento di quelle attività, di loro interesse, che caratterizzano una vita normalmente vissuta.

Larry Davidson

Riassunto

L'articolo presenta le Definizioni Operative preliminari dei Questionari "Mental Health Service Recovery-Oriented", sviluppati dal Progetto Visiting DTC, rivolti alla valutazione empirica dell'Orientamento al Recovery dei Servizi di Salute Mentale di Comunità.

I Presupposti metodologici si ritrovano all'interno della tradizione di ricerca community-based in salute mentale, la quale ha permesso di mettere in evidenza tre regole generali di buon funzionamento dei Servizi Recovery-Oriented che si riscontrano anche nelle narrazioni di recovery di utenti che hanno

sperimentato l'importanza e la validità dei processi attivi di inclusione nel proprio contesto sociale di appartenenza.

Il Mental Health Service Recovery-Oriented è un questionario che adatta alla cultura italiana lo sviluppo di due specifici questionari sul Recovery prodotti da Larry Davidson (il Recovery Self-Assessment - RSA - ed il Recovery Knowledge Inventory - RKI -), integrati in un singolo reattivo, suddiviso in nove aree, raggruppate nelle tre regole generali di buon funzionamento emergenti dalla summenzionata ricerca community-based.

Esso è stato sviluppato in sei forme diverse, con item adattati a diversi destinatari: quattro, specifiche per Somministrazioni Individuali ad Operatori, Utenti, Familiari e Manager, e due, specifiche per Somministrazioni Collettive o per Gruppi di Osservatori Esterni, durante Audit di valutazione nei Servizi di Salute Mentale di Comunità.

Parole Chiave: Salute Mentale di Comunità; Recovery; Sviluppo di Comunità Locale; Servizi di Salute Mentale; Valutazione Orientamento al Recovery.

Abstract

The paper presents the preliminary Operative Definitions of Questionnaires "Mental Health Service Recovery-Oriented", developed by Visiting DTC Project, as tools for empirical evaluation of the Recovery Orientation of the Community-Based Mental Health Services.

The methodological assumptions are found within the tradition of community-based research in mental health, which has allowed highlighting three general rules of good functioning of the Recovery-Oriented Services, which are also found in the recovery stories of users who have experienced the importance and validity of active inclusion processes in their own social context of belonging.

"Mental Health Service Recovery-Oriented" - MHSRO - is a questionnaire that adapts to Italian culture the development of two specific questionnaires on Recovery of Larry Davidson ("Recovery Self-Assessment" - RSA - and "Recovery Knowledge Inventory" - RKI -), integrated into a single tool, divided into nine areas, grouped into the three general rules of good functioning emerging from the aforementioned community-based research.

It has been developed in six different forms, with items adapted to different recipients: four, specific for Individual Administration to Workers, Users, Families and Managers, and two, specific for Collective Administration or for External Observer Groups, during Evaluation Audits in Mental Health Services.

Key Words: Community-Based Mental health; Recovery; Local Community Development; Mental Health Services; Assessment Recovery-Orientation.

---

1. L'Orientamento al Recovery dei Dispositivi di Intervento Comunitario

I presupposti epistemologici su cui poggia il Progetto Visiting DTC, vedono la salute mentale, come un bene comune intangibile, che contribuisce alla costruzione del capitale sociale delle comunità territoriali. Il Capitale Sociale di una comunità locale politicamente definita, permette nel suo complesso, di organizzare processi di cittadinanza basati sul sostegno allo sviluppo di tutte quelle competenze psico-

socio-economiche che abilitano i cittadini alla collaborazione reciproca, per comprendere sempre meglio il mondo in cui vivono e per incidere in modo sempre più attivo sulla complessa realtà che li circonda (1; 2).

In particolare, il bene comune intangibile definito salute mentale, è classificabile come un *bene relazionale* (3), in quanto comune ad una rete di relazioni sociali ed individuabile in base alla presenza o assenza delle proprietà di *condivisione nel consumo* e di *collaborazione nella fruizione*, tipiche della classificazione del bene comune come un terzo *genus* rispetto alle tradizionali categorie di bene privato e bene pubblico del consumo.

I Servizi dedicati al bene comune Salute Mentale, allora, per definizione con possono che essere basati sulla dimensione comunitaria; da cui ne consegue che non è possibile pensare epistemologicamente la disciplina Salute Mentale, se non come *Salute Mentale di Comunità* (4) ed i dispositivi di lavoro mentale se non come *Ambienti Abilitanti* (5).

I contesti sociali che possano fungere quindi da dispositivo di lavoro mentale che renda tollerabile la complessità, siano essi intesi come ambienti di vita familiare e sociale, sia come setting di lavoro psicologico e terapeutico, possono allora essere considerati dei veri e propri *Dispositivi di Intervento Comunitari*, fondati sulla naturale articolazione gruppale delle relazioni umane presenti nell'ambiente su cui intervengono e nel quale si sviluppano. Essi rappresentano pertanto i contesti di lavoro metodologicamente più efficaci per tutti i programmi tanto di salute mentale quanto di sviluppo locale.

Caratteristica specifica di tutti i dispositivi di intervento comunitario, più o meno istituiti e/o organizzati come Servizi per la salute mentale di Comunità, è la doppia tipologia di funzionamento cui sono orientati: una strutturazione professionale ad orientamento psicoterapeutico (6) ed una auto-organizzazione della cura orientata al recovery (7). Questo doppio orientamento, sempre presente all'interno di tutti quei Servizi di salute mentale di Comunità, intesti come Dispositivi di Intervento Comunitario, rappresenta oggi la più sofisticata lente di osservazione, valutazione e misurazione dei processi bio-psico-socio-economici che determinano la sofferenza mentale e che ne sostengono la sua presa in carico comunitaria.

Il "Progetto Visiting DTC", in particolare, attribuisce enorme valore a quei Dispositivi di Intervento Comunitario che svolgono la fondamentale funzione sociale di Servizio Residenziale ed Abitativo rivolto alle persone con disagio mentale. Riprendendo e sviluppando la tradizione di ricerca anglosassone delle Comunità Terapeutiche Democratiche, il Progetto Visiting DTC ha sviluppato di conseguenza specifici Programmi di Accreditamento di Qualità per le Comunità Terapeutiche (8), i Gruppi Appartamento (9) e le Abitazioni Supportate (10), attraverso i quali è possibile valutare empiricamente la correlazione tra lo loro funzione di setting psicoterapeutici comunitari e quelle di interventi di orientamento al recovery (12; 13).

I Gruppi Appartamento e le Comunità Terapeutiche rappresentano dei Dispositivi di Intervento Comunitario in Salute Mentale, classificati come setting psicoterapeutici comunitari e quindi finalizzati esplicitamente allo svolgimento di una primaria funzione di cura. A tali dispositivi va imputato l'obiettivo primario della maturazione della qualità delle relazioni interpersonali, affettive e familiari soprattutto, in un'ottica di trasformazione delle capacità mentali (individuali, familiari, gruppali e comunitarie) che permettano lo sviluppo di processi cura (6; 11).

I Dispositivi di Intervento Comunitario in Salute Mentale specificamente e principalmente orientati al Recovery, invece non sono né esplicitamente né principalmente finalizzati in senso psicoterapeutico, e possono essere classificati in tre tipologie: Sostegno all'Abitare, Sostegno all'Impiego, Sostegno alla Convivenza Sociale. Abitare, lavorare e partecipare ai processi di convivenza civile in una data comunità sociale, rappresentano infatti le tre attività di base, che nell'esperienza degli utenti dei servizi di salute mentale, qualificano una vita normalmente vissuta (14; 15).

Queste tre tipologie possono presentarsi anche variamente integrate l'una nell'altra nei Dispositivi di Intervento Comunitario Recovery-Oriented, ma sono tutte ugualmente finalizzate all'inclusione sociale degli individui e contemporaneamente allo sviluppo locale di comunità.

Alcune definizioni operative permettono di delinearne meglio i confini ed il campo di applicazione:

1. Dispositivi di Sostegno all'Abitare (Casa/Habitat Sociale): ambienti domestici di appartenenza personale e/o familiare degli utenti, all'interno dei quali possono ricevere specifici servizi domiciliari che li interconnettono alla comunità locale:
    - *a. Alloggi appartenenti alla rete di sostegno dell'utente, presso i quali è ospitato*
        - *i. Convivenza Guidata*
        - *ii. Affido Etero Familiare*
    - *b. Alloggi nella disponibilità personale dell'utente, che lo abita individualmente*
        - *i. Appartamento Protetto,*
        - *ii. Alloggio Supportato*
2. Dispositivi di Sostegno all'Impiego (Lavoro/Formazione): ambienti formali di inclusione socio-lavorativa all'interno dei quali gli utenti si sperimentano nella propria capacità realizzare la propria promozione personale e professionale e di contribuire allo sviluppo della propria comunità sociale di appartenenza:
    - *a. Sostegno alla progettazione personalizzata dell'inclusione nel mercato competitivo*
        - *i. Promozione dell'auto-imprenditorialità attraverso il Microcredito Gruppale*
        - *ii. Sostegno all'impiego ed al Collocamento Individualizzato*
        - *iii. Sostegno all'inclusione in Percorsi Formativi Abilitanti*
    - *b. Creazione di opportunità lavorative sul mercato del lavoro protetto*
        - *i. Borse Lavoro e Tirocini Formativi*
        - *ii. Interventi Socio-Riabilitativi Attivi*
        - *iii. Cooperazione Sociale di tipo B*
3. Dispositivi Sostegno alla Convivenza (Socialità/Affettività): ambienti istituzionali o informali di partecipazione democratica alla vita della comunità sociale più ampia che prevedono una cooperazione tra-pari ed una tutela dell'esercizio dei diritti di cittadinanza:
    - *a. Attività di Appoggio Individualizzato per la Partecipazione Sociale*
        - *i. Accompagnamento nella libera fruizione del territorio*
        - *ii. Affiancamento nelle relazioni con le Agenzie locali*
        - *iii. Intermediazione Istituzionale e Amministrativa*
    - *b. Attività di Integrazione Sociale in contesti comunitari locali*
        - *i. Associazionismo degli Utenti*
        - *ii. Centri Culturali Territoriali*
        - *iii. Ambienti Familiari d'Origine*

L'Orientamento al Recovery di tutta questa variabilità di dispositivi di intervento comunitario è assicurato dalla costruzione di "Ambienti Abilitanti", che assicurano interventi individualizzati, ma svolti in contesti comunitari attraverso lo svolgimento di attività gruppali.

Orientamento al Recovery vuol dire, infatti, lavorare affinché le persone che soffrono di disturbi mentali potenzialmente gravosi ed invalidanti, possano acquisire uno stile di vita indipendente da una specifica assistenza, caratterizzato da una stabilità abitativa e lavorativa, da un soddisfacente numero di contatti sociali e relazioni amicali, dall'assunzione di un sentimento di potere e controllo sulla propria vita e dalla costruzione di un'identità positiva nonostante il disagio (14; 16).

Con il passare del tempo e con la sua diffusione nei Servizi di Salute Mentale di Comunità, Recovery è diventato anche il nome di un processo di guarigione dalla grave patologia mentale, inteso come recupero di una personale condizione di benessere, fondata sulla possibilità di superare il trauma della malattia, le conseguenze dei trattamenti e spesso dei mal-trattamenti, la perdita delle capacità e delle opportunità di accesso ad attività che hanno un significativo valore personale. È così emerso anche un nuovo concetto definito Recovery Personale, che non coincide necessariamente né con il ritorno allo stato precedente alla malattia, né semplicemente con uno stato di autonomia nella partecipazione alla vita sociale della propria comunità di appartenenza, ma piuttosto con l'attivazione di un processo di costante tendenza alla costruzione di un nuovo modo di vivere, libero dal potere di controllo delle istituzioni sanitarie, sulla base di un sempre rinnovato senso di auto-efficacia, per "vivere una vita che vale la pena vivere".

È stato grazie alla questa spinta teorico-metodologica fornita da tali concettualizzazioni che si sono sviluppati i nuovi dispositivi di intervento comunitario in salute mentale specificamente orientati al recovery, come il sostegno all'abitare ed all'impiego, l'auto-mutuo-aiuto e l'associazionismo partecipativo. Le finalità di tali dispositivi non sono soltanto il recupero dell'autostima delle persone con disagio psichico in essi coinvolti, ma anche l'affermazione il diritto di queste a partecipare a vario titolo alla costruzione degli stessi dispositivi di cui usufruiscono.

Da parte degli operatori dei Servizi, tutto ciò ha comportato una riflessione straordinaria sulla infusione, trasmissione e elaborazione della speranza di guarigione e/o di benessere come componente essenziale di ogni processo terapeutico e/o di ripresa, ed ha richiesto un immane sforzo sistematico, ancora non concluso, sull'impostazione della cura basata sin dall'inizio sull'assunzione del rischio, piuttosto che sul suo evitamento metodologico, e sull'esercizio dei diritti, piuttosto che sulla loro sospensione. Il diritto del paziente di sbagliare è quindi ormai riconosciuto da tutti gli stakeholder come parte integrante dei suddetti dispositivi di intervento comunitari, ed implica uno spostamento di focus dal modello di una malattia da curare e poi riabilitare a quello di una nuova vita da continuare a vivere. I principali processi terapeutici e di ripresa dal disagio psichico saranno così sempre più fondati sul sostegno all'accesso delle persone a tutte le nuove opportunità di vivere, lavorare e partecipare alla vita sociale delle proprie comunità di appartenenza.

La ricerca community-based ha inoltre permesso di mettere in evidenza 3 tipologie di viluppo *recovery oriented* cui stanno andando incontro i nuovi dispositivi di intervento comunitario in Salute Mentale, che riguarda tanto la loro organizzazione che la loro filosofia (17; 18). Tali ricerche si sono avvalse dello sviluppo e della successiva standardizzazione di alcuni strumenti self-report per la valutazione della qualità degli interventi in Salute Mentale di Comunità basati sulla misurazione degli atteggiamenti degli operatori, degli utenti, dei loro familiari e dei manager attraverso metodologie bottom-up e di validazione consensuale (19).

1. *La prima tipologia* di sviluppo del sistema dei Servizi potrebbe essere definita come una trasformazione della loro filosofia rispetto a gli obiettivi da perseguire attraverso una "centratura sui bisogni dell'utenza". Essa prevede il ri-orientamento dei Servizi verso il supporto agli utenti nel raggiungimento dei propri obiettivi di vita, alla soddisfazione dei loro bisogni ed alla realizzazione dei loro desideri, piuttosto che sugli obiettivi dei professionisti o sulle rappresentazioni di questi ultimi in relazione agli interessi dei loro utenti. In tale ottica, va visto il processo di autonomizzazione degli utenti nella *gestione del budget di cura* (14; 18). Conseguenze importanti della partecipazione degli utenti agli obiettivi da raggiungere sono la facilitazione della loro inclusione nella comunità e la riduzione della loro dipendenza dal sistema dei Servizi per la salute mentale. Fondamentale in questi casi risulta essere la trasformazione degli operatori *in Guida al Recovery*, un ruolo operativo che rappresenta una evoluzione community-based di quello del case manager manualizzata sotto forma di linee guida (20).
2. *La seconda tipologia* di sviluppo metodologico potrebbe essere definita come "trasformazione delle relazioni cliniche". Essa prevede che le relazioni tra il personale sul campo e gli utenti dei servizi diventino più egalitarie, piene di speranza, basate sull'empowerment, collaborative e stimolanti, e quindi siano sostenute da processi di *appiattimento/elasticità delle gerarchie* tipiche delle istituzioni e delle organizzazioni sanitarie. Le decisioni cliniche, comprese quelle sull'utilizzo dei farmaci, devono essere infatti molto più condivise, ed inserite all'interno di un processo di progettazione terapeutica personalizzata (21; 22; 23). Molti Autori hanno proposto l'inserimento sul campo di numerosi operatori del supporto tra pari, come ex-utenti o altri pazienti o familiari esperti, per fornire un supporto di base, o anche la prima assistenza ed il primo orientamento nei Servizi, proprio nell'ottica di rinforzare la tendenza alla riduzione dei livelli gerarchici (24; 25).
3. *La terza tipologia* di sviluppo si basa invece la trasformazione dei programmi operativi basata su nuove dimensioni sociali del lavoro in salute mentale. Essa potrebbe essere definita di "evoluzione civile dei Servizi" e prevede l'ampliamento della varietà di interventi e dispositivi di sostegno che il sistema dei Servizi è in grado di fornire, in modo da comprendervi anche dispositivi espressivi, ludici ed artistici volti alla ricerca esistenziale, alla pratica spirituale e alle attività culturali. Metodologicamente vuol dire investire sullo *sviluppo culturale* di tutta la comunità cui appartengono gli utenti, ma anche i loro familiari ed i loro operatori. Sostenere l'espressione artistica come la produzione narrativa, musicale, cinematografica o teatrale, e lo sviluppo delle relazioni informali che animano il tempo libero, permette di diffondere in maniera divulgativa buone pratiche e soprattutto atteggiamenti positivi verso il disagio mentale, contribuendo all'inclusione sociale ed alla lotta allo stigma (16). Tali sviluppi sostengono meglio l'accesso degli utenti a gruppi di auto-mutuo-aiuto e ad altri servizi user-led, nonché una nuova *politica democratica* fondata su un associazionismo partecipativo che rappresenti con sempre maggiore efficacia le loro istanze sociali e quelle dei loro care-giver (26; 27).

Queste sono diventate *tre regole generali di buon funzionamento dei Servizi Recovery-Oriented* che si riscontrano anche nelle narrazioni di recovery di utenti che hanno sperimentato l'importanza e la validità dei processi attivi di inclusione nel proprio contesto sociale di appartenenza (impostata principalmente sugli aspetti della casa e della scuola, del lavoro e del tempo libero, della libertà di scelta della cura e dei curanti), a differenza dell'inserimento in Servizi sanitari istituzionalizzati, differenziati e segreganti.

Da qui riparte oggi l'opera di ri-territorializzazione comunitaria e ri-negoziazione politica della *mission* di ciascun Servizio che si voglia definire Comunitario, così come di ogni singolo Dipartimento di Salute Mentale, ma anche del Servizio Sanitario Nazionale del suo complesso. Questa opera di co-costruzione

collettiva va portata avanti da tutti gli stakeholder di tali Servizi attraverso politiche di concertazione sociale, sia sui diritti alla cura, alla casa, al lavoro e più in generale alla partecipazione sociale, sia sul ruolo che la salute mentale deve avere nell'economia civile delle nostre comunità, ma soprattutto sui nuovi significati che deve assumere il disagio psichico e la grave patologia mentale nella prospettiva tanto della globalizzazione che della postmodernità.

---

2. Il Mental Health Service Recovery-Oriented 2° Edizione (2017)

Il *Mental Health Service Recovery-Oriented* è un questionario che adatta alla cultura italiana lo sviluppo di due specifici questionari sul Recovery in Salute Mentale, il Recovery Self-Assessment - RSA - (28) ed il Recovery Knowledge Inventory - RKI - (29), integrati in un singolo reattivo, suddiviso in nove aree, raggruppate nelle tre regole generali di buon funzionamento emergenti dalla summenzionata ricerca *community-based* sul recovery.

Il questionario Recovery Self-Assessment - RSA - 28) valuta il livello di impegno dei Servizi in pratiche recovery-oriented. È disponibile in quattro diverse forme, ovvero per utenti, care-giver, operatori e dirigenti; ed è costituto da 36 item suddivisi in cinque fattori (Obiettivi di vita, Coinvolgimento, Varietà di opzioni, Scelta e Interventi erogati su misura).

Il questionario Recovery Knowledge Inventory - RKI – (29) è costituito da 20 item che valutano le conoscenze degli operatori dei Servizi ed il loro atteggiamento verso temi quali: la natura individuale del recovery, la competenza culturale, l'autodeterminazione, l'assistenza basata sui punti di forza, la presa di decisioni e l'assunzione di rischi, la gestione della malattia e dei sintomi, l'accettazione della malattia, il coinvolgimento in attività significative, il superamento dello stigma, la ridefinizione di sé, la speranza e la natura non lineare del processo di recovery.

Il Mental Health Service Recovery-Oriented è stato sviluppato, sulla pratica degli Ambienti Abilitanti in Salute Mentale, da Utenti, Operatori, Familiari e Manager del Progetto Visiting DTC, secondo il modello Recovery-Oriented di Davidson, Tondora, Staeheli, O'Connell & Rowe: A Pratical Guide to Recovery-Oriented Practice (15). È stato sviluppato in sei forme divere, con item adattati a diversi destinatari, e raggruppati nelle medesime nove aree. Recentemente, all'interno del Progetto Visiting DTC, è stata sviluppata una seconda edizione (10) che, rispetto alla prima (30), ha rivisto e reso omogenei gli item presenti trasversalmente in tutte e sei le forme che lo caratterizzano.

Le forme in cui è stato costruito il MHSRO sono quattro, specifiche per Somministrazioni Individuali ad Operatori, Utenti, Familiari e Manager (- O - U - F - M -), e due, specifiche per Somministrazioni Collettive o per Gruppi di Osservatori Esterni, durante Audit di valutazione Interna o Esterna (- COM - DEL -) nei Servizi di Salute Mentale di Comunità. Le nove aree in cui sono raggruppati tutti gli item, nelle varie forme sono: 1) Rinnovare la speranza e l'impegno; 2) Essere sostenuto dagli altri; 3) Trovare il proprio posto nella comunità locale; 4) Ridefinire se stessi; 5) Assimilare la malattia; 6) Gestire i sintomi; 7) Assumere il controllo; 8) Combattere lo stigma; 9) Maturare empowerment.

Le prime tre Aree (1, 2, 3) appartengono alla Prima delle tre regole generali del buon funzionamento dei Servizi di Salute Mentale di Comunità. Le seconde tre Aree (4, 5, 6) appartengono alla Seconda Regola. Le Terze tre Aree (7, 8, 9) appartengono alla Terza Regola summenzionata.

La loro esplorazione in dettaglio permette di apprezzarne meglio la sruttura.

Prima Regola Generale di Buon Funzionamento dei Servizi Recovery-Oriented: "centratura sui bisogni dell'utenza".

1 *Rinnovare la speranza e l'impegno*
Le relazioni di sostegno con i membri della famiglia, gli amici, gli operatori, i membri della comunità e i pari permettono agli utenti di diventare interdipendenti in una comunità che può sia condividere la loro delusione e il loro dolore, sia gioire della loro felicità e dei loro successi. Tutte le persone hanno bisogno che venga loro offerta la "speranza" di ridefinirsi e di determinare la propria vita, di sviluppare senso d'identità e di appartenenza alla comunità, nonostante la presenza di sintomi o difficoltà persistenti, di maturare empowerment. I successi sono dovuti a fattori relazionali quali la fiducia e l'impegno da parte di tutte le persone coinvolte nel percorso di recovery. Sono fondamentali quelle esperienze relazionali che conducono allo scambio dei seguenti sentimenti: "crede davvero in me", "vede in me cose che io non riesco a vedere".

2 *Essere sostenuto dagli altri*
Massimizzare gli aiuti informali degli amici, dei familiari, dei vicini, dei volontari e di altri membri della comunità. Gli operatori non si sostituiscono a queste reti sociali, ma evitano di ostacolarne lo sviluppo con atteggiamenti autoritari e tecnocratici, ne sostengono lo sviluppo attraverso l'ottimizzazione di tutti gli sforzi rivolti al reclutamento delle relazioni d'aiuto informale. Gli interventi si svolgono nei centri d'arte, nelle parrocchie, nelle squadre di calcio, nei centri formativi, e in tutte quelle opportunità che la comunità offre.

3 *Trovare il proprio posto nella comunità locale*
Gli interventi si svolgono nell'ambiente naturale della persona con l'obiettivo di facilitare le relazioni con gli altri membri della comunità sociale, sviluppare il senso di cittadinanza e sostenere le persone ad adattarsi alle difficoltà. Il focus è sulla comunità al fine di attivare percorsi d'inclusione sociale e di sviluppo locale di comunità, anche attraverso il coinvolgimento di tutte le risorse, formali ed informali, che i Servizi di Salute Mentale riescano a mettere in campo.

Seconda Regola Generale di Buon Funzionamento dei Servizi Recovery-Oriented: "trasformazione delle relazioni cliniche".

4 *Ridefinire se stessi*
Gli interventi sono mediati da operatori eterogenei per cultura, etnia, professionalità, stili di vita, interessi, orientamenti religiosi, sessuali e politici. Agli utenti e ai familiari viene fornita in modo chiaro la possibilità di definire e ridefinire i criteri di tutti i percorsi di aiuto, cura ed assistenza di cui usufruiscono.

5 *Assimilare la malattia*
Tutti hanno dei punti di forza e delle abilità da valorizzare così come nuove capacità da sviluppare per acquisire sempre nuove competenze. Gli insuccessi di una persona nel dimostrare la propria competenza non sono dovuti solo ai deficit individuali, ma piuttosto al fallimento dei sistemi sociali nel fornire sostegno o creare delle opportunità per dimostrare e acquisire abilità. L'apprendimento dall'esperienza della malattia e della sofferenza mentale si basa sulla valorizzazione delle preferenze personali.

6 *Gestire i sintomi*
Apprezzare il contesto di vita della persona, valorizzando la storia personale, le sue esperienze, i percorsi e le fasi di sviluppo permette di centrare gli interventi non sui sintomi ma sulle aspettative e le

aspirazioni degli utenti. Capire l'impatto dell'emarginazione sugli utenti e sui loro sintomi rappresenta la base su cui costruire gli interventi che permettano loro di diventare quello che vogliono essere, nonostante i limiti imposti loro dalla malattia.

Terza Regola Generale di Buon Funzionamento dei Servizi Recovery-Oriented: "evoluzione civile dei Servizi".

7 *Assumere il controllo*
Tutti gli interventi devono prevedere che siano gli utenti ad averne la guida. È necessario che gli operatori imparino a non fare niente senza l'approvazione dell'utente. Il processo di riscoperta e ricostruzione di una costante percezione di sé come agente attivo e responsabile costituisce una fonte importante di miglioramento delle condizioni di ogni utente. Sostenere la persona senza stare né un passo indietro e né un passo avanti, ma standogli semplicemente accanto, accettando che possa fare errori e sbagli.

8 *Combattere lo stigma*
Molte persone con disturbi psichiatrici sono stati abituati dagli operatori a "ricevere" aiuto e a lasciare che altri prendono le decisioni al loro posto e così si sentono di non avere molto da condividere e da trasmettere agli altri, mentre invece sono proprio gli utenti le persone maggiormente competenti nell'affrontare, descrivere e prendersi cura delle situazionI di disagio mentale. Attivare relazioni a doppia direzione (si dà e si riceve), serve non soltanto a sviluppare senso di agency e autostima al livello individuale, ma a anche a combattere lo stigma a livello sociale.

9 *Maturare empowerment*
Il contesto di povertà e di esclusione dalle risorse materiali e da opportunità quali l'istruzione, il lavoro e robuste reti sociali può sia aggravare, sia interagire con l'emarginazione, l'invisibilità e la "visibilità distorta" della malattia mentale. Disoccupazione e povertà sono sicuramente stressanti. Il contesto socio-economico in cui vivono gli utenti deve essere considerato un focus di studio, su cui l'utente stesso è informatore privilegiato, al fine di programmare al meglio i Servizi dedicati alla Salute Mentale della Comunità.

Questionario MHSRO 2°Ed – OPERATORI

Mental Health Service Recovery-Oriented - 2° Edizione

Forma O: per Operatori e membri di Staff clinico-sociali dei Servizi di Salute Mentale di Comunità.

Somministrazione Individuale

Autore: Simone Bruschetta (2017)

Rispetto alle seguenti affermazioni segni con una crocetta ***quanto l'affermazione si avvicina ai Suoi pensieri, alle Sue opinioni ed alla Sua pratica*** utilizzando la seguente scala:

1: PER NIENTE	2: UN POCO	3: MOLTO	4: MOLTISSIMO

1	***Rinnovare la speranza e l'impegno***				
a	Mi concentro sui punti di forza di ogni individuo	1	2	3	4
b	Mi complimento con gli utenti per tutti i loro successi	1	2	3	4
c	Credo nella potenziale crescita e nel potenziale miglioramento di tutte le persone	1	2	3	4
d	Utilizzo un linguaggio di speranza e di possibilità	1	2	3	4
e	Sono fiducioso anche quando gli utenti non lo sono	1	2	3	4
2	***Essere sostenuto dagli altri***				
a	Aiuto gli utenti a sviluppare delle relazioni con la comunità locale e con le persone che possono dare un aiuto non professionale	1	2	3	4
b	Sono disposto ad aiutare le persone a trovare nella comunità locale le risposte ai loro bisogni	1	2	3	4
c	Riesco a condividere la mia fiducia con i colleghi e con i familiari	1	2	3	4
d	Oltre ad erogare le prestazioni, promuovo gli interessi e i diritti degli utenti e dei loro familiari	1	2	3	4
e	Valuto e analizzo la spiritualità come un'importante fonte potenziale di sostegno di ogni individuo	1	2	3	4
3	***Trovare il proprio posto nella comunità locale***				
a	Sostengo la partecipazione e i ruoli sociali di valore degli utenti	1	2	3	4
b	Evidenzio l'occupazione come una via che conduce al recovery, e promuovo attività di svago e hobby basati sugli interessi di ogni individuo	1	2	3	4
c	Sono in grado di sostenere e valorizzare i punti di forza della persona nel relazionarsi con le istituzioni, il lavoro, i contesti informali	1	2	3	4
d	Sono ben informato sull'intera gamma dei servizi comunitari di Salute Mentale	1	2	3	4
e	Affronto i problemi di tipo medico o fisico che potrebbero impedire alle persone di seguire i propri interessi e i propri hobby	1	2	3	4
4	***Ridefinire se stessi***				
a	Aiuto le persone a coinvolgersi in ruoli sociali di valore e incentivo i loro interessi culturali	1	2	3	4

Tab1A: Questionario MHSRO 2°Ed – OPERATORI (parte 1 di 3)

b	Vedo le persone nella loro completezza di esseri umani, non solo in base alle loro malattie	1	2	3	4
c	Aiuto gli utenti a pianificare la propria vita, al di là dei servizi di salute mentale	1	2	3	4
d	Uso un linguaggio che mette la persona al primo posto	1	2	3	4
e	Lavoro "con" e non "per" le persone, e le aiuto a condividere le loro esperienze personali	1	2	3	4
5	***Assimilare la malattia***				
a	Seguo le loro indicazioni e sostengo gli utenti nel loro percorso verso la recovery	1	2	3	4
b	Amplio le mie conoscenze sul processo di recovery confidando sull'aiuto degli utenti	1	2	3	4
c	Faccio riferimento a persone che hanno ottenuto successo e felicità nonostante la malattia mentale	1	2	3	4
d	Permetto alle persone di esprimere tutti i loro sentimenti	1	2	3	4
e	Incoraggio l'utilizzo del sostegno tra pari e dei modelli recovery-based	1	2	3	4
6	***Gestire i sintomi***				
a	Fornisco l'accesso ad una varietà di metodi diversi attraverso un'assistenza culturalmente dinamica che riflette la comprensione del contesto sociale in cui avviene la recovery	1	2	3	4
b	Capisco che la terapia è solo uno degli aspetti del recovery e che non tutti hanno bisogno di una terapia per affrontare questo percorso	1	2	3	4
c	Capisco che i sintomi non devono necessariamente essere eliminati prima che la persona possa portare avanti il suo percorso di recovery e che possa emanciparsi dal Servizio	1	2	3	4
d	Insegno alle persone ad autogestirsi la malattia attraverso lo sviluppo e l'applicazione di personali strategie	1	2	3	4
e	Lavoro con gli utenti per sviluppare strategie che prevengano le ricadute e definisco con essi quali strategie desiderano vengano seguite in caso di crisi	1	2	3	4
7	***Assumere il controllo***				
a	Sono in grado di contribuire ad una progettazione centrata sulla persona	1	2	3	4
b	Fornisco sempre agli utenti opportunità di scelta offrendo delle opzioni tra le quali scegliere	1	2	3	4
c	Evito un atteggiamento di controllo	1	2	3	4
d	Concedo alle persone il diritto di commettere errori considerandoli opportunità di apprendimento	1	2	3	4
e	Evito l'atteggiamento dell'operatore che sa tutto e mi relaziono alla pari	1	2	3	4
8	***Combattere lo stigma***				
a	Evito di utilizzare un linguaggio stigmatizzante e etichettante	1	2	3	4
b	Aiuto a trasformare il Servizio in un ambiente più accogliente	1	2	3	4

Tab1B: Questionario MHSRO 2°Ed – OPERATORI (parte 2 di 3)

c	Coinvolgo le persone in recovery in attività volte ad eliminare lo stigma ed a costruire ambienti abilitanti, a cominciare dal Servizio	1	2	3	4
d	Insegno alle persone come gestire lo stigma difendendo se stessi e gli altri	1	2	3	4
e	Sono in grado di affrontare i pregiudizi personali	1	2	3	4
9	***Maturare empowerment***				
a	Valuto i comportamenti assertivi degli utenti e la loro autonomia come elementi di crescita personale ed in conseguenza di questi riduco gli aiuti di cui necessitano	1	2	3	4
b	Incoraggio le persone ad essere cittadini responsabili	1	2	3	4
c	Coinvolgo gli utenti in recovery in ogni aspetto della pianificazione, dello sviluppo e del miglioramento di questo Servizio e dei servizi di salute mentale in generale	1	2	3	4
d	Conosco le leggi della Disabilità e sui Servizi per la Salute Mentale e insegno agli utenti come possono utilizzarle per proteggersi	1	2	3	4
e	Ascolto sempre tutte le persone e rispetto le loro scelte anche quando sono opposte alle mie	1	2	3	4

Tab1C: Questionario MHSRO 2°Ed – OPERATORI (parte 3 di 3)

Questionario MHSRO 2°Ed – UTENTI

Mental Health Service Recovery-Oriented - 2° Edizione.

Forma U: per Utenti, Residenti e Clienti dei Servizi di Salute Mentale di Comunità.

Somministrazione Individuale

Autore: Simone Bruschetta (2017)

Rispetto alle seguenti affermazioni segni con una crocetta **quanto l'affermazione si avvicina ai Suoi pensieri, alle Sue opinioni ed alla Sua esperienza** utilizzando la seguente scala:

1: PER NIENTE	2: UN POCO	3: MOLTO	4: MOLTISSIMO

1	***Rinnovare la speranza e l'impegno***				
a	Senti che la tua vita può migliorare	1	2	3	4
b	Sei consapevole che nella vita c'è qualcos'altro oltre la malattia mentale	1	2	3	4
d	Il futuro non ti spaventa	1	2	3	4
e	Credi di poter gestire la tua vita e raggiungere i tuoi obiettivi	1	2	3	4
2	***Essere sostenuto dagli altri***				
a	Hai delle persone sulle quali fare affidamento	1	2	3	4
b	Senti di essere amato e accettato per quello che sei	1	2	3	4
c	Sei in grado di aiutare gli altri quando hanno bisogno di te	1	2	3	4
d	Ti senti come un essere umano che vale qualcosa	1	2	3	4
3	***Trovare il proprio posto nella comunità locale***				
a	Sei coinvolto in attività che ti piacciono (ad es. andare in chiesa, seguire dei corsi, fare sport, frequentare gruppi di sostegno, fare volontariato)	1	2	3	4
b	Hai una routine quotidiana che ti piace	1	2	3	4
d	Hai dei posti carini dove passare il tempo con i tuoi amici	1	2	3	4
e	Ti piace stare con gli amici o seguire i tuoi hobby anche quando non ti senti bene	1	2	3	4
4	***Ridefinire se stessi***				
a	Vedi te stesso come persona con dei punti di forza e delle risorse	1	2	3	4
b	La tua malattia rappresenta solo una piccola parte di quello che sei	1	2	3	4
c	Ti piace esplorare la vita fuori dai servizi di salute mentale	1	2	3	4
d	Non permetti ad un'etichetta o ad una diagnosi di controllare la tua vita	1	2	3	4
5	***Assimilare la malattia***				
a	Sai quando hai bisogno di chiedere aiuto	1	2	3	4
b	Sai come prenderti cura di te stesso evitando le cose che ti fanno male	1	2	3	4
c	Sei orgoglioso delle cose che puoi fare ed accetti il fatto che ci sono invece delle cose che non puoi ancora fare	1	2	3	4

Tab2A: Questionario MHSRO 2°Ed – UTENTI (parte 1 di 2)

d	Non ti senti sconfitto	1	2	3	4
6	***Gestire i sintomi***				
a	Capisci in che modo la tua malattia influisce su di te	1	2	3	4
b	Sai trovare delle strategie per affrontare la tua condizione volta per volta	1	2	3	4
d	Riesci a controllare i tuoi sintomi in modo che non siano di intralcio alla tua vita	1	2	3	4
e	Capisci quale terapia può funzionare o meno su di te	1	2	3	4
7	***Assumere il controllo***				
a	Sei in grado di condividere le tue opinioni con qualcun altro	1	2	3	4
b	Riesci a dare voce alla tua opinione	1	2	3	4
c	Non accetti un No come risposta	1	2	3	4
d	Riesci a rimetterti in gioco anche dopo aver sperimentato un fallimento	1	2	3	4
8	***Combattere lo stigma***				
a	Ti senti rispettato dagli altri	1	2	3	4
b	Non ti vergogni di soffrire di un disagio mentale	1	2	3	4
d	Hai delle persone a cui fare riferimento come modello di comportamento	1	2	3	4
e	Sei consapevole che anche gli altri hanno dei problemi	1	2	3	4
9	***Maturare empowerment***				
a	Pensi di poter scegliere come organizzare la tua vita anche al di là dell'assistenza che ricevi dal Servizio	1	2	3	4
b	Ti senti un cittadino responsabile (ad es. lavorando, votando, pagando le tasse), un genitore responsabile, un buon amico.	1	2	3	4
c	Riesci a restituire l'aiuto ricevuto ad altre persone che stanno intraprendendo un percorso di recovery	1	2	3	4
d	Riesci ad assumerti la responsabilità del tuo percorso di recovery	1	2	3	4

Tab2B: Questionario MHSRO 2°Ed – UTENTI (parte 2 di 2)

Questionario MHSRO 2°Ed – FAMILIARI

Mental Health Service Recovery-Oriented - 2° Edizione.

Forma F: per Familiari, Parenti, Amici e Congiunti di Utenti dei Servizi di Salute Mentale di Comunità.

Somministrazione Individuale

Autore: Simone Bruschetta (2017)

Rispetto alle seguenti affermazioni segni con una crocetta **quanto l'affermazione si avvicina ai Suoi pensieri, alle Sue opinioni ed alla Sua relazione con l'utente suo congiunto** utilizzando la seguente scala:

1: PER NIENTE	2: UN POCO	3: MOLTO	4: MOLTISSIMO

1	***Rinnovare la speranza e l'impegno***				
a	Senti che la vita del tuo congiunto può migliorare	1	2	3	4
b	Sei consapevole che nella sua vita c'è qualcos'altro oltre la malattia mentale	1	2	3	4
d	Pensi che anche senza di te il suo futuro sarà positivo	1	2	3	4
e	Credi che il tuo congiunto possa gestire la sua vita e raggiungere i suoi obiettivi	1	2	3	4
2	***Essere sostenuto dagli altri***				
a	Hai delle persone sulle quali fare affidamento per migliorare la relazione con il tuo congiunto	1	2	3	4
b	Senti di riuscire sempre a dimostrare l'affetto al tuo congiunto	1	2	3	4
c	Ti senti sostenuto quando hai bisogno di aiuto nelle relazione con il tuo congiunto	1	2	3	4
d	Ti senti orgoglioso dell'esperienza che il tuo congiunto ti ha permesso di fare nella tua vita	1	2	3	4
3	***Trovare il proprio posto nella comunità locale***				
a	Sei coinvolto in attività che ti piacciono insieme al tuo congiunto (ad es. andare in chiesa, seguire dei corsi, fare sport, frequentare gruppi di sostegno, fare volontariato).	1	2	3	4
b	Sei coinvolto in attività culturali ed associative che promuovono gli interessi degli utenti dei servizi di salute mentale nella comunità locale	1	2	3	4
c	Partecipi attivamente alle attività formali ed informali cui ti invita il tuo congiunto o il Servizio che lo Assiste	1	2	3	4
e	Sostieni il tuo congiunto nei rapporti di amicizia e nello sviluppo dei suoi interessi personali anche quando non sei convinto o quando lo vedi che non si sente bene	1	2	3	4
4	***Ridefinire se stessi***				
a	Vedi la relazione con il tuo congiunto come una risorsa per lo sviluppo della tua persona	1	2	3	4
b	La sua malattia rappresenta solo una piccola parte di quello che lui rappresenta per te	1	2	3	4
d	Non permetti ad un' etichetta o ad una diagnosi di condizionare la tua vita	1	2	3	4
e	Ti piace pensare e lavorare "con" lui e non "per" lui	1	2	3	4
5	***Assimilare la malattia***				

Tab3A: Questionario MHSRO 2°Ed – FAMILIARI (parte 1 di 2)

a	Vedi il tuo congiunto come un essere competente sulla sua malattia e sul suo percorso di recovery	1	2	3	4
c	Ti senti orgoglioso delle cose che il tuo congiunto può fare ed accetti il fatto che ci sono invece delle cose che non può ancora fare?	1	2	3	4
d	Condividete reciprocamente con il tuo congiunto le vostre esperienze personali, anche se negative.	1	2	3	4
e	Lo aiuti a pianificare la sua vita rispettando i sui bisogni, interessi e valori	1	2	3	4
6	***Gestire i sintomi***				
a	Capisci in che modo la malattia del tuo congiunto influisce su di te?	1	2	3	4
b	Capisci che la terapia è solo uno degli aspetti della percorso di vita del tuo congiunto e che non è obbligatoria	1	2	3	4
c	Capisci che i sintomi non devono per forza essere eliminati per iniziare un percorso di recovery	1	2	3	4
e	Sai trovare delle strategie per aiutarlo a prevenire le ricadute e gestire i sintomi più fastidiosi ed a definire le indicazioni da seguire in caso di una sua crisi	1	2	3	4
7	***Assumere il controllo***				
a	Riesci a dare voce alla tua opinione con il tuo congiunto e con ogni individuo interessato al sua progetto terapeutico?	1	2	3	4
b	Ti piace assumere dei rischi per scoprire cose nuove sulla relazione con il tuo congiunto	1	2	3	4
d	Concedi al tuo congiunto la possibilità di commettere degli errori, considerandoli occasioni d'apprendimento per entrambi	1	2	3	4
e	Eviti le minacce ed i ricatti	1	2	3	4
8	***Combattere lo stigma***				
a	Impari insieme al tuo congiunto come gestire lo stigma, difendendovi reciprocamente con strategie condivise	1	2	3	4
b	Non ti vergogni di avere un congiunto affetto da malattia mentale	1	2	3	4
c	Ti piace partecipare alla costruzione di ambienti abilitanti e accoglienti, dei quali condividere l'appartenenza con il tuo congiunto, a cominciare dal Servizio che lo assiste	1	2	3	4
e	Sei consapevole che anche gli altri hanno dei problemi come i tuoi o quelli del tuo congiunto, anche se lo tengono nascosto	1	2	3	4
9	***Maturare empowerment***				
a	Pensi di poter scegliere come organizzare al meglio la tua vita, senza danneggiare quella del tuo congiunto	1	2	3	4
b	Ti senti un cittadino responsabile (ad es. lavorando, votando , pagando le tasse), un genitore responsabile, un buon amico.	1	2	3	4
c	Riesci a restituire l'aiuto ricevuto ad altre persone che stanno affrontando un percorso esistenziale come il tuo congiunto	1	2	3	4
d	Riesci ad assumerti la responsabilità della politica dei servizi di salute mentale nella tua comunità locale	1	2	3	4

Tab3B: Questionario MHSRO 2°Ed – FAMILIARI (parte 2 di 2)

Questionario MHSRO 2°Ed – MANAGER

Mental Health Service Recovery-Oriented.

Forma M: per Manager, Dirigenti, Amministrativi e Committenti dei Servizi di Salute Mentale di Comunità.

Somministrazione Individuale

Autore: Simone Bruschetta (2017)

Rispetto alle seguenti affermazioni segni con una crocetta **quanto l'affermazione si avvicina ai Suoi pensieri, alle Sue opinioni ed alla Sua gestione** utilizzando la seguente scala:

1: PER NIENTE	2: UN POCO	3: MOLTO	4: MOLTISSIMO

1	***Rinnovare la speranza e l'impegno***				
a	Rinforzo l'atteggiamento e le attività degli operatori che favoriscono il benessere e il recovery di tutti gli utenti	1	2	3	4
b	Fornisco formazione teorica e pratica sul recovery sia agli operatori che agli utenti per affermare il valore dei processi di recovery	1	2	3	4
c	Utilizzo le persone in recovery come modelli e fonte di speranza per i pari e per i familiari degli utenti	1	2	3	4
2	***Essere sostenuto dagli altri***				
a	Informo gli operatori sul valore e sulle modalità di sviluppo del sostegno informale e delle reti di sostegno sociale	1	2	3	4
b	Attivo percorsi di formazione anche per gli utenti, per le famiglie e per tutti i membri delle reti informali di sostegno, al fine di favorire lo sviluppo del sostegno tra pari	1	2	3	4
c	Favorisco all'interno del Servizio le pratiche di sostegno informale come l'auto-aiuto o del fare-assieme	1	2	3	4
3	***Trovare il proprio posto nella comunità locale***				
a	Considero l'inclusione nella società l'obiettivo principale delle attività del Servizio e riduco l'intensità di queste con il raggiungimento di questo obiettivo	1	2	3	4
b	Sostengo la nomina di alcuni operatori responsabili delle iniziative di integrazione tra il Servizio e la comunità locale, non collegate direttamente ai servizi di salute mentale	1	2	3	4
c	Stabilisco una misurazione degli esiti che valuti le attività e gli operatori basandosi sulla loro capacità di aiutare le persone a raggiungere i propri obiettivi e realizzare i loro progetti di vita	1	2	3	4
4	***Ridefinire se stessi***				
a	Promuovo e utilizzo un nuovo linguaggio che riflette i principi del recovery e il valore della diversità delle persone	1	2	3	4
b	Creo delle relazioni con le agenzie e gli ambienti della comunità non direttamente coinvolti nei servizi di salute mentale (associazioni di volontariato, comunità religiose, istituzioni publiche, agenzie di formazione, associazioni imprenditoriali, associazioni culturali, ricreative o sportive, ecc.), per fornire agli utenti l'opportunità di sviluppare gli tutti gli aspetti della vita sociale, compresi quelli sessuali e spirituali.	1	2	3	4

Tab4A: Questionario MHSRO 2°Ed – MANAGER (parte 1 di 3)

c	Sostengo la chiara definizione dei criteri per la durata e la conclusione del percorso di assistenza, così come la mappatura delle risorse della comunità locale per fornire chiare l'opportunità di prosecuzione del percorso di recovery anche dopo le dimissioni.	1	2	3	4
5	***Assimilare la malattia***				
a	Quando organizzo seminari o conferenze per gli operatori invito persone in recovery affinché condividano la loro storia	1	2	3	4
b	Valorizzo il contributo delle persone in recovery dando loro responsabilità formative e lavorative, riconoscendo loro un compenso economico per il tempo dedicato alla pianificazione, al miglioramento ed alla valutazione del Servizio	1	2	3	4
c	Organizzo eventi e attività volte alla sensibilizzazione della popolazione circa le malattie mentali e l'accesso tempestivo ad un'assistenza efficace, in modo che l'insorgere di un disturbo mentale di un conoscente, di un amico, o di un familiare non risulti completamente inaspettato o inspiegabile, ma al contrario possa essere subito intercettato da utenti o ex-utenti in recovery, in grado di promuovere fiducia e consapevolezza attraverso la loro personale esperienza.	1	2	3	4
6	***Gestire i sintomi***				
a	Sostengo un'organizzazione di lavoro in cui la gestione dei sintomi intreccia le varie discipline e mira alla riduzione del loro impatto sulle attività della vita quotidiana	1	2	3	4
b	Stabilisco minime pratiche diagnostiche per l'accesso al Servizio ed alle sue attività (evito la valutazione preventiva delle capacità degli utenti o la loro formazione preliminare, ma favorisco la messa alla prova direttamente sul campo) affinché ciascuno possa personalizzare il proprio programma in base alla propria fase evolutiva	1	2	3	4
c	Organizzo una gamma completa di prestazioni che possano rispondere ai bisogni individualizzati degli utenti, tra le quali che, in caso di necessità di un invio, permettano a ciascun utente di trovare nel Servizio, un sostegno adatto all'individuazione di altri servizi più specifici alla propria fase evolutiva ed esigenze alle proprie esigenze di vita.	1	2	3	4
7	***Assumere il controllo***				
a	Stabilisco delle politiche che possano dare alle persone in recovery il massimo delle opportunità di scelta e controllo, evitando delle strategie coercitive e ostili per stimolarne il coinvolgimento	1	2	3	4
b	Raccolgo i dati sul grado di soddisfazione degli utenti, sul Servizio e sul tipo di terapia che adottano, in modo che possano esprimere liberamente i loro feedback e le loro critiche e che possano esercitare la loro libertà di scelta.	1	2	3	4
c	Stabilisco delle procedure formali di gestione dei reclami nel caso di insoddisfazioni verso il Servizio e di prevenzione di maltrattamenti anche da parte di esterni, e informo periodicamente e con attenzione tutti gli interessati sulle modalità di verifica e controllo del rispetto di esse.	1	2	3	4
8	***Combattere lo stigma***				
a	Offro agli operatori, agli utenti, ai familiari e alla comunità locale informazioni sui danni causati dallo stigma, coinvolgendo le persone in recovery affinché si diffonda un linguaggio non stigmatizzante ed etichettante	1	2	3	4

Tab4B: Questionario MHSRO 2°Ed – MANAGER (parte 2 di 3)

b	Coltivo relazioni con i rappresentanti dei media locali e degli enti di formazione per pubblicizzare e diffondere la cultura della salute mentale con risvolti positivi	1	2	3	4
c	Stabilisco delle modalità organizzative che permettano di creare dei collegamenti con altri servizi di salute mentale, altre associazioni scientifico-professionali, altre agenzie sociali della comunità locale, per eliminare lo stigma nella mia rete di scambio professionale.	1	2	3	4
9	***Maturare empowerment***				
a	Istituisco dei tavoli di consultazione e partecipo a tavoli di concertazione attraverso cui gli utenti del Servizio possano avere una reale influenza sulla pianificazione e sul miglioramento dei servizi della comunità locale	1	2	3	4
b	Fornisco formazione e richiedo che il personale sia ben informato sulle leggi relative alla salute mentale e sulla disabilità, al fine di coinvolgere direttamente gli utenti ed i familiari nelle attività di pianificazione, miglioramento e valutazione dei servizi della comunità locale	1	2	3	4
c	Sostengo lo sviluppo di progetti di recovery centrati sulla persona nella comunità locale e nella comunità scientifica, al fine di coinvolgere direttamente gli utenti ed i familiari nelle attività di consultazione e concertazione locale sulla programmazione dei servizi di salute mentale	1	2	3	4

Tab4C: Questionario MHSRO 2°Ed – MANAGER (parte 3 di 3)

Questionario MHSRO 2°Ed – COMUNITARIO

Mental Health Service Recovery-Oriented - 2° Edizione.

Forme COM e DEL: per Commissioni o Gruppi di Valutatori in Audit Comunitario Interno e per Osservatori o Delegazioni Esterne di Valutatori in Visita nei Servizi di Salute Mentale di Comunità.

Somministrazione Collettiva e Individuale

Autore: Simone Bruschetta (2017)

Rispetto alle seguenti affermazioni segni con una crocetta **quanto l'affermazione si avvicina alla Sua o alle Vostre Osservazioni ed Esperienze nel Servizio** utilizzando la seguente scala:

1: PER NIENTE	2: UN POCO	3: MOLTO	4: MOLTISSIMO

1	**Rinnovare la speranza e l'impegno**				
a	Gli operatori prestano le dovute attenzioni tanto agli utenti che stanno ottenendo buoni risultati quanto a coloro che incontrano maggiori difficoltà	1	2	3	4
b	Gli operatori hanno fiducia nel fatto che tutte le persone possono entrare in un processo di recovery	1	2	3	4
c	Gli operatori prestano le dovute attenzioni anche ai familiari degli utenti	1	2	3	4
2	**Essere sostenuto dagli altri**				
a	Le prestazioni vengono fornite in un contesto informale ed in ambienti di vita quotidiana	1	2	3	4
b	Il Servizio facilita ed utilizza il sostegno tra pari	1	2	3	4
c	Gli operatori, gli utenti ed i familiari fanno molto affidamento sugli aiuti informali	1	2	3	4
3	**Trovare il proprio posto nella comunità locale**				
a	Il Servizio sostiene la costruzione di relazioni con il vicinato e la comunità locale	1	2	3	4
b	Gli operatori aiutano gli utenti ed i familiari a partecipare ad attività non collegate ai servizi di salute mentale	1	2	3	4
c	Gli interventi effettuati vanno oltre la gestione dei sintomi e della malattia e si concentrano sugli obiettivi personali ed il progetto di vita degli utenti (interessi, casa, lavoro, affetti).	1	2	3	4
4	**Ridefinire se stessi**				
a	Gli operatori sono eterogenei per cultura, professionalità, stili di vita, interessi	1	2	3	4
b	Agli utenti e ai familiari viene fornita l'opportunità di parlare di questioni sessuali e spirituali	1	2	3	4
c	Vengono definiti in modo chiaro i criteri per la durata e la conclusione del percorso di assistenza	1	2	3	4
5	**Assimilare la malattia**				
a	Il Servizio offre agli amministratori, agli operatori, agli utenti ed i loro familiari occasioni formali per ampliare le proprie conoscenze sul recovery	1	2	3	4
b	Gli utenti in processo di recovery contribuiscono alla formazione degli operatori	1	2	3	4

Tab5A: Questionario MHSRO 2°Ed – COMUNITARIO (parte 1 di 2)

c	Il Servizio promuove le persone che hanno ottenuto successo e felicità nonostante la malattia mentale	1	2	3	4
6	**Gestire i sintomi**				
a	Il Servizio fornisce una varietà di interventi diversi attraverso un'assistenza culturalmente dinamica che riflette la comprensione del contesto sociale in cui avviene il recovery	1	2	3	4
b	Il Servizio propone prestazioni e progetti specifici per ciascun utente, personalizzati sulla sua specifica fase evolutiva	1	2	3	4
c	Vengono definiti in modo chiaro i criteri per l'invio ad altri servizi di salute mentale più adeguati alla specifica fase evolutiva dell'utente	1	2	3	4
7	**Assumere il controllo**				
a	Gli utenti possono scegliere l'operatore di riferimento e decidere di cambiarlo	1	2	3	4
b	Gli utenti possono scegliere il tipo di terapia più adatta alle loro esigenze	1	2	3	4
c	Gli operatori e gli amministratori non attuano minacce e ritorsioni e non accettano che gli utenti le subiscano dai loro familiari o da altri	1	2	3	4
8	**Combattere lo stigma**				
a	Il Servizio evita l'utilizzo di un linguaggio stigmatizzante ed etichettante	1	2	3	4
b	Il Servizio fornisce agli operatori ed agli amministratori formazione specifica sulla malattia mentale	1	2	3	4
c	Il Servizio fornisce alla comunità locale interventi di informazione, formazione e sensibilizzazione sulla malattia mentale, volti a combattere ed eliminare lo stigma sulla sofferenza mentale	1	2	3	4
9	**Maturare empowerment**				
a	Gli operatori sostengono gli utenti e i familiari nell'accesso alle risorse della comunità locale	1	2	3	4
b	Gli utenti ed i familiari sono coinvolti in attività di pianificazione, miglioramento e valutazione dei servizi della comunità locale	1	2	3	4
c	Gli utenti ed i familiari partecipano ad attività di consultazione e concertazione locale sulla programmazione dei servizi di salute mentale	1	2	3	4

Tab5B: Questionario MHSRO 2°Ed – COMUNITARIO (parte 2 di 2)

Bibliografia

1) Bruschetta S., Barone R. (2013), Salute mentale come bene comune. Buone prassi comunitarie per lo sviluppo della salute mentale, in Barone R., Bruschetta S., D'Alema M. (a cura di), L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale. FrancoAngeli, Milano.

2) Bruschetta S., Barone R. (2014), Sviluppo locale orientato alla salute mentale. Programmi di intervento comunitario e di intermediazione sociale, in Barone R., Bruschetta S., Frasca A. (a cura di), Gruppoanalisi e Sostegno all'Abitare. FrancoAngeli, Milano.

3) Bruni L., Zamagni S. (2004), Economia Civile. Il Mulino, Bologna.

4) Cardamone, G., Zorzetto S. (2000), Salute mentale di comunità. Elementi di teoria e pratica. 2000. Milano, FrancoAngeli

5) Haigh R., Harrison T., Johnson R., Paget S., Williams S., (2012), Psychologically informed environments and the “Enabling Environments” initiative. Housing, Care and Support, Vol. 15, No. 1, pp. 34-42

6) Bruschetta, S., Bellia, V. and Barone, R. (2015), Manifesto per una psicoterapia di comunità. RivistaPlexus, 12, pp. 33-47. Website: http://www.rivistaplexus.eu

7) Bruschetta, S., Frasca, A. and Barone, R. (2016), Verso Servizi Comunitari di Salute Mentale Recovery-Oriented. Nuova Rassegna Studi Psichiatrici, Vol.13 N. 1.

8) Bruschetta, S. (2017a). Il Gruppo Multifamiliare come dispositivo di lavoro per una Democratic Peer Accreditation delle Comunità Terapeutiche. Nuova Rassegna Studi Psichiatrici. 2017; Vol.14 N. 1.

9) Bruschetta S. (2017b), Il Setting Psicoterapeutico Comunitario del Gruppo Appartamento. La definizione operativa utilizzata dal Programma di Accreditamento di Qualità Scientifico-Professionale "Progetto Visiting DTC". Nuova Rassegna Studi Psichiatrici. 2017; Vol.15 N. 1.

10) Bruschetta S. (2017c), La Valutazione di Qualità Comunitaria dei Dispositivi di Sostegno all’Abitare in Salute Mentale. Modello Teorico e Strumenti di Valutazione del Programma di Accreditamento di Qualità Scientifico-Professionale "Progetto Visiting DTC". Nuova Rassegna Studi Psichiatrici. 2017; Vol.15 N. 1.

11) Bruschetta, S. and Barone, R. (2015). Democratic Therapeutic Community in a network of “Enabling Environments”: transformations of psychotherapeutic residential services in social postmodern crisis. Academic Journal of Interdisciplinary Studies, Vol 4, No 2 S2, pp.259-263. https://doi.org/10.5901/ajis.2015.v4n2s2p259

12) Bruschetta, S. and Barone, R. (2016). Group-apartments for recovery of people with psychosis in Italy: Democratic therapeutic communities in post-modern social communities. Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities, Vol. 37 Iss: 4, pp.213-226. https://doi.org/10.1108/tc-03-2016-0008

13) Bruschetta, S., Frasca, A. (2016). Il “Progetto Visiting DTC” per l’Accreditamento di Qualità Scientifico Professionale Tra-Pari delle Comunità Terapeutiche del Servizio di Salute Mentale delle ASL dell’Area Vasta Sud-Est della Regione Toscana. Nuova Rassegna Studi Psichiatrici. 2016; Vol.13 N. 1.

14) Davidson, L., and Strauss, J. S. (1995). Beyond the biopsychosocial model: Integrating disorder, health, and recovery. Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes, 58(1), 44-55.

15) Davidson, L., Shaw, J., Welborn, S., Mahon, B., Sirota, M., Gilbo, P., McDermid, M., Fazio, J., Gilbert, C., Breetz, S., Pelletier, JF. (2010), "I don't know how to find my way in the world": contributions of user-led research to transforming mental health practice. Psychiatry, 73(2), 101-13.

16) Whitley R., Drake RE. (2010), Recovery: a dimensional approach. Psychiatr. Serv.; 61(12): 1248-1250.

17) Davidson, L., Tondora, J., Lawless, M.S., O’Connell, M.J. and Rowe, M. (2009). A Practical Guide to Recovery-Oriented Practice: Tools for Transforming Mental Health Care. Oxford University Press, Inc.

18) Latimer E.A., Bond G.R., Drake R.E. (2011), Economic Approaches to Improving Access to Evidence-Based and Recovery-Oriented Services for People with Severe Mental Illness. Canadian Journal of Psychiatry; n. 56(9): pp. 523-529.

19) Davidson L., Drake RE., Schmutte T., et al. (2009), Oil and water or oil and vinegar? Evidence-based medicine meets recovery. Community Ment Health J.; 45(5): 323-332.

20) Davidson, L., Tondora, J., Staeheli, M., O'Connell, M.J., Frey, J. and Chinman, M.J. (2006). Recovery Guides: an Emerging Model of Community-Based Care for Adults with Psychiatric Disabilities. In Lightburn, A. and Sessions, P. (Eds.), Community Based Clinical Practice. London: Oxford University Press.

21) Deegan PE., Drake RE. (2006), Shared decision making and medication management in the recovery process. Psychiatr. Serv.; 57(11): 1636-1639.

22) Deegan PE. (2010), A web application to support recovery and shared decision making in psychiatric medication clinics. Psychiatr Rehabil J.; 34(l): 23-28.

23) Adams JR., Drake RE., Wolford GL. (2007), Shared decision-making preferences of people with severe mental illness. Psychiatr Serv.; 58(9): 1219-1221.

24) Doughty C., Tse S. (2011), Can consumer-led mental health services be equally effective? An integrative review of CLMH services in highincome countries. Community Ment Health J.; 47(3): 252-266.

25) Simpson EL., House AO. (2002), Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. BMJ.; 325(7375): 1265.

26) Slade M (2009). Personal Recovery and Mental Illness A Guide for Mental Health Professionals. Cambridge University Press, New York (NY).

27) Slade M. (2009), 100 ways to support recovery: a guide for mental health professionals. In: Rethink, editor. Rethink recovery series. Vol 1. London (GB): Rethink; 2009.

28) O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). From rhetoric to routine: Assessing recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. Psychiatric Rehabilitation Journal, 28, 378-386

29) Bedregal, L. E., O'Connell, M., & Davidson, L. (2006). The Recovery Knowledge Inventory: Assessment of mental health staff knowledge and attitudes about recovery. Psychiatric Rehabilitation Journal, 30(2), 96–103.

30) Bruschetta, S., Barone, R. and Frasca, A. (2014). La ricerca sui gruppi comunitari in salute mentale. FrancoAngeli, Milano.

© 2010-2018 - Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici - Termini di utilizzo