

DIREZIONE GENERALE  
CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

IL DIRETTORE  
LORENZO BROCCOLI

Ai Direttori Generali  
Ai Direttori Sanitari  
Ai Direttori Assistenziali  
Ai Direttori dei Dipartimenti di Salute mentale e  
Dipendenze Patologiche  
Ai Responsabili delle Professioni sanitarie dei DSM-DP  
Ai Direttori Centri Salute mentale  
Ai Direttori Servizi per le Dipendenze patologiche

p.c.  
Ai Direttori/Coordinatori Psicologia

delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna

CIRCOLARE N.4-2026

**Oggetto:** Linee di indirizzo regionali per la valorizzazione del ruolo delle professioni sanitarie nella pianificazione dei percorsi riabilitativi-assistenziali e per l'applicazione della codifica ICD10 nei servizi di Salute mentale e Dipendenze patologiche.

L'evoluzione dei Dipartimenti di Salute mentale e Dipendenze patologiche richiede modelli organizzativi fondati su integrazione, multidisciplinarietà e misurabilità degli esiti. In tale contesto, la valorizzazione delle professioni sanitarie rappresenta un elemento strategico per garantire qualità, continuità e coerenza nei percorsi di cura e riabilitazione.

Le presenti Linee di indirizzo intendono valorizzare il ruolo delle professioni sanitarie nell'ambito della Salute mentale e delle Dipendenze patologiche, con particolare riferimento all'area riabilitativo-assistenziale, componente essenziale di una presa in carico realmente integrata e coordinata con i trattamenti farmacologico o psicoterapici.

Negli ultimi anni si è progressivamente consolidata la consapevolezza che la riduzione della sintomatologia, pur fondamentale, non esaurisce i bisogni delle persone in cura. Il disagio psichico si intreccia con dimensioni sociali, relazionali, lavorative ed esistenziali che richiedono interventi strutturati, competenze specifiche e un'organizzazione capace di integrare i diversi apporti professionali.

Le modalità proposte rafforzano il passaggio al **modello centrato sulla persona, orientato alla recovery e alla valorizzazione del funzionamento globale**. In questa prospettiva, l'intervento

riabilitativo non rappresenta un complemento, ma un asse portante del percorso di cura, finalizzato a contrastare i processi di cronicizzazione e a promuovere partecipazione, autonomia e inclusione sociale.

Le Linee di indirizzo allegate alla presente circolare costituiscono l'esito del lavoro del gruppo regionale dei referenti delle professioni sanitarie, e che hanno seguito un percorso formativo regionale volto a rafforzare la condivisione del linguaggio clinico-assistenziale e la capacità di lettura dei bisogni di salute. Tale modalità operativa consente di rendere più chiari ruoli, responsabilità e strumenti di valutazione, sostenendo il contributo specifico delle professioni sanitarie e favorendo una presa in carico coerente con un modello bio-psico-sociale ed esistenziale, capace di coniugare trattamento clinico e progetto di vita.

Le Linee di indirizzo sono destinate ai Servizi della Salute mentale adulti e delle Dipendenze patologiche dei DSM-DP. Al momento non è prevista l'applicazione alla Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, in quanto tale ambito risulta già strutturato attraverso percorsi definiti, interventi standardizzati e una chiara attribuzione dei ruoli professionali.

Nell'area adulti, anche attraverso l'utilizzo della scala HoNOS, si intende promuovere una modalità di valutazione e di intervento maggiormente strutturata e condivisa tra i servizi, oggi non ancora pienamente omogenea sul territorio regionale. Le Linee di indirizzo potranno tuttavia rappresentare un utile riferimento nei passaggi tra Neuropsichiatria infanzia e adolescenza e Servizi per gli adulti al fine di garantire continuità, coerenza progettuale e integrazione degli interventi nel delicato momento della transizione.

Si inviano le seguenti Linee di indirizzo per il recepimento nei Servizi del DSM-DP.

Cordiali saluti.

Lorenzo Broccoli  
(firmato digitalmente)

# Linee di Indirizzo regionali per la valorizzazione del ruolo delle professioni sanitarie nella pianificazione dei percorsi riabilitativi-assistenziali e per l'applicazione della codifica ICD-10 nei Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche





Le presenti Linee di Indirizzo sono state elaborate  
dal Gruppo di lavoro Regionale costituito da:

*Responsabile del Progetto, Annamaria Nasi - Ausl-IRCCS di Reggio Emilia*  
*Supporto Operativo al Responsabile del Progetto, Anna Ghirardello - Ausl-IRCCS di Reggio Emilia*  
*Supporto Metodologico, Monica Guberti, IRCCS - Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna*

**Ausl-IRCCS di Reggio Emilia**  
*Matteo Nassisi, Luca Pingani*

**Ausl di Piacenza**  
*Giovanna Cammi, Lorena Miserotti*

**Ausl di Parma**  
*Emanuela Bassi*

**Ausl di Modena**  
*Rocco Vergine*

**Ausl di Bologna**  
*Franca Bianconcini, Monica Covili, Gianfranco Preiti*

**Ausl di Imola**  
*Carla Berti*

**Ausl Romagna**  
*Simona Arlotti, Sabrina Casadei, Elena Dosi*

**Ausl Ferrara**  
*Lorenzo Benini, Nico Landi, Sara Ricchi*

**Regione Emilia-Romagna**  
**Area Salute mentale, Dipendenze patologiche, Salute nelle carceri**  
*Claudia Nerozzi*



# Indice

Introduzione	<i>pag. 7</i>
Il Progetto	<i>pag. 8</i>
L'adozione del sistema ICD-10	<i>pag. 9</i>
La scala di valutazione HoNOS e impostazione del progetto	<i>pag. 11</i>
Budget di salute e determinanti sociali di salute	<i>pag. 14</i>
I determinanti sociali di salute	<i>pag. 15</i>
Dominio demografico	<i>pag. 18</i>
Dominio economico	<i>pag. 18</i>
Dominio ambiente/contesto territoriale	<i>pag. 19</i>
Dominio eventi ambientali/climatici	<i>pag. 20</i>
Dominio sociale e culturale	<i>pag. 20</i>
Indicazioni regionali per la valorizzazione del ruolo delle professioni sanitarie nella pianificazione dei percorsi riabilitativi- assistenziali e per l'applicazione della codifica ICD-10 nei Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche	<i>pag. 22</i>
1. Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati	<i>pag. 24</i>
2. Comportamenti liberatamente autolesivi	<i>pag. 35</i>
3. Problemi legati all'assunzione di alcol o droghe	<i>pag. 44</i>
4. Problemi cognitivi	<i>pag. 51</i>
5. Problemi di malattia somatica o di disabilità fisica	<i>pag. 63</i>
6. Problemi legati ad allucinazioni e deliri	<i>pag. 73</i>
7. Problemi legati all'umore depresso	<i>pag. 84</i>
8. Altri problemi psichici e comportamentali (ansia e fobie, ossessioni e compulsioni, sintomi somatoformi, problemi dell'alimentazione, disturbi del sonno, problemi sessuali, umore euforico)	<i>pag. 95</i>
9. Problemi relazionali	<i>pag. 111</i>
10. Problemi nelle attività della vita quotidiana	<i>pag. 118</i>
11. Problemi nelle condizioni di vita	<i>pag. 125</i>
12. Problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative	<i>pag. 132</i>
References	<i>pag. 139</i>
Appendice A: associazione Item e Codici ICD-10	<i>pag. 158</i>



# Introduzione

Il Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia-Romagna 2017-2019 (DGR 120/2017), tuttora vigente, delinea una visione di welfare territoriale e comunitario fondata sulla partecipazione attiva di persone, istituzioni e reti sociali. Il sistema di welfare regionale viene descritto come un patrimonio condiviso di risorse materiali e immateriali, costruito nel tempo grazie alla collaborazione tra cittadini, amministrazioni e realtà del territorio.

Negli ultimi anni, le trasformazioni economiche e sociali hanno richiesto un'evoluzione del sistema verso un modello più dinamico, inclusivo e partecipato, in cui ogni soggetto – pubblico, privato o della comunità – è chiamato a contribuire alla coesione e al benessere collettivo.

In tale prospettiva, l'ente pubblico mantiene un ruolo centrale di governo e garanzia dell'equità di accesso ai servizi, promuovendo la qualità delle prestazioni e l'integrazione tra politiche sanitarie, sociali e comunitarie. Il Piano riconosce che la tenuta e l'efficacia del welfare dipendono anche dalla collaborazione e dalla responsabilizzazione degli operatori, chiamati a lavorare in équipe multiprofessionali, a condividere conoscenze e a sviluppare una cultura organizzativa basata su proattività, prossimità e innovazione.

In questo quadro, il Piano assegna un ruolo chiave alla valorizzazione delle competenze delle professioni sanitarie, individuandola come condizione essenziale per l'evoluzione dei servizi sociosanitari. Viene infatti sottolineata la necessità di superare il modello medico-centrico per adottare un approccio che riconosca e promuova il contributo di tutte le figure professionali coinvolte nel processo di cura e riabilitazione.

Come affermato nel documento: *«ascoltare e assecondare le espressioni di autoaffermazione diventa un obiettivo prioritario dei servizi sociosanitari»*, e ciò implica la costruzione di relazioni negoziali e collaborative capaci di valorizzare le risorse, le competenze e le energie dei cittadini e degli operatori.

Il lavoro di squadra, la comunicazione efficace e la documentazione condivisa dell'intero processo clinico-assistenziale rappresentano strumenti fondamentali per garantire un'assistenza di qualità, tutelando al contempo il paziente e i professionisti.

In tal senso, la valorizzazione delle professioni sanitarie non è solo un obiettivo organizzativo, ma un elemento strutturale del welfare regionale, che riconosce nella cooperazione interdisciplinare e nella responsabilità condivisa la chiave per la qualità, la continuità e l'equità dei percorsi di cura.

# Il Progetto

Le Linee di Indirizzo costituiscono l'esito di un progetto regionale denominato "Lo sviluppo delle competenze delle professioni sanitarie dei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche nella gestione della documentazione sanitaria" che intende rafforzare la condivisione del linguaggio clinico-assistenziale e la capacità di lettura dei bisogni di salute in un'ottica olistica e multidimensionale, attraverso le seguenti azioni:

- uniformare il linguaggio tramite una codifica condivisa delle problematiche socio-assistenziali-riabilitative affrontate dalle professioni sanitarie;
- l'impiego di strumenti standardizzati per l'assessment e la valutazione degli esiti;
- la gestione integrata dei PDTA;
- definizione di un modus operandi condiviso per la pianificazione dell'assistenza e della riabilitazione dei pazienti nei servizi di salute mentale e dipendenze patologiche;
- implementare il quadro diagnostico degli assistiti attraverso l'utilizzo della classificazione ICD-10, per rappresentare in modo più accurato e condiviso gli aspetti clinici e sociali della condizione di salute;
- implementare un percorso formativo dedicato per la diffusione delle linee di indirizzo a livello regionale.

L'evoluzione dei servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche richiede modelli organizzativi fondati su integrazione, multidisciplinarietà e misurabilità degli esiti. In tale contesto, la valorizzazione delle professioni sanitarie rappresenta un elemento strategico per garantire qualità, continuità e coerenza nei percorsi di cura e riabilitazione.

Attraverso queste azioni, la Regione Emilia-Romagna conferma il proprio impegno nel promuovere una cultura professionale basata sull'integrazione, sulla collaborazione interdisciplinare e sulla documentazione di qualità, elementi fondamentali per la costruzione di percorsi assistenziali orientati alla recovery, all'efficacia e alla centralità della persona.

# L'adozione del sistema ICD-10

La classificazione ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems o Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati, decima revisione*) è un sistema di codifica internazionale elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), utilizzato per classificare malattie, disturbi e cause di morte.

La classificazione ICD nasce con finalità statistiche, epidemiologiche e di salute pubblica, ma nel tempo si è affermata come uno strumento universale di riferimento per la documentazione clinica, la codifica amministrativa e la ricerca scientifica. Oggi consente di rappresentare in modo standardizzato le cause di morte, le diagnosi e i problemi di salute rilevati in contesti ospedalieri, ambulatoriali e territoriali, permettendo analisi e confronti internazionali sull'incidenza e la distribuzione delle patologie.

L'ICD-10 non si limita alla classificazione delle malattie, ma include anche condizioni e fattori che influenzano la salute, come aspetti del contesto sociale, economico e ambientale. Ciò la rende uno strumento fondamentale per una visione olistica della salute pubblica, utile per interpretare i determinanti sociali e contestuali che incidono sui fenomeni morbosi.

I fattori noti come "determinanti della salute" comprendono tutti quegli elementi che, direttamente o indirettamente, influenzano in modo significativo la qualità della vita. Secondo la definizione proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la salute non coincide con la semplice assenza di malattia, ma rappresenta un equilibrio dinamico tra benessere fisico, mentale e sociale. In questa prospettiva, i determinanti di salute comprendono tutto ciò che può contribuire al benessere o, al contrario, al peggioramento delle condizioni di salute degli individui e delle comunità.

In tale quadro, l'ICD-10 assume un valore strategico anche per la lettura e l'analisi dei determinanti di salute, in quanto consente di raccogliere e codificare in modo standardizzato i dati clinici e sociali relativi ai fattori che incidono sullo stato di salute della popolazione. La possibilità di integrare informazioni cliniche, ambientali e socio-economiche permette di comprendere meglio le cause e le dinamiche delle disuguaglianze sanitarie, orientando le politiche di prevenzione, la pianificazione dei servizi e la programmazione degli interventi di salute pubblica.

Nel dettaglio, l'ICD-10 è articolata in 22 capitoli e strutturata attraverso un codice alfanumerico che consente un'elevata granularità nella classificazione delle condizioni cliniche (oltre 2.000 voci diagnostiche). Tra i principali ambiti di utilizzo figurano:

- la documentazione clinica (cartelle, referti, dimissioni ospedaliere);
- la codifica amministrativa e statistica per analisi epidemiologiche e di salute pubblica;
- la sorveglianza sanitaria e la ricerca;
- la valutazione dei costi e dei casemix;
- la sicurezza del paziente, dei farmaci e dei dispositivi medici.

Per rispondere all'esigenza di disporre di un linguaggio condiviso tra i professionisti sanitari e di garantire l'uniformità dei dati a fini informativi, gestionali e di monitoraggio, la Regione Emilia-Romagna ha adottato il sistema di codifica ICD-10 nella cartella informatizzata regionale CURE (Cartella Unica Regionale Elettronica), utilizzata nei Servizi dei Dipartimenti di Salute mentale, Dipendenze patologiche e Psicologia clinica.

La cartella CURE è stata costruita in collaborazione con i professionisti dei DSM-DP delle Aziende USL che hanno fornito le indicazioni per la progettazione in merito agli aspetti clinici e organizzativi, anche al fine di facilitare la creazione di un modello organizzativo di riferimento per la presa in carico assistenziale e riabilitativa delle Professioni Sanitarie.

Attraverso l'integrazione dell'ICD-10 nella cartella CURE, la Regione Emilia-Romagna rafforza la standardizzazione dei processi clinico-assistenziali, promuovendo la tracciabilità, la qualità e la comparabilità dei dati sanitari e facilitando la collaborazione interdisciplinare tra le diverse professioni coinvolte nei percorsi riabilitativi e assistenziali.

# La scala di valutazione HoNOS e l'impostazione del progetto

Il punto di partenza stabilito per sviluppare le Linee di Indirizzo è quello di elaborare un piano assistenziale a partire dalla valutazione iniziale del paziente tramite l'utilizzo della scala di valutazione HoNOS.

La scala HoNOS - Health of Nation Outcome Scales, è una scala per la valutazione della gravità e dell'esito; è rapida e semplice nella compilazione, può coinvolgere diverse categorie di operatori nell'ambito del gruppo multiprofessionale che ha in cura il paziente, prestandosi facilmente ad un uso routinario e costante nel tempo. Prende in considerazione, non solo gli aspetti clinici, ma anche la globalità delle problematiche relazionali e sociali presentate dal paziente psichiatrico, permettendo di rappresentarne la qualità di vita per diversi aspetti: psicopatologici, di salute, familiari e sociali. In tal modo, risulta affidabile e sensibile al miglioramento, al peggioramento o alla mancanza di modificazioni cliniche nel corso del tempo.

Per quanto riguarda l'ambito delle dipendenze patologiche, l'esecuzione della scala HoNOS è utile per consentire una presa in carico coerente e multidisciplinare, in particolare nei casi con comorbidità psichiatrica, e va calata nel contesto operativo del SerDP, integrandola con altri strumenti valutativi specifici e standardizzati per l'uso dannoso e la dipendenza da sostanze e/o comportamenti. La popolazione target per l'utilizzo della scala HoNOS nei SerDP, considerando la variabilità dei quadri clinici, potrà essere definita localmente sulla base delle specificità organizzative ed epidemiologiche.

La scala è composta da 12 item, suddivisi in 4 aree (problemi comportamentali, compromissioni cognitive e fisiche, sintomi psichici che disturbano o limitano il soggetto, problemi ambientali) che nel complesso restituiscono un quadro piuttosto completo del funzionamento del paziente, utile anche per valutare i miglioramenti significativi della salute e del funzionamento sociale dei soggetti in contatto con i servizi psichiatrici, durante e a seguito dei trattamenti ricevuti. Tutti gli item presentano un punteggio da 0 a 4 dove 0=nessun problema e 4=problema da grave a gravissimo.

La HoNOS può essere compilata dall'operatore dopo un'intervista con il soggetto, esaminando e tenendo in considerazione tutte le possibili fonti di informazione. Il periodo da prendere in esame sono le due settimane precedenti sia per i pazienti ambulatoriali sia per quelli ricoverati. Fanno eccezione gli item 11 e 12, per i quali può essere necessario raccogliere informazioni oltre le due settimane.

Vista la facile utilizzazione da parte di tutti i professionisti con conseguenti vantaggi anche sulla condivisione della valutazione e la presenza su CURE di questa scala, la HoNOS è stata scelta proprio dal tavolo di lavoro, come punto di partenza per la programmazione e la valutazione degli obiettivi terapeutici.

L'impostazione del progetto ha previsto poi l'utilizzo della Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD10), e nello specifico i **codici R (R00-R99: Segni, sintomi e dati di laboratorio patologici non altrimenti classificati)** e **Z (Z00- Z99: Fattori che possono influenzare lo stato di benessere)**, che possono essere valorizzati dalle professioni sanitarie.

In particolare, i **codici R** consentono di descrivere segni, sintomi e manifestazioni sintomatologiche osservabili che contribuiscono a qualificare e dettagliare il quadro clinico. I **codici Z** permettono invece di registrare condizioni e fattori personali, sociali e ambientali che possono influenzare lo stato di salute, il benessere e il percorso di cura della persona.

Tali codici sono stati associati a ciascun item della scala di valutazione HoNOS, con l'obiettivo di integrare la misurazione clinica con una classificazione standardizzata delle problematiche rilevate dal professionista sanitario, in un'ottica di supporto e complementarità rispetto all'inquadramento diagnostico formulato dal medico.

A seguito della valutazione di un item con un punteggio che indica la necessità di intervento, viene quindi individuato il corrispondente codice ICD-10 che rappresenta la problematica rilevata. I codici ICD-10 identificati per classificare le problematiche evidenziate dai punteggi HoNOS, sono stati scelti dal gruppo di lavoro regionale. La scelta del codice più appropriato, tra quelli individuati, sarà infine effettuata dal singolo professionista, nel corso della fase di valutazione dell'utente, sulla base delle informazioni cliniche e psicosociali raccolte durante la somministrazione della scala HoNOS.

Durante i diversi momenti di confronto, in linea con l'obiettivo iniziale di garantire un linguaggio comune nell'approccio all'utente e coerenza nella documentazione clinica, si è definito che ciascun item e relativo codice ICD-10 presentino una sezione dedicata agli obiettivi e agli interventi standard strutturati da utilizzare in relazione alla specifica sintomatologia o problematica individuata.

Ad ogni codice potrebbero corrispondere più obiettivi e, per ciascun obiettivo, potranno essere previsti diversi interventi o attività assistenziali, al fine di assicurare una pianificazione personalizzata e al contempo coerente tra i diversi servizi e professionisti coinvolti.

Al momento dell'adozione delle presenti Linee di Indirizzo è in corso la sostituzione della versione ICD-10 2001 adottata in CURE con la nuova versione ICD-10-IM fornita dal Ministero della Salute con il Progetto NSIS-CLASS Nuovi sistemi di classificazione per la codifica delle informazioni cliniche nei sistemi informativi sanitari. Vengono pertanto proposti sia i codici attualmente presenti in CURE, sia i codici della nuova versione ICD-10-IM conosciuti allo stato attuale (termine OPPURE).

Gli obiettivi e gli interventi sono stati selezionati sulla base delle migliori pratiche e delle evidenze scientifiche disponibili, al fine di garantire coerenza metodologica e qualità nell'approccio riabilitativo-assistenziale.

In tal modo sarà possibile definire un Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP), ovvero un progetto riabilitativo individuale, comprendente uno o più programmi terapeutici, declinato in specifici interventi. All'interno del PTRP vengono indicati i professionisti responsabili delle diverse aree di intervento, i setting in cui gli interventi vengono erogati, le tempistiche cliniche e organizzative, nonché la descrizione delle relative procedure operative. Tale progettualità trova la sua applicazione nella nuova sezione della cartella CURE, denominata "Trattamento riabilitativo-assistenziale", concepita dal gruppo di lavoro, per supportare la pianificazione, la tracciabilità e la valutazione delle attività riabilitative nei Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della Regione Emilia-Romagna.

Il nuovo *Trattamento riabilitativo-assistenziale* è descritto nel **Glossario di CURE** come:

*Insieme coordinato di interventi riabilitativi e assistenziali, finalizzati a sostenere, potenziare e monitorare le abilità e i bisogni della persona nel percorso di cura, che non presentano caratteristiche cliniche o competenze esclusive tali da ricondurli ad altri trattamenti specifici.*

Al termine del processo di valutazione, che prevede ripetendo la compilazione della scala HoNOS, l'associazione dei relativi item con le codifiche ICD-10 (R e Z) e l'apertura del progetto riabilitativo individuale, vengono definiti obiettivi e interventi sulla base delle indicazioni contenute nel manuale di riferimento.

La progettazione deve essere prioritariamente orientata agli item della scala per i quali si rilevano livelli di gravità più elevati, in particolare quelli con punteggio pari a 3 o 4, corrispondenti rispettivamente a condizioni di gravità e gravità severa, in quanto indicativi di aree nelle quali risulta necessario uno o più interventi riabilitativi-assistenziali specifici.

A tale fase segue necessariamente la **verifica del progetto riabilitativo**, che dovrà essere effettuata tenendo conto sia delle esigenze organizzative e clinico-assistenziali del servizio, sia degli obiettivi e delle azioni previsti nella progettualità individuale.

La verifica potrà esitare nella prosecuzione del progetto, qualora gli obiettivi e gli interventi risultino ancora coerenti con i bisogni della persona, oppure nella revisione della progettualità, che potrà comportare una rivalutazione degli item della scala, una modifica delle codifiche delle problematiche rilevate e una ridefinizione complessiva degli obiettivi e degli interventi.

# Budget di Salute e determinanti sociali di salute

A sostegno della costruzione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato, si associa il **Budget di Salute** come strumento in grado di potenziare ed implementare modalità organizzative e pratiche di integrazione sociosanitaria per persone con disturbi mentali gravi. Si tratta di un approccio centrato sulla persona, che mette al centro non solo il bisogno clinico, ma anche le risorse e le potenzialità individuali, familiari e sociali. Il suo obiettivo principale è quello di promuovere il benessere complessivo, favorire la recovery e sostenere il funzionamento psicosociale, l'inclusione e la partecipazione attiva alla vita della comunità.

Il Budget di Salute viene attivato dai Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche, in collaborazione con i Servizi Sociali, e si configura come una risposta all'assistenza residenziale, soprattutto nei casi in cui quest'ultima non sia più appropriata, oppure quando il trattamento residenziale si è concluso. In questo senso, il BdS permette di superare il modello tradizionale basato sull'istituzionalizzazione, per favorire invece soluzioni orientate alla domiciliarità, all'abitare supportato e all'integrazione nel contesto sociale e lavorativo.

Il processo riabilitativo personalizzato attivato attraverso il Budget di Salute si articola lungo tre assi fondamentali che rappresentano i pilastri del funzionamento sociale della persona: l'abitare, la socialità e il lavoro, intesi come determinanti essenziali di salute e cittadinanza attiva.

Il primo asse, **Asse Casa/Domiciliarità**, comprende interventi volti a garantire l'accesso a un'abitazione, sia individuale che condivisa, con differenti livelli di supporto in base alle preferenze e ai bisogni delle persone. L'obiettivo è promuovere l'autonomia nella gestione del quotidiano e del proprio ambiente di vita, anche attraverso interventi domiciliari integrati tra servizi sanitarie sociali, a sostegno di chi già vive nel proprio domicilio.

Il secondo asse, **Asse Affettività/Socialità** dove gli interventi sono mirati alla ricostruzione di legami familiari, amicali e comunitari, allo sviluppo delle competenze relazionali e alla promozione di un'identità sociale positiva. Le attività comprendono esperienze culturali, educative, ricreative e sportive, da svolgere nei luoghi di vita della persona o nei centri diurni, valorizzando il coinvolgimento di familiari, cittadini, volontariato e reti del territorio.

Infine, l'**Asse Formazione/Lavoro** comprende tutte quelle azioni finalizzate a favorire l'inclusione sociale e l'autonomia attraverso l'attività lavorativa. Ciò avviene tramite percorsi di formazione, tirocini e inserimenti lavorativi sostenuti dalla normativa vigente, con l'obiettivo di promuovere la partecipazione piena e attiva alla vita della comunità.

## I determinanti sociali di salute

I disturbi mentali sono sempre più riconosciuti come fortemente influenzati da fattori sociali (Lund et al., 2018). I determinanti della salute mentale includono sia caratteristiche individuali, come la capacità di gestire emozioni, pensieri e relazioni, sia condizioni strutturali e contestuali, come fattori sociali, economici, culturali, ambientali e politici (World Health Organization, 2013).

Tra questi, assumono particolare rilievo la protezione sociale, le condizioni abitative e lavorative, lo standard di vita, le politiche pubbliche e il supporto fornito dalla comunità.

L'OMS nel *Mental health action plan 2013 – 2020*, ha definito i determinanti sociali della salute come “i fattori non-medici che influenzano gli esiti di salute. Sono le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano, assieme al più ampio insieme di forze e di sistemi che costituiscono le condizioni della vita quotidiana e che includono le politiche e i sistemi economici, gli obiettivi di sviluppo, le norme sociali, le politiche sociali e i sistemi politici”. Questa definizione evidenzia una visione sistemica della salute, dove elementi culturali e ambientali contribuiscono in modo diretto e indiretto al benessere: dall'esposizione ad agenti nocivi alla mancanza di alfabetizzazione sanitaria, dalla difficoltà di accesso alle cure per ragioni economiche a stili di vita non salutari, passando per isolamento, solitudine, discriminazione e stigma (Fabrizio Starace, 2024).

L'esposizione ad avversità precoci, ad esempio durante l'infanzia, è un fattore di rischio ben documentato e prevenibile. Alcuni gruppi sociali sono particolarmente vulnerabili, come le persone che vivono in povertà, con malattie croniche, minori maltrattati o abbandonati, adolescenti che fanno uso di sostanze, minoranze etniche e sessuali, popolazioni indigene, anziani, vittime di discriminazione, persone in carcere, migranti forzati o soggetti coinvolti in conflitti o disastri (World Health Organization, 2013).

I determinanti sociali della salute mentale rappresentano oggi gli obiettivi di intervento più modificabili per la promozione del benessere mentale e la prevenzione dei disturbi. Essi comprendono l'insieme di condizioni strutturali che influiscono sulla salute mentale lungo tutto il ciclo di vita, come reddito, istruzione, occupazione, sicurezza alimentare, accesso ai servizi, ambiente fisico e supporto sociale. Le possibilità individuali di essere esposti a fattori protettivi o dannosi dipendono dalla distribuzione di risorse, potere e denaro a livello globale e locale, che è a sua volta plasmata dalle scelte politiche. Tali disuguaglianze si riproducono spesso attraverso sistemi di potere e istituzioni che generano disparità intergenerazionali nella salute e nelle opportunità (Kirkbride et al., 2024).

Tra i fattori sociali più frequentemente associati a rischio di malattia mentale, la letteratura include (*Fabrizio Starace, 2024*):

- la discriminazione e l'esclusione sociale;
- le esperienze infantili avverse;
- il basso livello di istruzione;
- la disoccupazione e la precarietà lavorativa;
- il vivere in aree deprivate;
- l'abitudine al fumo;
- la scarsa disponibilità di cibo e beni primari;
- condizioni abitative precari, sovraffollate o di bassa qualità;
- le difficoltà di accesso alle cure;
- l'isolamento fisico;
- la violenza intrafamiliare e la violenza assistita;
- l'esposizione a conflitti o guerre durante l'infanzia;
- il sessismo e altre forme di discriminazione non etniche;
- il malessere lavorativo.

Alla luce di ciò, appare evidente che agire sui determinanti sociali rappresenta una leva fondamentale per interrompere i meccanismi che generano sofferenza mentale e disagio sociale. Le stesse aree caratterizzate da privazione materiale, educativa, relazionale ed emotiva tendono a essere teatro non solo di maggior incidenza di patologie fisiche e mentali, ma anche di marginalità sociale, comportamenti devianti e forme di criminalità organizzata. L'analisi dei contesti sociali e ambientali, insieme alla comprensione delle dinamiche psicologiche e delle traiettorie comportamentali individuali, offre indicazioni preziose per strategie di prevenzione mirata. Queste strategie dovrebbero guidare l'azione coordinata delle istituzioni sanitarie e delle agenzie sociali, orientando gli interventi là dove il rischio è maggiore e il potenziale di cambiamento più concreto (*Fabrizio Starace, 2024; Fusar-Poli et al., 2021*).

Le indicazioni dell'OMS nel *Mental health action plan 2013 – 2020* inseriscono i determinanti sociali della salute mentale in diversi obiettivi, sostenendo una sinergia consapevole e finalizzata tra le agenzie sociali e di salute ai diversi livelli locali, nazionali e transnazionali. Tali principi di inquadramento del lavoro tra diversi contributi e responsabilità potrebbero fornire un orientamento di lavoro valido su cui porre attenzione, ad esempio: la trasversalità dei diversi settori: sanità, istruzione, lavoro, welfare, servizi sociali, politiche per la casa, trasporti; approccio esteso all'intero corso della vita e specifico per le diverse fasi; integrazione tra salute fisica e salute mentale; programmazione e verifica dei risultati delle azioni sul lungo periodo; informazione accurata, aggiornata e uniforme sui contesti di intervento per dare orientamento alle azioni.

Una delle pratiche più significative di innovazione sociale in Italia è il **Budget di Salute**, adottato in diversi contesti come strumento trasformativo dei sistemi sociosanitari locali. Questa modalità di intervento rappresenta un passaggio concreto verso un welfare che riconosce e valorizza la persona nel suo contesto di vita, non come utente passivo ma come soggetto attivo nei percorsi di cura.

I suoi principali obiettivi sono (Regione Emilia-Romagna, 2016b):

- Progettare interventi individualizzati, adeguati alla specificità dei casi trattati.
- Integrare efficacemente la rete dei servizi, garantendo risposte tempestive, coordinate e durature.
- Sostenere la domiciliarità e valorizzare il lavoro di cura familiare, coinvolgendo attivamente associazioni, volontariato, terzo settore e imprese sociali.
- Rafforzare il legame con la comunità civile, promuovendo inclusione e cittadinanza attiva.
- Prevenire la cronicizzazione e ridurre i ricoveri impropri, favorendo percorsi di autonomia e qualità della vita.

Affinché questo modello sia realmente efficace, è essenziale investire nella costruzione di culture professionali condivise, in cui chi opera nei servizi – professionisti sanitari della salute mentale e delle dipendenze patologiche – si senta riconosciuto, protetto e supportato. Solo un contesto organizzativo sicuro e collaborativo consente ai professionisti di agire con competenza e flessibilità, orientando le proprie pratiche non solo all'erogazione di prestazioni, ma alla centralità della persona assistita, non solo come individuo a sé, a come persona all'interno di un contesto.

Ciò implica il superamento di logiche rigidamente redistributive o standardizzate, a favore di modelli capaci di promuovere la corresponsabilità, la costruzione di senso condiviso e la partecipazione attiva. In questo modo, i professionisti diventano facilitatori di percorsi di autonomia e inclusione, mentre i cittadini possono sentirsi coinvolti e protagonisti delle risposte che li riguardano.

Sulla base della letteratura esistente (*Fabrizio Starace, 2024; Lund et al., 2018*), è possibile individuare **cinque domini chiave** dei determinanti sociali dei disturbi mentali, identificati attraverso i principali dati epidemiologici disponibili: il dominio demografico, quello economico, il contesto territoriale/ambientale, gli eventi ambientali e climatici, e infine il dominio sociale e culturale.

## Dominio demografico

I fattori demografici come genere, età ed etnia influenzano in modo significativo il rischio di sviluppare disturbi mentali:

- Il **genere femminile** è associato a un maggiore rischio di depressione, ansia e disturbi alimentari, mentre il **genere maschile** è più esposto a disturbi da uso di sostanze e a disturbi comportamentali e dello sviluppo nell'infanzia (come ADHD, autismo e schizofrenia precoce).
- Anche se le **adolescenti** si autolesionano più frequentemente, i ragazzi hanno un tasso di suicidio più alto.
- Nell'**età avanzata** si registra una maggiore prevalenza di demenza e depressione
- L'**etnia** minoritaria e la **migrazione** sono correlate a un rischio aumentato di disturbi mentali, spesso a causa di discriminazione, esclusione sociale e fattori culturali. I migranti presentano una vulnerabilità particolare a disturbi come psicosi, depressione post-partum e ansia infantile.
- Nei **bambini e adolescenti**, la discriminazione razziale è fortemente associata alla comparsa di sintomi depressivi.

## Dominio economico

- **Povertà.** È fortemente associata a un aumento della prevalenza di depressione, ansia e ideazione suicidaria in adulti e adolescenti, in tutti i paesi. Gli effetti sono più marcati tra donne, adolescenti e persone con malattie croniche. L'associazione tra povertà e disagio psichico è bidirezionale: da un lato la povertà può contribuire all'insorgenza di disturbi mentali (causalità sociale), dall'altro la presenza di disturbi mentali può portare a un progressivo peggioramento delle condizioni economiche e sociali (deriva sociale). Questa interazione agisce lungo tutto l'arco della vita, dall'infanzia alla vecchiaia.
- **Disoccupazione, basso reddito e debiti.** Sono correlati a un peggioramento della salute mentale e a un aumento del rischio suicidario, specialmente nei paesi a basso e medio reddito. L'occupazione rappresenta un fattore protettivo, legato a migliore qualità della vita, riduzione dei sintomi psichiatrici e aumento dell'autostima, anche tra persone con schizofrenia o disturbo bipolare.
- **Condizioni abitative precarie.** Abitazioni sovraffollate, instabili o di scarsa qualità sono associate a maggiori disturbi mentali negli adulti e nei bambini. L'assenza di una casa è un fattore critico per ansia, depressione e suicidio nei minori.
- **Sicurezza alimentare e nutrizione.** La insicurezza alimentare è legata a disturbi mentali comuni negli adulti, mentre una nutrizione inadeguata compromette lo sviluppo cognitivo e socio-emotivo nei bambini.

- **Disuguaglianza economica.** Nei paesi con maggiore disuguaglianza si osservano più depressione, ansia, uso di sostanze, peggior benessere infantile e maggiore incidenza di psicosi (soprattutto in contesti ad alto reddito).
- **Crisi economiche e instabilità macroeconomica.** Sono associate a maggiore depressione, ansia, suicidio e abuso di alcol, soprattutto per via dell'impatto su occupazione, reddito e reti sociali.
- **Interventi economici e sociali.** Programmi come trasferimenti monetari, interventi occupazionali e housing sociale hanno mostrato benefici concreti sulla salute mentale, anche se con risultati talvolta contrastanti.

## Dominio ambiente/contesto territoriale

I **quartieri/contesto territoriale** sono sistemi complessi di fattori di rischio ambientale, tra cui: sicurezza percepita, deprivazione socioeconomica locale, accesso a strutture ricreative, disponibilità di servizi.

- **Deprivazione socioeconomica a livello di quartiere.** Aumenta il rischio di disturbi psicotici, depressione, disturbi mentali nei giovani (10–20 anni) e declino cognitivo negli anziani; è legata a maggiori fattori di stress (violenza, disoccupazione, mancanza di risorse) e minori supporti sociali; può anche derivare dalla deriva sociale (migrazione di persone con disagio mentale verso aree più povere).
- **Ambiente urbano.** È associato a un aumento del rischio di schizofrenia, depressione e ansia; l'ambiente costruito (urbanistica, camminabilità, spazi ricreativi) può ridurre depressione e abuso di alcol; segregazione razziale e instabilità della comunità aumentano il rischio di depressione e psicosi.
- **Densità etnica.** Vivere in aree con una forte presenza del proprio gruppo etnico può ridurre il rischio di disturbi mentali, grazie a maggiore supporto sociale e senso di identità.
- **Sicurezza e criminalità nel quartiere.** La paura del crimine influisce negativamente sulla salute mentale; l'esposizione a violenza comunitaria è legata a PTSD, in tutti i contesti socioeconomici.
- La **violenza nei quartieri** è associata a abuso di sostanze, comportamenti aggressivi e bullismo, depressione, ansia, PTSD, compromissioni nello sviluppo. (Cause più profonde della violenza comunitaria: densità abitativa elevata, struttura familiare fragile, mancanza di istituzioni e reti sociali solide, condizioni abitative degradate).
- **Interventi di salute mentale comunitari.** Azioni come rafforzamento delle reti sociali, comportamenti prosociali e mobilitazione della comunità sono associate a una riduzione del consumo di sostanze.

## Dominio eventi ambientali/climatici

Gli eventi ambientali sono gravi interruzioni della vita comunitaria che superano la capacità della comunità di rispondere con risorse proprie (es. disastri naturali, conflitti, crisi climatiche, migrazioni forzate, inquinamento industriale).

- **Disturbi mentali associati.** Le condizioni più frequenti dopo eventi ambientali sono: PTSD (disturbo post-traumatico da stress, ansia generalizzata, depressione, abuso di sostanze (soprattutto in soggetti vulnerabili), sintomi psicosomatici, disturbi del sonno, alterazioni emotive nei bambini (con conseguenti comportamenti disfunzionali e regressivi e compromissione dello sviluppo).
- **Contesti ad alto rischio.** Guerre, conflitti armati, tratta di esseri umani, migrazioni forzate sono associati a disturbi mentali gravi e persistenti specialmente al PTSD e alla depressione. Anche disastri naturali e rischi ambientali ecosistemici sono associati ad alti tassi di ansia generalizzata, depressione e suicidio.
- **Fattori di rischio legati all'individuo.** Esposizione elevata all'evento, disturbi mentali preesistenti, genere femminile, giovane età e anziani, essere single, status socioeconomico e culturale basso, disoccupazione, appartenenza a minoranze. Aggravanti per i migranti forzati: violenza subita prima, durante o dopo la migrazione, condizioni di vita precarie, perdita di status sociale, barriere linguistiche e culturali.
- Il **supporto sociale** (rete familiare, comunità, legami di fiducia) rappresenta un importante fattore protettivo.

## Dominio sociale e culturale

Il dominio sociale e culturale comprende: l'istruzione, le relazioni familiari e tra pari, il capitale sociale, le reti sociali, la cultura, l'appartenenza a gruppi sociali.

- **Istruzione e alfabetizzazione.** Bassi livelli di istruzione sono associati a: aumento del rischio di demenza, depressione e suicidio (soprattutto negli uomini), depressione in età senile e nei giovani che non completano la scuola, ridotta coesione sociale, scarso capitale sociale e stress cronico. L'istruzione è considerata protettiva, poiché favorisce la riserva cognitiva e la resilienza cerebrale.
- **Relazioni familiari e di coppia.** Relazioni di coppia non funzionali sono associate a depressione, ansia e PTSD. Il basso supporto emotivo e pratico e l'essere non coniugati aumentano il rischio di disturbi mentali e ideazione suicidaria, soprattutto tra le donne. Al contrario, supporto percepito e relazioni soddisfacenti riducono il rischio di depressione e ansia. Programmi di amicizia e supporto sociale sono efficaci nel ridurre la depressione.

L'ambiente familiare negativo influisce sullo sviluppo di: problemi comportamentali, disturbo oppositivo-provocatorio, ansia, depressione e abuso di sostanze.

- **Capitale sociale e reti sociali.** L'appartenenza a gruppi sociali rafforza il supporto reciproco e il senso di connessione, al contrario, la perdita di identità culturale – ad esempio nei migranti forzati – è associata a esiti negativi per la salute mentale. Un elevato capitale sociale, in particolare cognitivo (fiducia nella comunità, partecipazione attiva), è protettivo contro depressione e disturbi comuni, soprattutto negli anziani. Le persone con psicosi presentano reti sociali più deboli anche prima dell'esordio del disturbo.
- **Discriminazione e bullismo.** Sono associati a: aumento dello stress, sintomi depressivi, problemi emotivi nei bambini, ridotta autostima, isolamento sociale.
- **Media digitali e socialità online.** Possono aumentare il capitale sociale e la stima di sé. Ma sono anche associati a isolamento e depressione, soprattutto in caso di cyberbullismo.

# Indicazioni regionali per la valorizzazione del ruolo delle professioni sanitarie nella pianificazione dei percorsi riabilitativi-assistenziali e per l'applicazione della codifica ICD-10 nei Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Grazie all'analisi integrata dei determinanti sociali della salute, del modello innovativo del Budget di Salute e delle evidenze emerse nel campo dell'assistenza socio-sanitaria, le presenti *Linee di Indirizzo regionali per la valorizzazione del ruolo delle professioni sanitarie nella pianificazione dei percorsi riabilitativi-assistenziali e per l'applicazione della codifica ICD-10 nei Servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche* si propongono di costruire un modello teorico di riferimento per la presa in carico assistenziale e riabilitativa nelle Professioni Sanitarie.

Il presente documento ha l'obiettivo di rendere omogeneo l'utilizzo della classificazione ICD-10 sul territorio regionale, uniformando, per quanto possibile, le diverse interpretazioni e modalità di applicazione adottate dai professionisti dei Servizi di Salute Mentale per adulti e Dipendenze Patologiche.

**Le presenti Linee di indirizzo non rappresentano in alcun modo uno strumento diagnostico, ma intendono costituire un supporto pratico-operativo per gli operatori sanitari e sociali che lavorano nell'ambito della salute mentale e delle dipendenze patologiche, al fine di orientarsi nella scelta dei codici ICD-10 più appropriati rispetto alla complessità delle situazioni cliniche, riabilitative e socio-assistenziali.**

**L'obiettivo generale è quello di sviluppare un impianto metodologico e operativo condiviso, che consenta di definire un modus operandi comune per la pianificazione e la gestione del percorso terapeutico e riabilitativo, e favorire la tracciabilità, la continuità assistenziale e la qualità documentale delle attività svolte.**

Al centro del progetto vi è la volontà di promuovere la centralità della persona assistita, superando le frammentazioni organizzative e professionali ancora presenti nei servizi. Questo sarà possibile solo attraverso l'adozione di modelli integrati e interdisciplinari, basati sul paradigma bio-psico-sociale, capaci di intervenire in modo coordinato sulle diverse dimensioni della vita dell'individuo (relazioni familiari, lavoro, abitazione, contesto sociale), affrontando anche le comorbidità fisiche e promuovendo il reinserimento attivo nella comunità.

Le diverse figure professionali saranno chiamate a contribuire, con il proprio sapere e la propria responsabilità, alla costruzione di un progetto di cura unico e condiviso, strutturato in tutte le sue fasi: dalla valutazione iniziale alla definizione degli obiettivi, dai metodi di intervento al monitoraggio dell'evoluzione clinica. In tal modo, si potrà garantire un'assistenza di elevata qualità, personalizzata e documentata, a tutela sia della persona presa in carico che dei professionisti coinvolti.

La struttura del manuale è articolata in corrispondenza dei 12 item della scala HoNOS. Per ciascun item verranno riportati:

- I **codici ICD-10** associati.
- Gli **strumenti di assessment** a supporto della problematica descritta dall'item, con l'obiettivo di orientare il professionista nella scelta dell'intervento più appropriato. Gli strumenti di valutazione proposti presentano, in alcuni casi, campi di sovrapposizione tra le diverse dimensioni del funzionamento indagate; la buona pratica prevede che sia il professionista a valutare quale strumento risulti più adeguato ai propri scopi e alle caratteristiche della persona oggetto di valutazione.
- Gli **obiettivi** di riferimento.
- Una **panoramica introduttiva** relativa all'area di funzionamento considerata.
- Gli **interventi di tipo riabilitativo e quelli di tipo assistenziale** (*Carpenito Lynda Juall, 2020; Wilkinson Judith M., 2017*), differenziati ma integrabili nel percorso complessivo di cura.

Gli interventi riportati non devono essere considerati in modo esclusivo come riferibili al singolo item della scala, né rigidamente distinti tra interventi riabilitativi e assistenziali. Le due categorie rappresentano finalità e obiettivi d'intervento, non la titolarità o la competenza professionale dell'operatore che li attua. In molti casi, infatti, gli interventi sono **intercambiabili, complementari e integrabili** all'interno del percorso complessivo di cura e riabilitazione della persona.

## 1) Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati

**Item 1. R45.1 Irrequietezza e agitazione**

**Item 2. R45.4 Irritabilità e collera**

**Item 3. R45.5 Ostilità**

**Item 4. R45.4 Irritabilità e collera; R45.5 ostilità; R45.6 violenza fisica**

### Assessment

**Aggression questionnaire (AQ).** Scala a 29 item da cui derivano 4 fattori: Aggressività Fisica, Aggressività Verbale, Rabbia e Ostilità. Lo strumento consente di valutare, non solo quanto un individuo è aggressivo, grazie al punteggio totale, ma anche, attraverso le subscale, come questa aggressività si manifesta.

**State and Trait Anger eXpression Inventory (STAXI).** Il test misura l'esperienza, l'espressione e il controllo della rabbia. È costituita da 44 item per cui ogni individuo classifica i propri sentimenti di rabbia su scale a quattro punti. Nell'esperienza della rabbia sono compresi lo stato di rabbia e il tratto di rabbia (ovvero la disposizione a percepire le situazioni come frustranti e reagire con un aumento della rabbia di stato), mentre l'espressione della rabbia comprende la rabbia verso l'esterno (rabbia-out), verso l'interno (rabbia-in), i tentativi di controllarne l'espressione (controllo della rabbia-out) o di sopprimerla tenendosi calmi (controllo della rabbia-in).

**Barratt Impulsivity Scale-11 (BIS-11).** Scala autosomministrata composta da 30 item, studiata per valutare la dimensione impulsività come variabile comportamentale o di personalità. Misura il livello generale di impulsività insieme a diversi suoi aspetti più specifici; ogni item va valutato su una scala a 4 punti. Il punteggio totale varia da 30 a 120 ed offre una stima quantitativa dell'impulsività che deriva dalla somma di tre fattori: l'impulsività cognitiva, l'impulsività motoria e l'impulsività non pianificativa.

## Obiettivi

- **Autocontrollo degli impulsi, dell'aggressività, della rabbia e dei comportamenti autodistruttivi**

Adottare strategie di coping per limitare comportamenti impulsivi, aggressivi, agitati o distruttivi. Imparare a riconoscere le emozioni che precedono l'impulso (es. rabbia, frustrazione) e a identificare le conseguenze delle proprie azioni. Identificare azioni concrete per astenersi da comportamenti violenti o negligenti verso sé e gli altri, riconoscendo l'impatto delle sostanze sulla salute.

- **Gestione dei conflitti**

Richiedere aiuto nei momenti critici e sviluppare modalità alternative di gestione dei conflitti, evitando situazioni ad alto rischio e controllando gli scoppi di collera.

- **Equilibrio dell'umore e gestione dello stress**

Sviluppare un tono dell'umore più stabile e un adattamento adeguato alle situazioni. Imparare a riconoscere e comprendere i segnali fisici e mentali della tensione e a gestirli attraverso strategie di regolazione emotiva.

- **Consapevolezza di sé, autostima e capacità di coping**

Riconoscere i propri schemi comportamentali, valori, emozioni e sentimenti, sviluppando una maggiore soddisfazione per il proprio comportamento. Esprimere i propri sentimenti agli altri in modo costruttivo e riconosce i propri bisogni di supporto, anche attivando le risorse disponibili nella comunità.

## Panoramica

L'agitazione è uno stato di irrequietezza o eccitazione emotiva, comune a numerosi disturbi medici e psichiatrici, e può variare per intensità fino a richiedere interventi d'urgenza. Fattori ambientali, sociali o cognitivi stressanti – come cambiamenti nella routine, sovraccarico di stimoli o ricoveri in ambienti non familiari – possono aumentare il rischio di agitazione.

Questa condizione si manifesta spesso quando l'individuo non riesce a comunicare i propri bisogni o a comprendere ciò che lo circonda, generando ansia e comportamenti problematici, come oppositività o aggressività verso i caregiver e i professionisti che si prendono cura del paziente (Mulkey & Munro, 2021).

Indipendentemente dal contesto clinico, la gestione dell'agitazione deve essere orientata alla causa sottostante del comportamento. È fondamentale adottare strategie e approcci individualizzati, basati sulla comprensione delle specifiche disabilità della persona e su una pianificazione attenta, al fine di garantire la sicurezza e il benessere di tutti.

Una gestione efficace richiede collaborazione multidisciplinare tra operatori sanitari, familiari e personale di assistenza, per costruire e implementare un piano di cura personalizzato. Gli interventi non farmacologici assumono un ruolo centrale, sia nella prevenzione che nel contenimento, mirano a ridurre l'intensità e la frequenza delle condotte aggressive, promuovendo il riconoscimento delle emozioni, il controllo degli impulsi e lo sviluppo di strategie di coping adattive. Strategie di anticipazione e prevenzione di base possono contribuire a ridurre l'ansia e l'agitazione, riducendo la necessità del paziente di manifestare comportamenti problematici.

La promozione dell'attività fisica e dell'esercizio rappresenta un valido supporto non farmacologico nella regolazione dello stato di attivazione, contribuendo al miglioramento del tono dell'umore, alla riduzione della tensione psicofisica e alla stabilità comportamentale (*De Rosa et al., 2017*).

In parallelo, la musicoterapia si è dimostrata efficace nel favorire il benessere emotivo, poiché consente di orientare l'attenzione e di evocare ricordi positivi. La conoscenza delle preferenze musicali del paziente permette di personalizzare l'intervento, rendendolo utile sia nella gestione della sovrastimolazione che della sottostimolazione (*Dimitriou et al., 2018*).

Anche le tecniche di rilassamento sono tecniche per regolare e gestire stati di tensione e di stress e quindi ristabilire il proprio equilibrio psicofisico (*Deffenbacher, 2011; Ikemata & Momose, 2017*).

Le tecniche di rilassamento si basano su un approccio concettuale differente, in quanto mirano specificamente alla riduzione dell'attivazione emotiva e fisiologica elevata.

Questi interventi hanno l'obiettivo di addestrare i pazienti allo sviluppo e all'impiego di abilità di coping basate sul rilassamento, da utilizzare per abbassare il livello di attivazione e affrontare le situazioni in modo più calmo. Questo consente di accedere ad altre risorse cognitive e comportamentali che risultano maggiormente disponibili in condizioni di calma.

Le abilità di rilassamento vengono esercitate all'interno delle sessioni con lo scopo di ridurre l'attivazione collegata alla rabbia (ad esempio, durante esercizi di visualizzazione di scenari provocatori o in situazioni simulate di gestione della rabbia). Successivamente, queste strategie vengono applicate in vivo, ovvero nella vita quotidiana, come strumenti per il controllo della rabbia.

## Interventi riabilitativi

### 1. **Rilassamento muscolare progressivo** (*Laura Barbieri, Ileana Boggian, Dario Lamonaca, 2008*)

Il trattamento prevede l'addestramento del paziente a riconoscere e distinguere le sensazioni di tensione e rilassamento. Ciò avviene tramite una serie di esercizi che comportano la contrazione volontaria e mantenuta di specifici gruppi muscolari, seguita da un rilascio consapevole. Questa pratica, ripetuta nel tempo, porta il soggetto a sviluppare una maggiore sensibilità corporea e la capacità di percepire anche minime contrazioni muscolari. Il rilassamento muscolare progressivo favorisce il rilassamento graduale dei principali gruppi muscolari, tra cui viso, braccia, gambe, collo e schiena, e viene spesso integrato con tecniche di respirazione profonda. Questo approccio contribuisce a ridurre la tensione fisica e a ristabilire l'equilibrio fisiologico dell'organismo (*Ikemata & Momose, 2017*).

### 2. **Respirazione diaframmatica** (*Ma et al., 2017*)

La pratica della respirazione, conosciuta anche come respirazione diaframmatica o respirazione profonda, è considerata un efficace allenamento integrato mente-corpo, utile per gestire lo stress e le condizioni psicosomatiche.

Questa tecnica prevede la contrazione del diaframma, l'espansione dell'addome e un approfondimento sia dell'inspirazione che dell'espirazione. Il risultato è una riduzione della frequenza respiratoria e un'ottimizzazione dello scambio gassoso a livello ematico.

### 3. **De-escalation** (*Price et al., 2024; Raveesh et al., 2022; Richmond et al., 2012*)

Nel trattamento della rabbia, della collera e dei comportamenti aggressivi, è fondamentale considerare prioritariamente interventi non farmacologici. Qualora possibile, è opportuno adottare modifiche ambientali mirate alla riduzione degli stimoli, come ad esempio un'illuminazione tenue e un ambiente silenzioso.

Prima di ricorrere alla somministrazione di farmaci, andrebbero sempre valutate tecniche di de-escalation verbale, con l'obiettivo di favorire l'autoregolazione e la comunicazione.

La fase successiva dell'escalation si caratterizza per un aumento progressivo dell'aggressività, manifestata attraverso segnali emotivi, fisici e psicologici via via più intensi. In questo stadio, è ancora possibile tentare un intervento verbale strutturato, volto a instaurare un dialogo costruttivo e a trasmettere disponibilità alla risoluzione del conflitto.

L'obiettivo è quello di contenere l'escalation e prevenire il passaggio alla fase critica, in cui il rischio di comportamento aggressivo conclamato diventa elevato.

Vi sono due passaggi fondamentali da tenere in considerazione:

*Interventi comunicativi - Tabella 1*

<b>Non verbale</b>	<b>Verbale</b>
Mantenere una distanza di sicurezza	Parla con un tono calmo, trasparente, stabile
Evita di invadere lo spazio personale del paziente	Usa il tuo nome, presenta il tuo ruolo, renditi umanamente riconoscibile e offrirti di risolvere il problema
Assumere una postura neutra	Non alimentare lo scontro, ma apri alla collaborazione
Postura rilassata, non minacciosa, con braccia e mani ben visibili	Comunica che si stanno osservando i cambiamenti e i progressi in modo attento e costruttivo
Il contatto visivo deve comunicare sincerità, non controllo o sfida	Riconosci piccoli miglioramenti e usali per motivare
Non toccare il paziente (il contatto fisico non concordato può essere percepito come invasivo)	Riconosci la frustrazione del paziente e valida le emozioni espresse "Capisco che per te sia difficile"
Siediti se il paziente è seduto, mantieni la stessa altezza.	Sposta l'attenzione sulla risoluzione del problema "Vediamo insieme come possiamo gestirlo ora."
Evitare movimenti bruschi e agisci con calma	Concedi flessibilità dove possibile, senza cedere su aspetti clinici fondamentali
Allineare gli obiettivi di cura	Lascia spazio al paziente per esprimersi senza chiudere il confronto in modo autoritario.
Mostra coerenza tra atteggiamento e finalità terapeutiche condivise	Sottolinea il vostro scopo comune "Entrambi vogliamo la stessa cosa: il tuo benessere."

*Interventi ambientali*: riduzione della stimolazione sensoriale del paziente e sulla creazione di un'atmosfera sicura per i pazienti, supportando i medici nell'osservazione clinica e garantendo la sicurezza del paziente e degli operatori sanitari. Sgomberare lo spazio, eliminare oggetti pericolosi, avere personale a disposizione per una "dimostrazione di forza", un'osservazione ravvicinata, un dialogo pacato e la riduzione dell'intensità sensoriale.

L'obiettivo della de-escalation è quello di accompagnare il paziente verso uno stato mentale e fisico più calmo con il recupero dell'autocontrollo.

La comunicazione con il paziente avviene tramite un operatore designato, portavoce dell'équipe e responsabile di tutte le comunicazioni con il paziente e del suo benessere e sicurezza, il quale dovrà impegnarsi, per tutto il processo, a far sì che l'attenzione resti sul punto di vista del paziente, secondo alcune modalità:

- Rispettare lo spazio personale del paziente, evitando il contatto fisico e visivo diretto prolungato, mantenendo una distanza di sicurezza e osservando le sue reazioni.
- Evitare atteggiamenti provocatori e manifestare empatia: utilizzare un linguaggio che riconosca le risorse del paziente e incoraggi l'espressione delle sue emozioni, valorizzando anche i piccoli progressi.
- Stabilire un contatto efficace, posizionandosi frontalmente e rimanendo visibili e utilizza un linguaggio semplice, toni pacati e frasi brevi
- Ascoltare attivamente e con sincero interesse, esplorando i bisogni e chiedendo anche cosa il paziente si aspetta dall'operatore.
- Stabilire regole e limiti chiari, motivando ogni scelta o intervento, soprattutto in caso di diniego e ribadire l'impegno reciproco per favorire la collaborazione.

#### **4. Training assertivo** (*Antonio Vita, Liliana Dell'Orso, Armida Mucci, 2019; Francesca Baggio, 2016*)

Il training assertivo è un intervento riabilitativo che rientra nei percorsi del Social Skills Training. Si pone l'obiettivo di fornire informazioni sull'assertività, sui diversi stili relazionali, sui concetti di autostima e autoefficacia, il riconoscimento dei diritti assertivi, del proprio stile relazionale e soprattutto dell'insegnamento di alcune tecniche utili in specifiche situazioni. Promuove una maggiore conoscenza di se stessi e delle conseguenze dei propri comportamenti sugli altri, con conseguente miglioramento delle abilità relazionali e comunicative.

#### *Caratteristiche dell'intervento:*

- Partecipanti: 8-12 partecipanti, gruppo chiuso ed eterogeneo. 2 operatori.
- Durata e frequenza: 8-10 sessioni di 90-120 minuti ciascuna a cadenza settimanale.
- Setting e materiale: ambiente confortevole, evitare fonti di distrazione, disposizione circolare delle persone. Utilizzo cartelloni, lavagne promuovendo una modalità interattiva e partecipativa.
- Tecniche utilizzate: role-playing, strategie e tecniche cognitive e comportamentali relative alle situazioni critiche identificate. Al termine follow up per valutare le abilità mantenute.
- Temi: assertività, stili relazionali, rapporto tra autostima, diritti assertivi e assertività, riconoscimento pensieri disfunzionali, Ristrutturazione cognitiva.

#### **5. Problem solving** (*Laura Barbieri, Ileana Boggian, Dario Lamonaca, 2008*)

I deficit di abilità di problem solving influiscono negativamente sul funzionamento interpersonale e sulle capacità di autogestione, compromettendo la qualità della vita e l'esercizio dei ruoli sociali. Il training di problem solving e di abilità sociali rappresenta un modello multidimensionale e interattivo che integra i concetti di vulnerabilità, fattori stressanti e fattori protettivi. Questo tipo di intervento promuove lo sviluppo di competenze personali che agiscono proprio come fattore protettivo nei confronti della vulnerabilità allo stress.

Il training si è dimostrato uno strumento particolarmente utile per aiutare le persone con grave disabilità psichiatrica, in quanto favorisce un miglioramento del funzionamento personale e sociale attraverso due modalità: l'acquisizione delle risorse necessarie per applicare l'abilità e il superamento degli ostacoli che ne impediscono l'applicazione.

Secondo la letteratura, i risultati del training evidenziano miglioramenti significativi e sostanziali nei comportamenti e nel livello di consapevolezza delle conseguenze delle proprie azioni. Tali progressi facilitano il trasferimento di abilità dai contesti strutturati di apprendimento a quelli naturali della vita quotidiana (*A Kopelowicz, R P Liberman, J Mintz, R Zarate, 1997; Liberman et al., 2001*).

#### *Caratteristiche dell'intervento:*

- Partecipanti: 6-10 persone, con livello di funzionamento omogeneo, non troppo diverso.
- Durata e frequenza: nel manuale sono proposti 30 incontri totali, svolti due volte a settimana per la durata di due ore ciascuno.
- Setting e materiale: ambiente confortevole, evitare fonti di distrazione, disposizione circolare delle persone. Utilizzo cartelloni, lavagne promuovendo una modalità interattiva e partecipativa.

- Tecniche utilizzate: rinforzo sociale, rinforzo informativo, modeling, role-playing, brainstorming, ristrutturazione cognitiva, compiti per casa.
- Sviluppo: definire i problemi in termini specifici; pensare creativamente per trovare una soluzione alternativa; anticipare le conseguenze positive o negative di ogni soluzione; scegliere la soluzione migliore; scomporre la soluzione scelta in una serie di passi realizzabili; valutare l'efficacia della scelta.

#### **6. Programma di gestione della rabbia per utenti con problemi di salute mentale e abuso di sostanze – Un manuale di Terapia Cognitivo Comportamentale** *(Reilly, Patrick M.; Shopshire, Michael S., 2002)*

Il manuale descrive un trattamento cognitivo comportamentale di gruppo specificamente strutturato per la gestione della rabbia, articolato in un percorso di 12 settimane. Ogni settimana è prevista una sessione della durata di 90 minuti con contenuti dettagliati che includono istruzioni specifiche per gli operatori, schemi e figure che illustrano le componenti concettuali chiave del trattamento oltre alle indicazioni per i compiti a casa da assegnare ai partecipanti.

Il modello di trattamento adottato è un approccio CBT combinato, che combina tecniche di rilassamento, interventi cognitivi e di abilità di comunicazione.

Il trattamento per la gestione della rabbia è pensato per essere fornito in un setting di gruppo con un numero ideale di 8 partecipanti, ma la composizione dei gruppi può variare da 5 a 10 membri. Sebbene la modalità di gruppo sia quella raccomandata, il manuale può essere adattato anche all'uso in sessioni individuali, mantenendo invariato il formato e la sequenza delle sedute, a condizione che l'operatore sia qualificato.

Il manuale va utilizzato insieme alle Schede di lavoro per i partecipanti (workbook), le quali sintetizzano i contenuti di ciascuna sessione, offrono spazi per le annotazioni individuali e forniscono strumenti concreti per il completamento dei compiti a casa. Il quaderno di lavoro è progettato per agevolare l'apprendimento, facilitare l'interiorizzazione dei concetti affrontati durante il programma e favorire l'applicazione autonoma delle strategie proposte.

*Sessioni:*

1. Panoramica del trattamento di gruppo per la gestione della rabbia.
2. Eventi e segnali. Un quadro di riferimento concettuale per comprendere la rabbia
3. Piano di controllo della rabbia. Aiutare i partecipanti a sviluppare un piano per controllare la rabbia.
4. Il ciclo dell'aggressività. Come modificare il ciclo.
5. Ristrutturazione Cognitiva. Modello A-B-C-D e arresto del pensiero.

6. Sessione di revisione. Rinforzare i concetti appresi.
- 7 e 8. Training di assertività e modello di risoluzione dei conflitti. Alternative all'espressione della Rabbia
- 9 e 10. La rabbia e la famiglia. Come gli apprendimenti passati possono influenzare i comportamenti presenti.
11. Sessione di revisione. Consolidamento dei concetti appresi
12. Conclusione e consegna degli attestati. Esercizio di chiusura e rilascio degli attestati

## Interventi assistenziali

### 1. Controllo degli impulsi inefficace

Definizione: Modello di reazioni rapide, non pianificate, a stimoli interni o esterni senza preoccupazione per le conseguenze negative di queste reazioni sulla persona impulsiva o su altre persone.

Il sintomo descritto può essere causato da altre condizioni e situazioni che comportano altre problematiche per la persona stessa e/o per gli altri, come per es. l'abuso di sostanze, la violenza o la promiscuità sessuale. E ancora disordini cognitivi, disturbi della condotta. Il professionista avrà la necessità di identificare il focus dell'intervento e le caratteristiche definenti che meglio si adattano all'assistito. Gli interventi seguenti comunque possono essere attuati in ogni caso.

Caratteristiche: agisce senza pensare, comportamento violento e pericoloso, compromissione della capacità di gestire le proprie risorse, umore irritabile, temperamento esplosivo, irritabilità, ricerca emozioni forti.

### 2. Rischio di violenza rivolta ad altri

Definizione: Suscettibilità e vulnerabilità a comportamenti con i quali la persona dimostra di poter essere fisicamente, emotivamente e /o sessualmente dannosa per gli altri.

Fattori di rischio: disfunzione cognitiva (deficit-disordini dell'attenzione, diminuzione della funzione intellettuale), compromissione neurologica (trauma cranico, crisi convulsive), controllo degli impulsi inefficace, linguaggio corporeo negativo (postura rigida, pugni e mascelle serrati, iperattività,..), modello di comportamento antisociale aggressivo e/o violento (furti, indebitamenti, ignorare le istruzioni,..), modello di violenza indiretta e rivolta ad altri (scatti d'ira, lancio/rottura oggetti, sbattere porte, tentativo di approcci sessuali, molestie, picchiare/prendere a calci/graffiare/sputare contro altre persone, ..), modello di minacce di violenza (verbali nei confronti di beni o persone, sociali, imprecazioni, gesti minacciosi, sessuali,..), impulsività, storia di abusi/violenze familiari nell'infanzia e presenti (fisici, psicologici, sessuali), storia di abuso di sostanze.

Valutare le condizioni associate come: compromissione neurologica, intossicazione patologica, complicanze pre e perinatali, disturbi psicotici, demenze, delirio, malnutrizione, cambiamenti nelle funzioni fisiologiche e nelle capacità funzionali.

Poiché i fattori di rischio sono numerosi, vengono elencati quelli che generalmente possono essere utilizzati in casi di identificazione di violenza rivolta ad altri.

### **3. Controllo emozionale labile**

Definizione: Espressione incontrollabile di manifestazioni emotive eccessive e difficili da controllare, involontarie.

Caratteristiche: assenza di contatto visivo, pianto e/o risata involontaria e/o incontrollabile, fluttuazioni dell'umore, esplosioni di rabbia.

- **Collaborazione multiprofessionale nella pianificazione della cura:** partecipare attivamente a riunioni interdisciplinari contribuendo con osservazioni cliniche e dati assistenziali per collaborare a definire un piano di cura condiviso, coerente con i bisogni dell'assistito e le competenze dei diversi professionisti coinvolti.
- **Potenziamento della consapevolezza di sé e sostegno decisionale:** valutare lo stato cognitivo di base dell'assistito e accompagnarlo nell'analisi dei propri pensieri, emozioni, motivazioni e comportamenti. Offrire supporto assistenziale informativo per prendere decisioni consapevoli per il proprio percorso di cura, sia in ambito sanitario sia in altri contesti significativi.
- **Comunicazione rassicurante e gestione delle situazioni a rischio:** mantenere un atteggiamento calmo e rassicurante in ogni fase dell'interazione; evitare situazioni frustranti finché la persona non sviluppa la capacità di esprimere la rabbia in modo adattivo. Garantire la disponibilità di spazi sicuri per la gestione di eventuali episodi di violenza, tutelando la sicurezza di utenti, operatori e altri presenti.
- **Miglioramento delle capacità di coping:** sostenere l'individuo nell'acquisizione e nel potenziamento di strategie efficaci per affrontare situazioni stressanti, conflittuali o emotivamente difficili, in modo adattivo e sicuro.
- **Gestione dei comportamenti impulsivi e problematici:** osservare e documentare il comportamento impulsivo e analizzare le possibili cause insieme all'assistito (es. bassa autostima, collera, difficoltà cognitive, uso di sostanze). Sostenere l'assistito nell'identificazione precoce dei segnali di escalation (comportamentali, verbali o situazionali) e nella modulazione della risposta emotiva attraverso tecniche mirate (es. assertività, rilassamento, distrazione). Favorire l'applicazione di strategie di problem-solving nelle relazioni interpersonali per prevenire comportamenti disfunzionali.

- **Definizione di limiti e parametri comportamentali:** stabilire insieme all'assistito comportamenti accettabili e desiderabili, promuovendo una gestione più adeguata delle proprie reazioni e delle interazioni con gli altri. Definire regole e limiti coerenti con la convivenza nei contesti terapeutici e comunitari.
- **Gestione dell'ambiente assistenziale e prevenzione della violenza:** garantire un contesto fisico strutturato e sicuro, con modifiche ambientali funzionali alla prevenzione di comportamenti violenti rivolti verso sé, altri o l'ambiente. Agire in modo proattivo per ridurre i fattori di rischio e facilitare il contenimento e la de-escalation.
- **Terapia per mezzo dell'ambiente:** utilizzare risorse ambientali, familiari e sociali per favorire un funzionamento sociale più efficace, coinvolgendo attivamente le reti di supporto nella promozione del benessere dell'assistito e la continuità delle cure anche fuori dal contesto sanitario.
- **Attività di educazione dell'assistito e della famiglia:** per rafforzare i fattori di protezione e potenziare le risorse personali, insegnando le tecniche per la gestione dello stress come il rilassamento progressivo, la meditazione, la mindfulness, l'ascolto della musica e la scrittura del diario.

## 2) Comportamenti liberatamente autolesivi

### Z91.5 Anamnesi personale di autolesionismo

#### Assessment

**DSHI: Deliberate Self-Harm Inventory** è un questionario autocompilato costituito da 17 item. Indaga diversi aspetti delle condotte autolesionistiche come: forma, frequenza, gravità e durata. Tutti gli item (tranne l'ultimo) cominciano con la frase: "Hai mai intenzionalmente (o di proposito)..." e sono seguiti da uno specifico comportamento (ad es, "...provocato dei tagli al suo polso, alle sue braccia, o ad altre parti del suo corpo?"). Ogni item è seguito da 5 domande supplementari che indagano l'evoluzione di quello specifico comportamento nel tempo (*Mario Rossi Monti, Alessandra D'Agostino, 2010*).

**SSI: Scale for Suicide Ideation** è un'intervista semi-strutturata condotta dall'operatore ed è composta da 19 item, si articola in 3 fattori (desiderio attivo di suicidio, la preparazione e il desiderio passivo di suicidio) e prende in considerazione la intenzionalità e la pervasività dell'ideazione (item 1-7), i deterrenti "interni" nei confronti del suicidio, la sensazione soggettiva della capacità di controllare le spinte suicidarie (item 8-10), i motivi (item 11); i dettagli e il grado di preparazione del progetto suicidario (12-19). Gli item sono valutati su di una scala a 3 punti (da 0 a 2), in base alla gravità del sintomo o del comportamento espresso in ciascun item. Il punteggio totale può essere valutato da 0 a 38. I soggetti che riportavano punteggi  $\leq 5$  sono stati considerati non a rischio di suicidio, mentre quelli con punteggi  $> 5$  a rischio di suicidio.

**C-SSRS: Columbia-Suicide Severity Rating Scale:** il questionario indaga la presenza e il grado di ideazione suicidaria, ovvero di pensieri e di comportamenti suicidari che perciò potrebbero essere indicativi dell'intenzione dell'individuo di commettere suicidio. Nella versione breve detta SCREENER la scala appare come uno strumento di rapida applicazione (il tempo medio per la somministrazione è inferiore a 5 minuti) e di semplice utilizzo. Il questionario si compone di domande che indagano i due domini dell'ideazione suicidaria e dei comportamenti suicidari, corrispondenti a due sezioni principali.

Esistono diversi formati: auto-somministrata, intervista semi-strutturata, versione computerizzata. La scala è stata progettata in due versioni: la "SCREENER" o "SCREENING" costituita da 6 items sotto forma di domande standardizzate con risposta dicotomica "si/no", esplora l'ideazione suicidaria e la sua severità nell'ultimo mese e la presenza di comportamenti suicidari lifetime e negli ultimi tre mesi; la "FULL" estesa, è invece costituita da 16 items e indaga oltre ai precedenti costrutti anche l'intensità dell'ideazione suicidaria e la letalità dei comportamenti suicidari su una scala ordinale da uno a cinque punti.

## Obiettivi

- **Relazione terapeutica e approccio collaborativo**

Stabilire una relazione terapeutica empatica e collaborativa con l'assistito, fondata sull'ascolto attivo, sul riconoscimento del disagio e le motivazioni sottostanti al gesto, favorendo una maggiore consapevolezza e riflessione sul significato.

Fornire informazioni adeguate alla persona e, se appropriato, ai familiari o caregiver, per promuovere la comprensione del comportamento e delle strategie di gestione.

Garantire che l'assistito riceva le cure necessarie in un contesto protetto, rispettoso e non giudicante.

- **Autocontrollo e gestione dell'impulsività**

Sviluppo di strategie di autocontrollo dei pensieri e degli impulsi autolesivi, riconoscendo precocemente i segnali di rischio e attuando condotte alternative non dannose.

Gestione delle emozioni disturbanti (es. rabbia, frustrazione, disperazione) attraverso tecniche di autoregolazione emotiva e coping. Imparare comportamenti di richiesta d'aiuto e orientati alla sicurezza.

- **Supporto sociale e coinvolgimento della rete**

Riuscire a identificare persone di riferimento da contattare alla comparsa di pensieri suicidari o autolesivi.

Favorire il coinvolgimento e la collaborazione della rete familiare o di supporto per garantire una presenza attiva e contenitiva nei momenti di crisi.

- **Promozione del benessere e della speranza**

Sviluppo di una volontà di vivere, rinforzando la speranza, l'ottimismo e il senso di progettualità e di efficacia, per gestire le sfide quotidiane.

Promuovere una condizione interiore di soddisfazione personale, desiderio di sopravvivenza e impegno nel percorso di cura, favorendo l'adattamento alla propria condizione psico-fisica.

## Panoramica

### 1. “Self-harm: assessment, management and preventing recurrence” (National Institute for Health and Care Excellence, 2022)

L'autolesionismo non suicidario (NSSI) è definito come un comportamento in cui un individuo si ferisce intenzionalmente senza alcun intento suicidario. È più diffuso tra adolescenti e giovani adulti ed è spesso associato a vari disturbi di salute mentale. Il comportamento può portare a un aumento del rischio di suicidio futuro, evidenziando l'importanza di comprenderne le motivazioni e fornire interventi appropriati (He, 2024).

Il NSSI è associato a numerosi esiti negativi, tra cui un'elevata comorbidità con pensieri e comportamenti suicidari: tra il 55% e l'85% delle persone con NSSI riferisce anche comportamenti suicidari, e la frequenza del NSSI è correlata a un rischio maggiore di tentativi di suicidio (Turner et al., 2014).

Sia l'NSSI che i tentativi di suicidio implicano un danno intenzionale a se stessi ma, a differenza dei tentativi di suicidio, l'NSSI non implica l'intenzione suicidaria. La letteratura suggerisce di distinguere tra i due fenomeni, in base a intenzione, frequenza, gravità e modalità, ma ribadisce comunque che l'autolesionismo non autolesionistico, in particolare quando frequente, può aumentare il rischio di tentativi di suicidio (Andover & Gibb, 2010). Dunque, è fondamentale riconoscere che NSSI e tentativo di suicidio condividano alcune caratteristiche, degne di nota da parte del professionista sanitario.

Le persone che mettono in atto comportamenti autolesionistici esprimono un disagio profondo che richiede ascolto, comprensione e risposte terapeutiche coordinate. Tali comportamenti, spesso associati a difficoltà nella regolazione emotiva, non devono essere letti unicamente come sintomo, ma come segnali di sofferenza che meritano attenzione e cura.

Come prima cosa è opportuno procedere ad una **valutazione psicosociale dell'accaduto**: esame delle esigenze della persona, esplorando la funzione del gesto di autolesionismo tenendo conto dei valori e dei bisogni della persona. Identificare i fattori psicologici e ambientali-sociali personali che potrebbero spiegare un atto di autolesionismo. Alla base di questo è molto importante sviluppare una relazione terapeutica collaborativa con la persona per cercare di comprendere e supportare nel motivo per cui la persona si è autolesionata.

**Esplorare i punti di forza, le vulnerabilità e i bisogni della persona**: fattori storici, fattori variabili e attuali, circostanze imminenti attivanti, fattori protettivi o attenuanti, le risorse personali, identificare le strategie di coping utilizzate eventualmente in passato e condividere soluzioni concrete per ridurre il disagio.

Fornire **informazioni e supporto educativo** al soggetto che si è autolesionato: cos'è l'autolesionismo, motivazioni e circostanze specifiche del gesto (ove possibile), supporti e trattamenti disponibili, autogestione e quando cercare aiuto, gestione delle lesioni e delle cicatrici, come affrontare l'emergenza, affrontare lo stigma associato.

**Coinvolgere i familiari e i caregivers** offrendo supporto e informazioni rispetto a: impatto emotivo dell'autolesionismo sia su di loro che sul soggetto, strategie per supportare la persona, gestione delle preoccupazioni e delle emergenze, riconoscimento dei segnali di allarme, riduzione della probabilità di ulteriori episodi, supporto allo stigma e all'autostigma.

Elaborare un piano di assistenza multidisciplinare condiviso con la persona, fondato sui suoi valori, bisogni e risorse disponibili.

Il **piano di sicurezza** collaborativo, partecipato e trasparente che dovrà coinvolgere anche le figure di riferimento interne ed esterne al servizio.

## **2. Harm minimisation: Minimizzare il danno (Pengelly et al., 2008)**

Se la persona non è ancora in grado di resistere all'impulso di autolesionismo, prendere in considerazione anche le strategie di minimizzazione del danno. La minimizzazione del danno mira a ridurre l'impatto negativo di un comportamento senza eliminarlo completamente, principalmente si tratta di tecniche di distrazione, di sostituzione e strategie di coping.

È una strategia in cui le persone che si autolesionano sono supportate per farlo in modo sicuro (Cliffe et al., 2021) e per ridurre la gravità e/o azioni recidive. Le tecniche di minimizzazione del danno vanno dal pizzicarsi, stringere un cubetto di ghiaccio per un breve periodo, giocherellare con l'elastico al polso, disegnare linee rosse sui polsi, calciare, colpire qualcosa di morbido, praticare la cura delle ferite a tecniche più controverse come fornire lame pulite, insegnare l'anatomia come tagliare con il minimo rischio ed evitare le vene e le arterie principali e consigli sull'uso di strumenti puliti e fornire informazioni sulle potenziali complicazioni dell'autolesionismo (Cliffe et al., 2021).

## **Interventi riabilitativi**

### **1. Linee di indirizzo per il trattamento dei disturbi gravi di personalità in Emilia-Romagna (Regione Emilia-Romagna, 2013)**

Le presenti Linee di indirizzo regionali per la presa in carico delle persone con Disturbo Borderline di Personalità (DBP) offrono indicazioni operative per la valutazione, la gestione e il trattamento clinico-assistenziale di questa condizione clinica complessa, caratterizzata da significativa instabilità emotiva, relazionale e comportamentale. Tra le manifestazioni cliniche, viene riconosciuta la frequente presenza di agiti impulsivi, inclusi i comportamenti autolesivi, che richiedono un'attenta valutazione funzionale e l'attivazione di strategie terapeutiche specifiche, in un'ottica di prevenzione, contenimento del rischio e promozione del benessere complessivo della persona.

Questi comportamenti, spesso non associati a intento suicidario, assumono una funzione regolativa nei confronti di emozioni intense e disorganizzate e costituiscono un importante segnale di sofferenza interna, disregolazione affettiva e difficoltà relazionali.

Le linee di indirizzo pongono l'accento su:

- la valutazione precoce e approfondita del comportamento autolesivo attraverso un approccio
- psicosociale centrato sulla persona;
- la distinzione tra condotte autolesive con e senza intento suicidario;
- l'importanza di coinvolgere l'utente in modo attivo nel percorso di cura, promuovendo un'alleanza
- terapeutica e una presa in carico multidisciplinare;
- la necessità di interventi personalizzati, evidence-based, che includano strategie non farmacologiche, interventi psicoterapici specifici e misure di sicurezza condivise.

L'obiettivo è garantire una risposta clinica coerente, non stigmatizzante, in grado di contenere il rischio, promuovere la stabilizzazione emotiva e favorire un miglioramento del funzionamento globale della persona.

## 2. **Terapia dialettico comportamentale: DBT** (*Feigenbaum, 2010; Hawton et al., 2016*)

La terapia dialettico comportamentale (DBT) è un trattamento ambulatoriale strutturato basato sui principi cognitivo-comportamentali sviluppati dalla Dott.ssa Marsha Linehan nei primi anni '90. La DBT è progettata per intervenire sui sintomi del disturbo borderline di personalità (DBP), sostituendo i comportamenti disfunzionali con strategie di coping più funzionali, come la mindfulness, l'efficacia interpersonale, la regolazione emotiva e la tolleranza allo stress.

Il termine "dialettico" fa riferimento all'interazione tra idee opposte. Nell'ambito della Dialectical Behavior Therapy (DBT), questo concetto indica l'integrazione tra accettazione e cambiamento, considerati entrambi elementi fondamentali per il miglioramento terapeutico (*Marsha Linehan, 2015*).

Diversi studi hanno evidenziato che è efficace nel ridurre l'incidenza di comportamenti autolesionistici (*S. Chen et al., 2021*). L'obiettivo terapeutico principale dell'intervento è la modificazione del comportamento, attraverso il potenziamento dei comportamenti adattivi. La DBT pone particolare enfasi sulla stabilizzazione emotiva e sul controllo comportamentale, seguendo una gerarchia di priorità che interviene prima di tutto sui comportamenti potenzialmente letali (come il suicidio e l'autolesionismo), per poi affrontare le altre problematiche cliniche. Questa impostazione sequenziale contribuisce a una significativa riduzione della frequenza dei comportamenti autolesivi (*Bloom et al., 2012; May et al., 2016*). Numerosi studi hanno inoltre evidenziato l'efficacia della DBT anche nel trattamento di altri disturbi psichiatrici, tra cui i disturbi da uso di sostanze, i disturbi dell'umore, il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e i disturbi dell'alimentazione, sia in pazienti adulti che adolescenti (*May et al., 2016*).

Il manuale della DBT elaborato da Marsha Linehan descrive il gruppo di skills training come uno strumento specificamente concepito per intervenire sui deficit comportamentali quali: senso di sé instabile, relazioni caotiche, timore dell'abbandono, labilità emotiva e impulsività. Il gruppo ha l'obiettivo di insegnare abilità psicosociali attraverso quattro moduli fondamentali:

- a) Mindfulness (consapevolezza del momento presente)
- b) Efficacia interpersonale
- c) Regolazione emotiva
- d) Tolleranza della sofferenza (distress tolerance)

Il gruppo si riunisce generalmente una volta a settimana per circa due ore. Completare l'intero ciclo dei moduli richiede circa sei mesi, ma i partecipanti possono scegliere di ripetere uno o più moduli. È consigliabile che i pazienti che iniziano la DBT frequentino il gruppo di skills training per almeno un anno.

Per consolidare le competenze acquisite, i partecipanti ricevono compiti a casa e utilizzano apposite schede di monitoraggio (diary cards), in cui registrano l'uso quotidiano delle abilità apprese. Sebbene possano condividere le proprie esperienze nell'uso delle competenze all'interno del gruppo, l'approfondimento delle schede viene preferibilmente svolto durante le sedute individuali con il proprio terapeuta.

#### **a) Mindfulness.**

Le abilità di mindfulness costituiscono il nucleo centrale della DBT e vengono costantemente riprese e integrate negli altri tre moduli. Molte di queste strategie derivano da pratiche meditative di tradizione orientale. Le abilità vengono suddivise in due categorie: abilità "cosa" (what skills) e abilità "come" (how skills).

Le abilità "cosa" insegnano a osservare, descrivere e partecipare pienamente all'esperienza del momento presente. L'obiettivo è contrastare la tendenza a reagire in modo impulsivo, agendo in maniera automatica ed emotivamente disregolata.

Le abilità "come" aiutano invece a stare nel momento in modo non giudicante, concentrandosi su un solo stimolo alla volta e agendo in modo efficace. Queste strategie mirano a ridurre la tendenza dei pazienti a idealizzare o svalutare sé stessi e gli altri, nonché la propensione a ruminare sul passato o a preoccuparsi eccessivamente del futuro.

#### **b) Efficacia interpersonale.**

Questo modulo si focalizza sull'insegnamento e sulla pratica di abilità relazionali efficaci. Molti pazienti con DBP presentano esperienze precoci di abuso, trascuratezza o invalidazione, che hanno ostacolato lo sviluppo di legami di attaccamento sicuri. Di conseguenza, spesso vivono relazioni intense ma instabili, con difficoltà nell'affermare i propri bisogni.

Nonostante il timore dell'abbandono, questi pazienti tendono a interrompere precocemente i rapporti a causa della difficoltà a tollerare il conflitto. Le abilità insegnate includono: come esprimere richieste, come dire "no" a richieste inappropriate, e come gestire i conflitti interpersonali.

L'obiettivo è quello di imparare a mantenere relazioni significative senza compromettere il rispetto per sé stessi.

### **c) Regolazione emotiva.**

Le abilità di regolazione emotiva forniscono strategie per aumentare il controllo sulle proprie emozioni. Nei soggetti con DBP, le emozioni tendono a essere molto intense e instabili, portando spesso all'adozione di comportamenti disfunzionali volti a evitarle o sopprimerle. Il primo passo consiste nel riconoscere, identificare e dare un nome alle emozioni, per comprendere in che modo influenzano il comportamento e il funzionamento globale. I pazienti imparano a riconoscere gli ostacoli al cambiamento emotivo, spesso rappresentati da condotte autolesive o parasuicidarie, usate come forma di comunicazione o validazione del disagio.

Vengono inoltre incoraggiati a: evitare situazioni che li rendono vulnerabili alle emozioni negative, incrementare le esperienze che generano emozioni positive, e utilizzare la mindfulness per accettare e tollerare il dolore emotivo in modo non giudicante.

### **d) Tolleranza alla sofferenza.**

Le abilità di tolleranza del distress insegnano ai pazienti che il dolore e la sofferenza fanno parte della vita, e che rifiutare questa realtà può portare a un'intensificazione del disagio. Il focus del modulo è aiutare il paziente a vivere pienamente la situazione presente, senza giudicarla né cercare di modificarla nell'immediato.

È importante sottolineare che accettare non significa approvare ciò che si sta vivendo. Le strategie proposte si dividono in due categorie:

- Abilità di sopravvivenza alla crisi, che includono tecniche di distrazione, autoconsolazione e ristrutturazione cognitiva nel momento acuto;
- Abilità di accettazione, che mirano a trasformare la sofferenza insostenibile in un dolore gestibile.

Le abilità TIPP della **Terapia Dialettico Comportamentale (DBT)** sono tecniche rapide di tolleranza alla sofferenza che mirano all'attivazione del sistema nervoso parasimpatico, modificando la chimica corporea, al fine di gestire l'intensità emotiva estrema in pochi minuti. TIPP è l'acronimo di: **T**emperatura, **I**ntense exercise (Esercizio fisico intenso), **P**aced breathing (Respirazione ritmata), **P**aired muscle relaxation (Rilassamento muscolare accoppiato).

**T:** Consiste nell'immergere il viso in acqua molto fredda, o applicare impacchi di ghiaccio su occhi e guance per circa 30 secondi. Questo rallenta il battito cardiaco e calma il sistema nervoso, con riduzione dello stress e aumento del rilassamento.

**I:** correre, camminare velocemente, saltare o comunque svolgere un'attività fisica, breve ma intensa, per circa 10-15 minuti. L'esercizio fisico stimola il rilascio di endorfine per ridurre lo stress, scaricare l'energia accumulata da rabbia o ansia, migliorando il tono dell'umore.

**P:** Respirare profondamente e lentamente, con espirazioni più lunghe delle inspirazioni (es. inspira per 4 secondi, espira per 6), aiuta a calmare il corpo rallentando il battito cardiaco, e a ridurre l'iperventilazione associata all'intensità delle emozioni provate.

**P:** Consiste nel contrarre un gruppo muscolare (mani, braccia, spalle, cosce,..) mentre si inspira, mantenere il respiro per qualche secondo per poi rilasciarlo improvvisamente espirando, concentrandosi sulla sensazione di rilassamento dei muscoli.

## Interventi assistenziali

### 1. **Rischio di violenza rivolta a se stessi/Rischio di autolesionismo/Rischio di comportamento suicidario**

Definizione: Condizione in cui la persona presenta una vulnerabilità a mettere in atto comportamenti potenzialmente dannosi per la propria integrità fisica, emotiva e/o sessuale. Si tratta di uno stato di rischio in cui l'individuo potrebbe infliggersi danno intenzionale, che costituisce una minaccia alla vita.

Fattori di rischio:

- Comportamentali: segnali comportamentali dell'intento suicida, espressione desiderio di morte, ideazione suicidaria, isolamento sociale, storia di tentativi di suicidio, risorse personali inadeguate, espressione di intento autolesionistico, mancanza di un sistema di sostegno, basso concetto di sé, scarso controllo degli impulsi, apatia, difficoltà a chiedere aiuto.
- Psicologici: ansia, sintomi depressivi, sentimento di solitudine, bassa autostima, senso di colpa, mancanza di speranza, rabbia e ostilità, storia di vita e familiari negative.
- Situazionali: lutto, perdita di autonomia personale, vivere da soli, difficoltà economiche
- Sociali: processi familiari disfunzionali, sostegno sociale inadeguato, problemi legali, isolamento, violenza da parte di altri non affrontata, conflitti personali e/o nelle relazioni interpersonali

Valutazione dei fattori correlati:

- Fisiopatologici: malattie e/o dolore cronico, dipendenza da sostanze, compromissione mentale, trattamenti prolungati.
- Situazionali: personali, ambientali, perdite reali materiali, perdite reali affettive.

Interventi orientati al **monitoraggio** degli agiti di violenza verso se stesso, identificazione e modifica dei fattori di rischio.

- **Gestione dell'ambiente e prevenzione della violenza:** monitoraggio e sistemazione dell'ambiente fisico allo scopo di diminuire il potenziale comportamento violento rivolto a se stesso, ad altri o all'ambiente. Eliminazione materiale potenzialmente dannoso. Sorveglianza durante il pasto, importanza materiale non contundente. Verifica dei farmaci somministrati per via orale che vengano deglutiti. Ambiente povero di stimoli e rimuovere gli oggetti potenzialmente pericolosi. Mantenere una comunicazione semplice, ma stabilire limiti con coerenza, lasciando però che l'assistito possa essere coinvolto nelle decisioni terapeutiche.
- **Addestramento al controllo degli impulsi:** assistenza alla persona nel mediare un comportamento impulsivo applicando strategie di problem-solving in situazioni sociali e interpersonali. Aiutare nella manifestazione della collera. accompagnarlo ad una consapevolezza di come si riduce la tensione e l'iperattività come camminare, lo sport, la corsa, lo yoga, la respirazione.
- **Gestione dell'umore:** gestire sicurezza stabilità, recupero, mantenimento dell'umore della persona con tono dell'umore basso. Aiutare a ristrutturare i pensieri e sentimenti. Promuovere la convinzione che cambiare è possibile e facilitare lo sviluppo di comportamenti nuovi.
- **Stabilire una relazione basata sulla fiducia:** Considerare l'assistito come persona di valore con affermazioni non giudicanti. Incoraggiare l'espressione dei pensieri e dei sentimenti e ascoltare attivamente. Spiegare le ragioni delle procedure e degli interventi che si rendono necessari. Empatia.
- **Valutazione mirata continua e attività di gestione integrata:** documentare i comportamenti dell'assistito e gli interventi infermieristici attuati. consulto con i colleghi e con i medici tramite riunioni multiprofessionali sul piano di cura dell'assistito. Costante osservazione e controlli frequenti.
- **Attività di educazione all'assistito e alla famiglia:** insegnando tecniche per riacquistare la calma, gestione dell'ambiente e modifica dei fattori di rischio. Informare i familiari degli interventi applicati e come riprodurli al domicilio e il riconoscimento dell'aumento di rischio come il cambiamento del comportamento, della comunicazione verbale e non verbale, i segni di un tono dell'umore abbassato. Incoraggiare le attività sociali creando un valido sistema di sostegno.

## 3) Problemi legati all'assunzione di alcol o droghe

**Z72.1 Uso di alcol**  
**Z72.2 Uso di droga**

### Assessment

Per questo item, l'assessment è da calare nel contesto operativo del SerDP, all'interno del quale il progetto si integra, utilizzando strumenti valutativi specifici e standardizzati per le diverse situazioni cliniche e psicosociali. Tale modalità consente una presa in carico coerente e multidisciplinare, in particolare nei casi con comorbidità psichiatrica e problematiche di dipendenza.

### Obiettivi

- **Sviluppo del funzionamento personale e sociale**

L'attività assistenziale-riabilitativa mira al raggiungimento del miglior livello possibile di funzionamento individuale, sia sul piano personale che sociale, promuovendo la partecipazione attiva del paziente e la condivisione di obiettivi specifici con l'équipe curante. Così facendo si vuole puntare al potenziamento delle risorse emotive, relazionali, lavorative e sociali dell'utente, favorendo l'adattamento psicosociale ai cambiamenti di vita e, se presente, alla propria disabilità.

- **Sviluppo e consapevolezza delle proprie responsabilità**

Se supportato in modo adeguato, prenderà decisioni in maniera appropriata per modificare le situazioni che provocano stress e successivi comportamenti disfunzionali, responsabilizzandosi. L'assistito esprimerà l'intenzione e la convinzione personale di poter condizionare un risultato inerente la salute, con adattamento e funzionalità positivi di una persona a seguito di un'avversità o crisi significative: descriverà il problema, la relazione tra il comportamento attuale e il problema di salute, definirà gli obiettivi relativi al cambiamento. Prenderà decisioni in maniera appropriata per modificare le situazioni che provocano stress e successivi comportamenti disfunzionali.

- **Mantenimento dell'astinenza e prevenzione delle ricadute**

Viene sostenuto il mantenimento dell'astinenza da alcol, farmaci o sostanze stupefacenti, in quanto avrà lavorato sull'identificazione degli stimoli "trigger" che riattivano il craving e sull'acquisizione di strategie per la loro gestione. Introdurrà azioni personali volte a comprendere, prevenire ed eliminare o ridurre i rischi per la salute associati all'uso di sostanze. Utilizzerà con consapevolezza un piano di gestione della crisi nell'eventualità che questa si dovesse presentare.

- **Promozione dell'autocontrollo e del coping**

Sviluppo della capacità di autocontrollo sui comportamenti impulsivi o compulsivi, insieme al miglioramento delle abilità di coping. L'assistito acquisirà strategie efficaci per fronteggiare eventi stressanti, prendendo, in autonomia, decisioni consapevoli per modificare situazioni che generano disagio e comportamenti disfunzionali.

- **Adozione di uno stile di vita sano e consapevole**

Adozione di comportamenti coerenti con i propri valori, risorse e interessi, orientati a uno stile di vita equilibrato e salutare. L'assistito svilupperà la consapevolezza di come prevenire ed eliminare i rischi per la salute, con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita, sostenere la guarigione e favorire la riabilitazione.

## Panoramica

### **Trattamento integrato per la doppia diagnosi**

Il trattamento integrato è l'approccio raccomandato per le persone affette da un disturbo da sostanze in comorbidità con una condizione di salute mentale: affronta entrambi i disturbi contemporaneamente, con lo stesso professionista o team, garantendo coordinamento delle cure e un messaggio terapeutico coerente.

Le evidenze dimostrano che i programmi integrati riducono ricoveri e rischi, abbassano i costi, migliorano autonomia, qualità di vita e inserimento lavorativo, raggiungendo tassi significativi di remissione stabile (*Lipton et al., 2023; Yule, 2019*). Questo approccio prevede una valutazione completa che considera l'interazione tra sintomi, interventi personalizzati e basati sull'evidenza (come colloqui motivazionali o terapie farmacologiche), aggiornamento di politiche e procedure, formazione e supervisione del personale.

Tra le caratteristiche distintive rientrano l'accesso a servizi completi e continuativi, un approccio assertivo, la riduzione delle conseguenze negative (es. riduzione del danno), trattamenti motivazionali e l'uso di diverse modalità psicoterapeutiche.

Il team integrato fornisce assistenza efficiente ed efficace, riconosce che gli stadi del cambiamento e del trattamento possono differire per ciascun disturbo e mantiene l'attenzione sia sull'uso di sostanze che sulla salute mentale in tutte le sessioni. L'approccio è unificato: entrambe le condizioni sono considerate primarie e trattate in modo concomitante, attraverso un processo decisionale condiviso (*Center for Substance Abuse Treatment, 2005*).

## Interventi riabilitativi

### 1. **E-IMR Enhanced Illness Management and Recovery (E-IMR)**

*E-IMR Enhanced Illness Management and Recovery (E-IMR)*, un adattamento del programma IMR, è stato sviluppato per meglio soddisfare i bisogni terapeutici specifici delle persone affette da un disturbo mentale grave e da un disturbo da abuso di sostanze concomitante (*Gingerich, Meyer-Kalos, et al., 2018*). L'illness Management and Recovery è un programma che aiuta le persone in modo graduale a stabilire obiettivi significativi per se stesse e ad acquisire informazioni e competenze per sviluppare un maggiore senso di padronanza sulla propria malattia psichica e progredire verso la propria "guarigione" (recovery) personale. L'E-IMR è una combinazione delle due pratiche basate sull'evidenza: il trattamento integrato della doppia diagnosi e l'IMR. Le competenze di autogestione sviluppate grazie al programma, sono utili sia per le persone con disturbo psichico e sia per l'abuso di sostanze in quanto appare completo, chiaro e strutturato: l'obiettivo è implementare gli obiettivi del trattamento integrato della doppia diagnosi utilizzando le strategie di insegnamento dell'IMR. L'obiettivo del programma è quello di aiutare le persone a definire cosa significa per loro recovery e sviluppare i loro stessi individualmente, i loro obiettivi di recovery. Questo è possibile se le informazioni ricevute tramite il programma e le abilità apprese, sono sentite come in linea con i propri obiettivi.

- MODULE 1: Strategie di Recovery
- MODULE 2: Informazioni pratiche sulla malattia mentale
- MODULE 3: Informazioni pratiche sui disturbi da uso di sostanze
- MODULE 4: Modello stress-vulnerabilità
- MODULE 5: Fronteggiare lo stress
- MODULE 6: Costruire un support sociale
- MODULE 7: Usare i farmaci in modo efficace
- MODULE 8: Fronteggiare problemi e sintomi
- MODULE 9: Stili di vita salutari
- MODULE 10: Sviluppare un piano per stare bene

## 2. Psicoeducazione di gruppo per i disturbi da uso di sostanze

Il setting di gruppo rappresenta uno dei pilastri fondamentali nella gestione psicosociale dei pazienti con dipendenza patologica. Oltre a fornire informazioni sull'abuso di sostanze e sulle conseguenze, il gruppo svolge una funzione di mutuo aiuto, favorendo il sostegno reciproco tra i partecipanti, e mira a rafforzare la motivazione a prolungare i periodi di astinenza o a mantenerli, qualora siano stati già raggiunti.

La motivazione al cambiamento è un processo intrapersonale che spinge un individuo a modificare comportamenti, abitudini o stili di vita, al fine di raggiungere obiettivi per lui significativi. Nei pazienti psichiatrici, la motivazione al cambiamento non è quasi mai presente all'inizio del trattamento e deve essere considerata un traguardo da costruire attraverso un processo di crescita personale. Nel contesto della salute mentale e soprattutto delle dipendenze patologiche uno dei modelli più ampiamente utilizzati, per comprendere come le persone progrediscono verso l'adozione di comportamenti più sani o l'abbandono di quelli dannosi, è il Modello Transteorico (*Prochaska & DiClemente, 1982*), dove il cambiamento si declina lungo cinque stadi.

Il processo prende origine dalla fase di "precontemplazione" in cui la persona non manifesta motivazione a cambiare, neanche lontanamente. La persona poi può entrare in un periodo di "contemplazione" in cui la persona si apre alla possibilità di un cambiamento, valutando i pro e i contro. Se i benefici sono superiori, si passa alla fase della "preparazione", in cui sta pianificando un cambiamento nell'immediato futuro. Ora c'è la fase dell'"azione", ovvero la persona sta compiendo un cambiamento cominciando ad abbandonare i comportamenti dannosi per la sua salute e ad adottare condotte positive per il suo percorso. Se da questi comportamenti, essa percepisce successo, cercherà di promuovere atteggiamenti continui rivolti al "mantenimento" di questo stato, per sostenere la modifica comportamentale nel lungo periodo. Ovviamente, non essendo il percorso sempre lineare, le persone possono ritornare nelle fasi precedenti o presentare periodi di stallo prolungati nei diversi stadi; questi momenti possono offrire l'opportunità di analizzare le resistenze e i fattori di blocco, orientando meglio gli interventi terapeutici.

La psicoeducazione, in questo caso, si sviluppa come un percorso integrato, in cui sia la patologia psichiatrica che quella da dipendenza da sostanze vengono affrontate con pari attenzione nella stessa sessione, condotta dagli operatori in modo congiunto. Le tematiche da affrontare nelle strategie psicoeducative sono le seguenti:

- Importanza della motivazione al cambiamento e fasi del suo sviluppo: trattare argomenti come autodeterminazione, autoefficacia, umore e comportamento disfunzionale.

- Complicazioni mediche: fisiche derivanti dall'uso di sostanze e come questo incide negativamente sulla salute mentale e altera il decorso e l'esito dei disturbi mentali. Supporto allo sviluppo di strategie per far fronte ai problemi emotivi, cognitivi e comportamentali.
- Problemi familiari: conflitti con i membri della famiglia, il ruolo che la famiglia può avere nel mantenere comportamenti legati alla sostanza o in cui potrebbe contribuire alla prevenzione delle ricadute.
- Ruolo sociale e lavorativo: valorizzare la funzione dei gruppi di supporto, degli amici, delle attività significative, del lavoro nella prevenzione delle ricadute e l'importanza di un ruolo sociale valido nel raggiungimento della recovery.
- Processo di trattamento: i partecipanti vengono educati sulle diverse fasi del trattamento, sulla disintossicazione, sulla prevenzione delle ricadute, sulla funzione dei vari farmaci e sui loro effetti collaterali.
- Craving e ricaduta: consapevolezza del craving nel causare una ricaduta come tema fondamentale nel percorso psicoeducativo, influenza fattori scatenanti, metodi per evitarli e strategie per controllare il pensiero compulsivo a usare sostanze.
- Uso del tempo libero: trovare fonti alternative di piacere. Insegnare a usare il metodo del "depotenziamento" del pensiero della sostanza associato a "bei momenti" e "divertimento".
- Adozione di uno stile di vita salutare.
- Adattamento a una nuova vita: insegnare ad accettare gradualmente il nuovo ruolo di "individuo libero da sostanze".

Se in comorbidità le sessioni hanno più efficacia se condotte da operatori della salute mentale e operatori delle dipendenze patologiche. Molto spesso i pazienti con malattie mentali gravi hanno in comorbidità il disturbo da uso di sostanze e giovano perciò di un approccio di trattamento basato su un modello integrato, in cui nella stessa equipe, collaborano operatori che intervengono in sinergia su entrambe le condizioni. La funzione del gruppo è anche quella di mutuo aiuto (*Antonio Vita, Liliana Dell'Orso, Armida Mucci, 2019; Paola Carozza, 2025*).

## Interventi assistenziali

### 1. Comportamento di salute rischioso

Definizione: condizione in cui la persona non è in grado di modificare lo stile di vita e/o le azioni e/o i comportamenti in modo da migliorare lo stato di salute e benessere.

Caratteristiche: la persona dimostra di essere incapace di acquisire un senso di controllo ottimale e compie azioni non idonee a prevenire ulteriori problemi di salute; di non possedere un'alfabetizzazione adeguata in merito alla salute e non promuove interesse nell'approfondimento di tale tematica.

Fattori correlati: abuso di sostanze, atteggiamento negativo verso l'assistenza sanitaria, bassa autoefficacia, difficoltà economiche, sostegno sociale inadeguato, risorse inadeguate, area delle relazioni interpersonali disfunzionale, storie di violenze, disturbi psichiatrici in comorbidità.

## 2. **Coping inefficace**

Definizione: incapacità di effettuare una idonea ed efficace valutazione degli agenti stressanti, inadeguatezza nella scelta di risposte pratiche e/o incapacità di utilizzare le risorse disponibili, non riuscendo a gestire le richieste relative al benessere.

Caratteristiche: incapacità di chiedere aiuto, utilizzo inappropriato dei meccanismi di difesa, incapacità di rispondere alle aspettative di ruolo, ansia e preoccupazioni, modello di sonno disfunzionale, concomitanza altre patologie fisiche, utilizzo dei sostegni sociali disfunzionale, inadeguata capacità di problem-solving, comportamento distruttivo verso se stessi e gli altri, abuso di sostanze, comportamenti rischiosi, valutazione inefficace delle minacce.

Fattori correlati: fisiopatologici come alterazioni cerebrali o regimi complessi e/o disturbi psichiatrici in comorbidità con abuso di sostanze; personali come scarso controllo degli impulsi, bassa tolleranza alla frustrazione, incertezza, insufficiente senso di controllo; situazionali come disorganizzazione del sistema familiare, modificazioni ambientali, inadeguatezza del sistema di sostegno.

- **Valutazione continua e monitoraggio clinico-sociale:** effettuare una valutazione mirata e costante della sintomatologia fisica, del sostegno sociale e della gestione delle relazioni familiari. Monitorare i comportamenti disfunzionali e/o aggressivi, individuandone le cause legate a un coping inefficace (es: mancanza di supporto, crisi, scarse abilità di problem-solving, segnali non verbali come espressioni del volto o postura). Istituire riunioni integrate e multidisciplinari, coinvolgendo anche i familiari quando necessario e nell'eventualità anche altre risorse presenti per il supporto sia alla famiglia che all'assistito.
- **Educazione terapeutica e coinvolgimento attivo:** fornire informazioni chiare e mirate alla famiglia e ai caregivers su diagnosi, trattamento e prognosi. Costruire relazioni terapeutiche solide e funzionali per promuovere l'introspezione e la variazione del comportamento, coinvolgendo l'assistito nel percorso di cura. Supportarlo nel processo decisionale di negoziazione del cambiamento e definizione di comportamenti funzionali affinché chiarisca i propri valori per incoraggiarlo nell'assunzione di maggiori responsabilità. Definire insieme all'assistito gli obiettivi realistici e stabilire un piano di interventi appropriato.

- **Promozione della motivazione e del cambiamento:** valutare insieme la disponibilità al cambiamento e gli ostacoli che impediscono i cambiamenti nello stile di vita. Identificare e valorizzare i punti di forza per elaborare un piano d'azione personalizzato. Sostenere la capacità di elaborare informazioni sul proprio percorso di malattia e recupero, mostrando la necessità del cambiamento e definendo una nuova situazione accettabile.
- **Gestione delle risorse e capacità di coping:** Offrire sostegno nella gestione funzionale delle risorse economiche e nell'uso consapevole del denaro. Promuovere strategie di coping efficaci per affrontare fattori stressanti, cambiamenti e minacce che interferiscono con i bisogni e i ruoli personali. Preparare la persona ad affrontare crisi prevedibili, definendo un piano di gestione della crisi strutturato.
- **Integrazione nella rete di supporto:** Identificare e facilitare la partecipazione a gruppi di sostegno interni ed esterni ai servizi, per favorire il confronto, la condivisione e l'inclusione sociale.

## 4) Problemi cognitivi

**R 41.0 disorientamento non specificato**

**R41.8 Altri e non specificati sintomi e segni che interessano le funzioni cognitive e lo stato di coscienza; OPPURE Scegliere un codice nel blocco**

**R41.81 – R41.89 Altri e non specificati sintomi e segni che interessano le funzioni cognitive e lo stato di coscienza**

### Assessment

**MATRICES Consensus Cognitive Battery (MCCB):** Il programma MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia), promosso dal NIMH, National Institute of Mental Health, è stato sviluppato per creare una misura standardizzata per la valutazione delle funzioni cognitive nella schizofrenia. Da questa iniziativa è nata la **MATRICES Consensus Cognitive Battery (MCCB)**, composta da 10 test neuropsicologici che valutano 7 domini cognitivi principali: velocità di elaborazione, attenzione/vigilanza, memoria di lavoro, apprendimento verbale, apprendimento visivo, ragionamento e problem solving, cognizione sociale (*Georgiades et al., 2017*). Questa batteria è destinata a fornire una valutazione relativamente breve dei principali domini cognitivi coinvolti nella schizofrenia e nei disturbi correlati.

**Brief Assessment of cognition in Schizophrenia (BACS):** esplora le principali funzioni cognitive solitamente deficitarie nella schizofrenia e correlate all'esito funzionale: memoria verbale, memoria di lavoro, velocità motoria, fluenza verbale (fonologica e semantica), attenzione/velocità di processamento dell'informazione e funzioni esecutive e pianificazione. Strumento idoneo all'utilizzo nelle valutazioni ripetute dei pazienti, di facile e rapida somministrazione (30-40 minuti).

**Schizophrenia Cognition Rating Scale (SCoRS):** è un'intervista di 18 items che valuta i deficit cognitivi ed il grado di compromissione del funzionamento quotidiano, dal punto di vista del paziente, del caregiver e del valutatore per comprendere la percezione dei propri deficit e quanto l'ambiente coglie le difficoltà dell'assistito.

Questo metodo risulta utile per migliorare l'insight e l'aderenza ai programmi di rimedio cognitivo. La scala valuta i domini cognitivi dell'attenzione, della memoria, del ragionamento, del problem solving, della memoria di lavoro, della produzione del linguaggio e delle abilità motorie. Il tempo di somministrazione è di circa 12-15 minuti.

## Obiettivi

- **Riduzione della confusione e dell'agitazione**

Diminuzione degli episodi di disorientamento, agitazione, aggressività e irrequietezza, favorendo al contempo un incremento delle attività quotidiane utili a stabilizzare il quadro clinico e a prevenire nuove crisi.

- **Autocontrollo delle distorsioni cognitive**

Sviluppo della capacità di riconoscere e ridurre pensieri o percezioni distorte, favorendo un'elaborazione del pensiero più chiara e funzionale.

- **Miglioramento dell'elaborazione e dell'organizzazione delle informazioni**

Sarà potenziata la capacità di acquisire, organizzare e utilizzare correttamente le informazioni, così da comprendere e rispondere meglio a istruzioni e richieste verbali.

- **Recupero dell'orientamento e delle funzioni cognitive**

Riacquisizione, nel miglior modo possibile in base alle proprie potenzialità, della capacità di orientarsi rispetto al tempo, al luogo e alle persone, riconoscendo se stesso, le figure significative e gli eventi rilevanti della propria vita quotidiana. L'assistito imparerà ad utilizzare tecniche, strategie compensative e strumenti per migliorare la memoria, stimolando funzioni residue come linguaggio, attenzione, ragionamento, calcolo e pianificazione, con l'obiettivo di accrescere l'autonomia.

- **Coinvolgimento della rete familiare e miglioramento della qualità di vita**

Supporto ai familiari e caregiver, così da creare un ambiente favorevole al recupero cognitivo, prevenire il deterioramento e promuovere globalmente il benessere e l'autonomia della persona.

## Panoramica

La cognizione, che si riferisce a un ampio insieme di capacità che unite consentono alle persone di percepire, elaborare e rispondere alle informazioni, è suddivisa in abilità neuro-cognitive e socio-cognitive. Esempi di abilità neuro-cognitive sono l'attenzione, la memoria, il ragionamento astratto e la velocità di elaborazione. Esempi di abilità socio-cognitive sono il riconoscimento dei volti e la teoria della mente (*Alice Medalia et al., 2017*).

Nel DSM-5, le funzioni cognitive sono divise in sei domini chiave: attenzione complessa, funzione esecutiva, apprendimento e memoria, linguaggio, percettivo-motoria e cognizione sociale. Ogni dominio cognitivo è composto da sottotipi cognitivi più specifici o granulari, che rappresentano le singole abilità mentali coinvolte in quel dominio (E. J. Kim et al., 2018).

L'**attenzione complessa** comprende diverse abilità: la velocità di elaborazione delle informazioni, la capacità di mantenere l'attenzione nel tempo (attenzione sostenuta), di concentrarsi su uno stimolo specifico tra molti (attenzione selettiva), di passare da uno stimolo all'altro (attenzione alternata), e di gestire più stimoli contemporaneamente (attenzione divisa). Questa funzione è essenziale per affrontare attività quotidiane come seguire una lezione o ricordare una conversazione appena avvenuta.

Le **funzioni esecutive** includono capacità fondamentali per la gestione dei compiti complessi: pianificazione, processo decisionale, memoria di lavoro, capacità di apprendere dal feedback, inibizione delle risposte inappropriate e flessibilità cognitiva. Queste abilità permettono di organizzare, eseguire e portare a termine azioni nella vita quotidiana, a scuola o sul lavoro.

La **memoria** è il processo che consente di codificare, immagazzinare e richiamare le informazioni. Si distingue in memoria immediata, recente (che comprende sia la componente verbale che visiva) e remota. Una memoria compromessa può causare difficoltà significative nella gestione della vita quotidiana, come dimenticare appuntamenti o ripetere involontariamente le stesse informazioni.

Il **linguaggio** si suddivide in linguaggio espressivo e recettivo e include abilità come la denominazione, la ricerca di parole, la correttezza grammaticale e la comprensione. La capacità di nominare oggetti o di parlare fluentemente senza errori grammaticali dipende dal buon funzionamento di questo dominio.

La **funzione percettivo-motoria** comprende la percezione visiva, la costruzione visuo-spaziale, la coordinazione tra percezione e movimento e la capacità di eseguire compiti motori. È necessaria, ad esempio, per orientarsi, costruire oggetti o usare strumenti; un deficit in quest'area rende difficili attività come guidare o orientarsi in un luogo conosciuto. A questa si aggiunge anche la velocità di elaborazione ovvero la velocità con cui si riesce a svolgere un compito mentale, a "dare un senso" alle informazioni ricevute e ad agire di conseguenza.

La **cognizione sociale** include il riconoscimento delle emozioni, la teoria della mente, l'empatia, lo stile attribuzionale e l'intuizione sociale, nonché la capacità di cogliere i segnali sociali. Questa funzione è cruciale per comprendere gli altri, le loro e le proprie emozioni, rispettare le norme sociali e mantenere relazioni efficaci, influenzando il funzionamento sociale e lavorativo.

(*American Psychiatric Association, 2013*).

Nel complesso, la funzione cognitiva gioca un ruolo centrale nella vita quotidiana. I deficit cognitivi possono compromettere il funzionamento personale, scolastico, professionale e relazionale. Sono comuni nei disturbi mentali e possono rappresentare sia un sintomo della malattia sia una conseguenza persistente del disturbo stesso.

Un approccio innovativo e non farmacologico per il miglioramento della cognizione nella schizofrenia è rappresentato dall'**esercizio fisico**, in particolare da quello **aerobico**. La ricerca degli ultimi anni ha mostrato come l'attività fisica non porti benefici soltanto sui sintomi psichiatrici e sul funzionamento sociale, ma incida positivamente anche sulle funzioni cognitive compromesse, nella motivazione intrinseca, nei sintomi psichiatrici e nelle relazioni interpersonali in questi pazienti (*Shimada et al., 2019*).

Diversi studi (*Dauwan et al., 2016; Firth et al., 2016; Shimada et al., 2022*) hanno infatti evidenziato che programmi strutturati di esercizio aerobico determinano miglioramenti significativi nella cognizione globale, con effetti particolarmente rilevanti su domini quali l'attenzione e vigilanza, la memoria di lavoro e l'apprendimento verbale. Anche lo **yoga** ha mostrato benefici sulla memoria a lungo termine e una possibile efficacia, seppur non del tutto confermata, anche nei sottodomini di attenzione e funzioni esecutive (*Dauwan et al., 2016*).

Per ottenere tali benefici, le evidenze suggeriscono la pratica di attività aerobica di gruppo, condotta sotto la supervisione di professionisti dell'esercizio, con una frequenza di almeno 90 minuti a settimana per un periodo di 12 settimane o più (*Shimada et al., 2022*).

## Interventi riabilitativi

La **riabilitazione cognitiva (CR)**, secondo il Cognitive Remediation Expert Working Group (2005-2012), è un intervento basato su principi di apprendimento volto a potenziare funzioni cognitive compromesse (come attenzione, memoria, funzioni esecutive, cognizione sociale o metacognizione), con l'obiettivo di migliorare il funzionamento nella vita quotidiana. È particolarmente efficace se integrata in contesti che favoriscono il supporto e l'applicazione pratica delle abilità. Si rivolge a persone con deficit cognitivi, aiutandole a migliorare le proprie capacità in ambiti come scuola, lavoro e relazioni sociali (*E. J. Kim et al., 2018*).

La riabilitazione cognitiva è stata ampiamente impiegata nel trattamento della schizofrenia, patologia in cui il deterioramento cognitivo è particolarmente marcato, con evidenze di efficacia documentate in numerosi studi (*Grynszpan et al., 2011*).

In particolare, è emersa una stretta relazione tra il miglioramento delle funzioni cognitive e quello delle abilità sociali: un aumento della velocità di elaborazione e delle capacità di apprendimento visuo-spaziale, insieme a una riduzione della sintomatologia positiva, risulta associato a un maggiore progresso funzionale quando la CR è inserita all'interno di un programma riabilitativo psichiatrico integrato e strutturato (*J. P. Lindenmayer et al., 2017*).

Negli ultimi anni, l'applicazione della CR si è estesa anche ad altri disturbi psichiatrici, tra cui il disturbo bipolare, la depressione e il disturbo da deficit di attenzione/iperattività (*Bowie et al., 2013; Demant et al., 2013; John et al., 2017; E. J. Kim et al., 2018; Medalia & Freilich, 2008; T. Wykes et al., 2011*).

Il rimedio cognitivo è un trattamento comportamentale per le persone che presentano deficit cognitivi che interferiscono con il funzionamento quotidiano (*Alice Medalia et al., 2017*).

La riabilitazione cognitiva si concentra sulle abilità cognitive di base, e non sullo sviluppo di conoscenze specifiche di un preciso dominio, affinché lo sviluppo di queste possa aiutare la persona ad essere maggiormente in grado di funzionare nello svolgimento delle attività quotidiane, tra cui scuola, lavoro, interazioni sociali e vita autonoma. Dunque, in riabilitazione psichiatrica, la riabilitazione cognitiva è considerata un intervento di formazione delle competenze, basato su obiettivi condivisi: le persone sono più propense a lavorare per raggiungere obiettivi che hanno loro stesse scelto, mediante un processo collaborativo di valutazione e pianificazione per migliorare il successo e la soddisfazione negli ambienti di vita, di apprendimento, di lavoro e sociali desiderati (*Alice Medalia et al., 2017*).

Gli interventi di rimedio cognitivo possono essere classificati secondo due principali modelli: l'approccio compensatorio che si concentra sull'uso di supporti (come smartphone, ausili,..) per cercare di aggirare e compensare le difficoltà cognitive, facendo affidamento sulle abilità cognitive residue. E l'approccio riparativo o restorativo che mira a potenziare le funzioni cognitive compromesse attraverso esercizi ripetuti e pratiche mirate, sfruttando la neuroplasticità del tessuto neurale sano per compensare le funzioni perse, per aumentare la capacità da parte del cervello di svilupparsi ed evolvere per tutta la durata della vita e favorire la generalizzazione delle abilità acquisite (*J. Lindenmayer et al., 2008*).

Nel complesso gli interventi di rimedio cognitivo si basano sull'utilizzo di alcune tecniche comuni nella maggior parte degli interventi (*Antonio Vita, Liliana Dell'Orso, Armida Mucci, 2019*):

- *Errorless learning* (l'apprendimento senza errori): tecnica utilizzata per adeguare i compiti richiesti in modo che il soggetto possa svilupparli e completarli senza commettere errori, evitando la frustrazione e l'apprendimento appunto di errori.

- *Scaffolding* (impalcatura): tecnica che ha l'obiettivo di modificare e adattare la difficoltà del compito in base all'abilità del soggetto che, sulla base delle risorse in suo possesso, deve sviluppare nuove capacità. Questo favorisce la partecipazione e la motivazione, riducendo la frustrazione del partecipante.
- *Auto-monitoraggio*: consiste nel verificare ripetutamente gli obiettivi richiesti dal compito con lo scopo di adeguare costantemente la modalità per raggiungerli. In questo modo verrà chiesto all'utente di verbalizzare le richieste del compito e ripeterle. Tale tecnica prevede in questo modo di migliorare l'accuratezza nei compiti più difficili e stimola l'utilizzo della metacognizione.

Attualmente, diversi programmi di riabilitazione cognitiva vengono impiegati sia in contesti comunitari che ospedalieri.

1. Tra i più completi vi è la **Terapia Psicologica Integrata (IPT)**, un intervento di gruppo che unisce la riabilitazione cognitiva alla formazione delle abilità sociali (Roder et al., 2011).

**L'IPT** si articola in cinque sottoprogrammi gerarchicamente ordinati: la differenziazione cognitiva, la percezione sociale, la comunicazione verbale, le abilità sociali e il problem solving. Il programma è stato sviluppato in modo da favorire il miglioramento progressivo delle funzioni cognitive da quelle di base (livello attentivo e percettivo) agli aspetti cognitivi più complessi (livello cognitivo e socio-cognitivo). Il trattamento è condotto in gruppo (chiuso da 4- 8 partecipanti), ma può essere svolto anche individualmente se necessario. Principalmente il programma è previsto per soggetti schizofrenici, omogenei per funzionamento cognitivo, con un quadro clinico con prevalente sintomatologia negativa, i sintomi positivi se presenti non devono essere gravi. Prevede da due a quattro sedute a settimana, con una durata variabile tra 30 e 90 minuti a seconda del sottoprogramma, per 12 mesi. Il passaggio da un sottoprogramma a un altro non è predefinito ma avviene quando tutti i partecipanti hanno raggiunto una sufficiente competenza nello svolgimento degli esercizi previsti (Vita, 2013).

2. Il programma IPT è stato aggiornato, arricchito e perfezionato, dando vita all'attuale metodo **INT (Terapia Neurocognitiva Integrata)**, che tiene conto dei progressi scientifici più recenti nel campo dei rimedi cognitivi.

Un'influenza fondamentale è stata esercitata dall'iniziativa MATRICS (Measurement and Treatment Research to improve Cognition in Schizophrenia) del National Institute of Mental Health (NIMH) (Marder & Fenton, 2004).

Sono stati individuati cinque ulteriori aspetti fondamentali della cognizione sociale: elaborazione delle emozioni, percezione sociale, Teoria della Mente, schemi sociali e stili di attribuzione sociale; in aggiunta alle funzioni neurocognitive precedentemente elaborate: velocità di elaborazione delle informazioni, attenzione/vigilanza, apprendimento verbale e visivo, memoria di lavoro, ragionamento e problem solving. Dunque l'intervento è strutturato attorno a questi domini, rendendo l'INT un percorso terapeutico unitario.

L'INT è composto da quattro moduli, ognuno composto da due aree terapeutiche: il metodo prevede di iniziare con contenuti neurocognitivi poco complessi ed emotivamente neutri sviluppati in un setting di gruppo altamente strutturato e termina con esercizi interattivi complessi ed emotivamente coinvolgenti in un contesto terapeutico meno strutturato. La caratteristica di questo modello è quella di svolgere un approccio "bottom up" e "top down" ovvero che i contenuti proposti nei primi moduli vengono affrontati nuovamente in maniera implicita, nei moduli successivi più complessi.

Tabella 2. Intervento INT

<b>Modulo</b>	<b>Area neurocognitiva</b>	<b>Area cognizione sociale</b>
A	Velocità di elaborazione dell'informazione - Attenzione / Vigilanza	Percezione delle emozioni: Riconoscimento delle emozioni - Comprensione delle emozioni
B	Apprendimento visivo e verbale - Memoria	Percezione sociale - Teoria della mente (ToM)
C	Ragionamento - <i>Problem solving</i> (funzioni esecutive)	Schemi sociali (Script sociali e norme)
D	Memoria di lavoro (funzioni esecutive)	Attribuzione sociale - regolazione delle emozioni

L'INT è composto da 30 sessioni, a frequenza bisettimanale; la durata delle sedute è di circa 90 minuti e prevede una pausa. Alcuni esercizi prevedono l'utilizzo del computer e può essere che alcune sedute si alterni il lavoro nella stanza di gruppo con quello nella stanza dei PC ([www.markersoftware.com](http://www.markersoftware.com)).

3. La **Cognitive Remediation Therapy (CRT)** è un programma di training cognitivo strutturato che agisce direttamente sulle abilità cognitive di base, come attenzione, memoria e funzioni esecutive, con l'obiettivo di rafforzare le capacità necessarie per affrontare le richieste della vita quotidiana e migliorare il funzionamento sociale. Il programma cognitivo è costituito da tre moduli elaborati per lo sviluppo di funzioni quali la flessibilità cognitiva, la memoria di lavoro e la pianificazione (Cambio di Set Cognitivo, Memoria e Pianificazione) che, se deficitarie, potrebbero essere fattori di vulnerabilità per il disturbo ed essere implicate nella formazione dei sintomi.

La struttura del programma prevede che l'intervento possa essere altamente personalizzato e quindi ben adattabile ad una popolazione eterogenea, identificando i punti di forza e di debolezza del partecipante e utilizzandoli come guida per il processo terapeutico.

Si presenta come una serie ripetitiva di compiti "carta e penna" che partono da un livello molto semplice, fino ad aumentare di difficoltà ed essere adattati in itinere al livello raggiunto dal singolo paziente. Utilizza un approccio prevalentemente di tipo riparativo/restorativo sia top-down, "dal generale al particolare" (abilità di problem solving basate sull'elaborazione di strategie da applicare poi nella vita quotidiana), sia bottom-up, "dal particolare al generale" (compiti ripetitivi utilizzando l'approccio drill and practice, ovvero istruzione e pratica, come la presentazione di informazioni alle quali si richiede una risposta rapida), e si avvale di tecniche di apprendimento basate sull'elaborazione di strategie (ri-apprendimento) e sulla ripetizione di compiti (ri-allenamento). L'attivazione intensiva di specifiche funzioni cognitive deficitarie, compito-correlata, può portare a miglioramenti generalizzati e durevoli (*Antonio Vita, Liliana Dell'Orso, Armida Mucci, 2019*).

Il trattamento viene somministrato individualmente, per un totale di circa 40 ore.

Numerosi studi clinici controllati (*P. T. Wykes & Reeder, 2006*) hanno dimostrato l'efficacia della CRT nel migliorare non solo la performance cognitiva, ma anche il funzionamento sociale e, in alcuni casi, la sintomatologia stessa. In particolare, si è osservato che il miglioramento della flessibilità cognitiva può associarsi a una riduzione dei sintomi positivi e a un incremento dell'autonomia funzionale.

Si tratta quindi di un intervento che può essere integrato efficacemente nei percorsi riabilitativi complessi, e che si rivolge in particolare a pazienti con difficoltà cognitive rilevanti, anche in fasi croniche della malattia. La CRT può essere somministrata da diverse figure professionali – psicologi, educatori, tecnici della riabilitazione – purché adeguatamente formate e supervisionate, rendendola un'opzione accessibile e applicabile in contesti differenti.

#### 4. Programmi di rimedio cognitivo computerizzati

Tali programmi si avvalgono dell'utilizzo del computer con lo scopo di favorire l'autonomia del paziente nello svolgimento degli esercizi. Si basano sulla sollecitazione ripetuta di specifiche funzioni cognitive, attraverso l'esecuzione di compiti che coinvolgono specifiche abilità. Questi programmi dovrebbero essere applicati intensivamente (una sessione al giorno) per un breve periodo (2-3 settimane). Questi programmi adottano una metodologia di tipo restorativo con un approccio drill and practice (Istruisci e pratica: compiti ripetitivi fino ad autonomia), il rinforzo positivo come strumento motivazionale, e un adeguamento del tipo di intervento in base alle caratteristiche individuali del paziente.

Numerosi studi (*Grynszpan et al., 2011; Lau & Tang, 2021*), hanno dimostrato l'efficacia dei programmi di rimedio cognitivo assistito da computer valutando un miglioramento efficace delle prestazioni cognitive e la funzionalità quotidiana dei pazienti affetti da disagio psichico.

*Cogpack* – [www.markersoftware.com](http://www.markersoftware.com)

*RehaCom System* – [www.hasomed.de](http://www.hasomed.de)

*CIRCuiTS Comuptered Interactive Remediation of Cognition* – [www.kcl.ac.uk](http://www.kcl.ac.uk)

- **Cogpack: Il Cogpack (Marker Software)** offre una serie di esercizi (64) il cui corretto svolgimento si basa su una pratica massiva e ripetuta. Le abilità richieste per lo svolgimento degli esercizi sono: la velocità visuomotoria, la comprensione, la vigilanza, il linguaggio, la memoria e altre funzioni cognitive. Ciascun dominio è costituito da un numero di esercizi differenti, che varia da 5 a 15, talvolta sovrapponibili, ciascuno dei quali presenta diverse varianti e diversi livelli di difficoltà. Sono: abilità visuomotorie, vigilanza, linguaggio, memoria, logica e calcoli matematici, abilità quotidiane, cultura e orientamento. Gli esercizi possono essere modulati in modo programmato o auto- modulati dal software in base ai risultati ottenuti dal paziente nelle prove precedenti, evitando così l'esecuzione di compiti troppo semplici o troppo complessi. Permette inoltre di creare set di esercizi specifici per le funzioni cognitive da riabilitare, questa variabilità permette di scegliere esercizi diversi all'interno di una stessa categoria, utilizzando compiti nuovi man mano che il paziente riesce a risolvere con successo tutti i livelli di un esercizio. Al termine di ogni esercizio il computer restituisce un feedback visivo e sonoro immediato rendendo il paziente consapevole di eventuali miglioramenti (*Vita, 2013*).
- Il **CIRCuiTS** è un intervento di tipo strategico che lavora prevalentemente sulla sfera metacognitiva e sull'uso di strategie, oltre che sull'allenamento intensivo delle funzioni cognitive di base (attenzione, memoria e funzioni esecutive) con un focus sulla generalizzazione delle abilità apprese (esercizi complessi legati alla vita quotidiana: lavoro, spesa, cucina, viaggi, relazioni sociali).

È una terapia di riabilitazione cognitiva (CR) computerizzata (piattaforma accessibile online), è guidata da un professionista ma integrata da sessioni indipendenti. Prevede due sessioni a settimana, permette al paziente di lavorare al domicilio, favorendo la pratica ripetuta. Il professionista ha il ruolo di sostenere la motivazione, favorire la generalizzazione dell'apprendimento e incoraggiare l'applicazione delle competenze nella vita reale. Il programma prevede fino a 40 sessioni di circa un'ora, erogate 3 volte a settimana per 12 settimane, con la possibilità di aggiungere sessioni indipendenti (*Reeder et al., 2017*).

- **RehaCom** è un pacchetto software per il rimedio cognitivo che mira a esercitare: attenzione, memoria, abilità spaziali, funzioni esecutive, capacità visuomotorie. Si basa su tre strategie principali: psicoeducazione e consapevolezza delle funzioni cognitive, potenziamento della motivazione e allenamento delle abilità compensatorie e di adattamento. È dotato di semplice interfaccia, con possibilità di utilizzare una tastiera semplificata per i pazienti che presentano particolari difficoltà; ogni modulo può essere personalizzato dal terapeuta (livello di difficoltà, durata, stimoli, limiti di tempo), e il software è auto-adattivo, ossia modifica automaticamente la difficoltà dei compiti in base alle prestazioni del paziente. I professionisti possono monitorare online l'andamento del training e fornire feedback. I risultati vengono restituiti tramite grafici e tabelle che mostrano i progressi, il numero di errori e i tempi di reazione, consentendo una valutazione precisa e individualizzata (*Mak et al., 2013; Sarpourian et al., 2024*).

## Interventi assistenziali

### 1. Confusione mentale acuta

Definizione: Disturbi reversibili dello stato di coscienza, dell'attenzione, delle funzioni cognitive e della percezione che si sviluppano in un breve periodo di tempo.

Caratteristiche: alterazione delle prestazioni psicomotorie, disfunzione cognitiva, difficoltà ad assumere un comportamento intenzionale, percezioni errate, manifestazioni neurocomportamentali, attuazione inadeguata di un comportamento finalizzato a uno scopo. Fattori correlati: alterazioni del ciclo sonno-veglia, delirium, demenza, abuso di sostanze, squilibri funzioni metaboliche, disturbi del sistema nervoso.

### 2. Confusione mentale cronica

Definizione: deterioramento irreversibile, progressivo, insidioso e a lungo termine dell'intelletto e della personalità. Si manifesta con la compromissione delle funzioni cognitive (memoria, parola, linguaggio, presa di decisioni e funzione esecutiva) e una diminuita capacità di interpretare gli stimoli ambientali con difficoltà di orientamento e di svolgimento delle attività quotidiane.

### 3. Memoria compromessa

Incapacità persistente di ricordare o di richiamare alla mente parti di informazioni o di abilità. Caratteristiche: persistenti dimenticanze, persistente incapacità di ricordare se un certo comportamento è stato messo in atto, di imparare nuove abilità o informazioni, di applicare un'abilità precedentemente appresa, di ricordare informazioni, eventi, nomi, oggetti, azioni.

Fattori correlati: compromissioni funzioni neurologiche, problemi fisiopatologici, problemi psichiatrici; situazionali come mancanza di motivazione, inadeguata stimolazione, stress, distrazioni, altri disturbi psicologici.

- **Valutazione e monitoraggio continuo:** L'assistenza prevede un'attenta e costante valutazione della sintomatologia fisica e del contesto in cui l'assistito è inserito. Valutare principalmente la presenza di fattori che ostacolano la memoria come ad esempio le patologie del sistema nervoso centrale, la bassa istruzione, stress, traumi, abuso di sostanze. È importante monitorare anche i comportamenti disfunzionali e/o aggressivi e comprenderne le cause, come un coping inefficace, la mancanza di supporto, una crisi o difficoltà di problem-solving. A tale scopo sono utili riunioni multidisciplinari integrate, con il coinvolgimento dei familiari e di altre risorse di supporto quando necessario. Monitoraggio dei parametri: stato nutritivo, peso corporeo, sonno, igiene, routine disfunzionali (cause di maggiore confusione), isolamento, funzionalità cognitiva.
- **Orientamento cognitivo alla realtà:** promozione della consapevolezza da parte dell'assistito della propria identità, del tempo e dell'ambiente. Esempi utili sono: chiamarlo per nome, conversare dei fatti di attualità e condividere con l'assistito la quotidianità, mantenendo e supportando le abitudini, coinvolgerlo nelle scelte mediche, trasmettere interesse, coinvolgerlo nelle conversazioni del percorso di cura. In tal modo si punta a far emergere i punti di forza dell'assistito, valutare gli ostacoli che impediscono i cambiamenti nello stile di vita e pianificare obiettivi basati sulle risorse disponibili. Modificare opportunamente l'ambiente per la persona in stato confusionale e promuovere il senso di integrità dell'assistito come, ad esempio, accompagnarlo negli spazi esterni e aiutarlo a comprendere dove si trova.
- **Stimolazione cognitiva:** promozione della consapevolezza e della comprensione dell'ambiente utilizzando stimoli pianificati. Fornire input sensoriali sufficienti e significativi ad esempio: aiutare a mantenere l'assistito orientato nel tempo e nello spazio, evidenziare i giorni e lo svolgimento della giornata con opportuni mezzi, ottenere informazioni per la conversazione e intervistarlo all'inizio della giornata. Fornire occasioni per sperimentarsi. Ridurre le fonti di distrazione.

- **Gestione sintomatologia ansiosa:** Riduzione dell'ansia, dell'apprensione, dell'inquietudine o del disagio correlati alla sintomatologia espressa tramite programmate sessioni di rilassamento come tecniche di respirazione con musica rilassante in ambienti a bassa stimolazione. Fornire anche adeguati momenti di sfogo come arte terapia ed esercizi fisici.
- **Supporto e coinvolgimento della famiglia, integrazione sociale:** Un aspetto centrale è l'attività educativa rivolta alla famiglia e ai caregivers, fornendo informazioni su diagnosi, trattamento e prognosi. Alcuni esempi di trattamento da consigliare: rivolgersi all'assistito come un adulto, suggerire di parlare lentamente, con tono basso e un volume medio, utilizzare il contatto visivo, non assecondare la confusione, non discutere con l'assistito, orientarlo alla realtà. Allo stesso tempo, si costruiscono relazioni terapeutiche funzionali con l'assistito, coinvolgendolo nella definizione di obiettivi realistici e nel piano di cura. Questo percorso favorisce chiarezza nei valori personali e incoraggia l'assunzione di responsabilità anche nei processi decisionali. Promuovere la partecipazione a gruppi di sostegno sia all'interno dei servizi che sul territorio.

## 5) Problemi di malattia somatica o di disabilità fisica

Scegliere un codice nel blocco R50-R69 Sintomi e segni generali

### Assessment

#### **WHODAS II (World Health Organization's Disability Assessment Schedule II).**

Si tratta di uno strumento sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per valutare le limitazioni comportamentali e le restrizioni alla partecipazione vissute da un individuo, indipendentemente dalla diagnosi medica. È concepito per analizzare il funzionamento della persona adulta con disabilità nelle principali aree della vita quotidiana, articolate in sei domini di attività: attività cognitive (Comprensione e comunicazione), Mobilità e Spostamenti (sapersi muovere), Cura di sé (provvedere all'igiene personale, vestirsi, mangiare, anche in un contesto di autonomia), Andare d'accordo con gli altri (modalità di interazione con le altre persone), Attività della vita quotidiana (responsabilità domestiche, svago, lavoro, scuola), Partecipazione alla società (prendere parte a iniziative della comunità e partecipare alla vita sociale). Trattandosi di una misura generica, lo strumento non è legato a una specifica patologia e può quindi essere impiegato per confrontare diversi quadri di disabilità. Risulta utile per identificare i bisogni individuali, supportare gli operatori nell'offerta di interventi adeguati, monitorare nel tempo il funzionamento e valutare l'impatto degli interventi sanitari e sociosanitari. Il tempo medio di somministrazione varia tra i 5 e i 10 minuti.

**Life Skills Profile (LSP).** Si tratta di una scala di eterovalutazione, contenente 39 item che forniscono una misura chiave del funzionamento e della disabilità delle persone affette da disturbo mentale. Di rapida e agevole compilazione, è somministrabile, oltre che chiaramente dai membri dell'équipe, anche da non esperti, caregiver e familiari. Le aree del funzionamento indagate sono 5: cura del sé, comportamenti disturbanti, il contatto sociale, la comunicazione e la responsabilità.

**Short Form Health Survey 36 (SF-36).** È uno strumento generico, multidimensionale, costituito da 36 domande suddivisibili in 8 scale: Funzionamento fisico, Limitazioni dovute alla salute fisica, Limitazioni dovute a problemi emotivi, Energia e fatica, Benessere emotivo, Attività sociali, Dolore, Percezione salute generale. Il 36° item differentemente valuta il cambiamento nello stato di salute (1 item) rispetto all'anno precedente. Tutti gli Item della scala presentano la medesima modalità di risposta avvalendosi di una scala likert, ma con un punteggio che risulta variabile e ponderato per ogni elemento. Questa scala valuta lo stato di salute generale del paziente e permette di cogliere l'impatto di una malattia su varie dimensioni della qualità della vita.

## Obiettivi

- **Rafforzare la consapevolezza della malattia nei pazienti e nei loro familiari**

Favorire una maggiore comprensione per affrontare meglio la condizione e a gestire la malattia in modo più efficace e realistico. Promuovere la capacità di gestire la malattia in modo attivo e consapevole, sviluppando strategie per adattarsi alle limitazioni e valorizzare le risorse disponibili.

- **Adozione di stili di vita salutari orientati al benessere**

Supportare gli utenti a recuperare e mantenere abitudini di vita sane, con particolare attenzione ad avere un'attività fisica adeguata al mantenimento del proprio livello di funzionalità, in grado di raggiungere uno stato di benessere fisico, psicologico, sociale (all'interno di un contesto culturale e sociale), ambientale (agio, comfort e sicurezza).

- **Gestione del dolore e della sintomatologia**

Accompagnare l'assistito verso la riduzione dell'intensità del dolore e il miglioramento nello svolgimento delle attività di vita quotidiana. Far esplorare interventi non farmacologici per la gestione della sintomatologia e favorirne l'utilizzo, anche di azioni personali per controllare il dolore. Individuare strategie per gestire la malattia cronica, il suo trattamento e prevenire la progressione e le complicanze, aiutandolo a riconoscere i fattori che peggiorano i sintomi e gli interventi per migliorare il benessere.

- **Confronto continuo e percezione positiva dell'assistenza**

Incoraggiare un confronto continuo tra professionisti sanitari e specialisti, al fine di monitorare e gestire in modo integrato le comorbidità presenti, garantendo un'assistenza più efficace e personalizzata. Questo affinché il paziente e i familiari possano esprimere positività dell'assistenza ricevuta.

- **Autonomia funzionale e attività fisica**

Sostenere l'assistito nello svolgimento autonomo delle attività base per la cura personale e le IADL (attività di vita quotidiana strumentali), promuovendo al tempo stesso il miglioramento della forza e della resistenza fisica. Viene favorita la capacità di intraprendere e mantenere attività motorie in autonomia, attraverso la definizione di obiettivi settimanali concreti e personalizzati. Particolare attenzione è rivolta alla gestione delle risorse energetiche e alla tolleranza allo sforzo, incoraggiando un equilibrio tra attività e riposo per garantire continuità, sicurezza e benessere.

- **Sostegno alle competenze familiari**

Rafforzamento della coesione e della funzionalità familiare, attraverso l'acquisizione di strategie di adattamento e coping efficaci di fronte alla malattia, la risoluzione condivisa dei problemi e la modifica di comportamenti disfunzionali, promuovendo così un ambiente relazionale equilibrato e di supporto reciproco.

## Panoramica

1. Gli individui con disturbi mentali gravi, presentano un rischio elevato di comorbidità fisiche, in particolare obesità, diabete mellito di tipo 2 e malattie cardiovascolari, che contribuiscono alla riduzione dell'aspettativa di vita rispetto alla popolazione generale.

Queste condizioni sono in gran parte correlate a fattori di rischio modificabili, correlati alle scelte di vita individuali, come fumo, dieta scorretta, abuso di sostanze, sedentarietà e bassi livelli di attività fisica. Anche sintomi negativi e cognitivi, bassa autostima e scarsa motivazione autonoma incidono sul mantenimento di stili di vita salutari, con un impatto diretto sul funzionamento sociale e sulla qualità di vita (*De Hert et al., 2011*).

Tra gli interventi non farmacologici, un ruolo centrale è ricoperto dai programmi di cambiamento del comportamento mirati a promuovere abitudini salutari. Questi includono l'**attività fisica** con programmi strutturati di esercizio fisico e le tecniche cognitive comportamentali, come la consulenza comportamentale basata sullo **stile di vita salutare e la psicoeducazione alimentare** (aumentare la consapevolezza verso comportamenti salutari; monitorare la salute fisica con visite di controllo regolari; informare i pazienti sui rischi legati all'adozione di stili di vita non salutari). Alcuni studi suggeriscono che tali tipi di interventi non farmacologici possono ridurre l'aumento di peso e migliorare gli esiti metabolici, i sintomi clinici e il funzionamento, la qualità della vita e l'attività fisica nei pazienti al termine dell'intervento. Risultati promettenti sono stati ricavati anche dagli **esercizi mente-corpo**.

In particolare, l'esercizio aerobico (camminare, nuotare, andare in bicicletta), svolto a intensità da leggera a moderata e ripetuto per lunghi periodi, rappresenta una delle strategie più efficaci per migliorare la capacità cardiorespiratoria (CRF) e ridurre i fattori di rischio cardiovascolare. Ha altresì dimostrato effetti positivi sul funzionamento globale, sulle capacità cognitive e sulla riduzione dei sintomi negativi e depressivi; favorisce la plasticità sinaptica e cerebrale e contribuisce a modificare il volume di specifiche aree del cervello (Falkai et al., 2022).

È raccomandata una frequenza di almeno due o tre volte a settimana per circa 12 settimane, con maggiore efficacia quando le attività sono di gruppo o supportate da strumenti di monitoraggio (ad esempio contapassi), che favoriscono aderenza e motivazione (Dale et al., 2014; De Rosa et al., 2017; Fernández-Abascal et al., 2023). L'attività fisica e le abitudini alimentari salutari sembrano essere gli stili di vita più suscettibili al cambiamento: i benefici includono una migliore qualità della vita, un miglioramento delle prestazioni cognitive, un aumento delle interazioni sociali e un'aspettativa di vita più lunga (Luciano et al., 2022).

La ricerca ha dimostrato che le scelte di stile di vita possono essere migliorate attraverso specifici interventi psicoeducativi, solitamente indicati come "interventi sullo stile di vita". I pazienti, insieme ai loro familiari e caregiver, dovrebbero essere educati a comportamenti sani e ricevere materiale psicoeducativo per migliorare le loro abitudini di vita (Luciano et al., 2024). Il formato individuale permette di personalizzare l'intervento sui bisogni del paziente e aumentare la motivazione al cambiamento quello di gruppo consente condivisione di opinioni e supporto reciproco (De Rosa et al., 2017).

## **2. Psicoeducazione** (Paola Carozza, 2025; Sarkhel et al., 2020)

La psicoeducazione integra elementi della terapia cognitivo-comportamentale, della terapia di gruppo e dell'educazione ed ha come obiettivo principale quello di fornire a pazienti e alle famiglie conoscenze sui vari aspetti della malattia e del suo trattamento, così da favorire una collaborazione con i professionisti e migliorare gli esiti complessivi. La psicoeducazione rappresenta il processo di insegnamento ai pazienti e ai loro familiari della natura della malattia, della sua eziologia, progressione, conseguenze, prognosi, opzioni terapeutiche e alternative. Gli elementi essenziali della psicoeducazione si fondano, innanzitutto, sull'informare i pazienti e i familiari in merito alla loro malattia, così da accrescerne la consapevolezza e la comprensione. A questo si affianca la formazione alla risoluzione dei problemi, volta a fornire strumenti pratici per affrontare le difficoltà che la patologia comporta nella vita quotidiana, ed eventualmente, prevenire le ricadute. Un ulteriore aspetto fondamentale è rappresentato dalla formazione alla comunicazione e dell'autoaffermazione, che mirano a migliorare le capacità relazionali e favorire interazioni più efficaci sia con i familiari sia con i professionisti della salute.

La psicoeducazione prevede solitamente la trasmissione di alcuni contenuti informativi di base ai pazienti e ai loro familiari, in merito a un particolare disturbo presentato. I moduli possono essere modificati per soddisfare le esigenze dei pazienti, dei familiari, o dei professionisti coinvolti, o variare a seconda del disturbo specifico. Per questo motivo, il numero, la frequenza e i contenuti delle sessioni possono variare, così come i contenuti generali, anche se è auspicabile che siano presenti alcuni elementi fondamentali: fattori eziologici, segni e sintomi comuni, consapevolezza dei primi segnali di ricaduta/ricorrenza e le modalità per affrontare la situazione. È inoltre importante fornire informazioni sulle opzioni terapeutiche disponibili, su quando e come accedere al trattamento, sulla necessità di aderire scrupolosamente alle indicazioni del team curante, sul decorso e sugli esiti a lungo termine della malattia. Altrettanto rilevante è offrire indicazioni pratiche ai familiari rispetto a comportamenti da adottare o da evitare, nonché chiarire eventuali falsi miti e ridurre lo stigma associato alla malattia. La psicoeducazione dovrebbe comprendere anche interventi comportamentali volti a promuovere stili di vita salutari. In particolare, è importante favorire l'adozione di abitudini regolari di sonno, un'alimentazione sana ed equilibrata, un adeguato livello di attività fisica, e il mantenimento di relazioni e attività sociali, tutti fondamentali per il benessere complessivo della persona.

La psicoeducazione può essere realizzata in diversi contesti: individuale, familiare, di gruppo o comunitario. Inoltre, a seconda degli obiettivi prioritari, essa può essere focalizzata sull'aderenza terapeutica, sulla conoscenza della malattia, sulle strategie di trattamento oppure sugli aspetti riabilitativi, avendo premura di tenere conto sempre degli aspetti emotivi del paziente, dei suoi punti di forza e della sua capacità di resilienza.

**3. La psicoeducazione familiare** può essere svolta in contesti familiari singoli o in gruppi con più famiglie affette da patologie simili nei loro pazienti (gruppi multifamiliari). È di grande importanza nei casi di gravi malattie, specialmente mentali, quando i pazienti mancano di consapevolezza e possono rifiutare i trattamenti proposti.

La psicoeducazione familiare nasce con l'obiettivo di supportare la famiglia a comprendere l'impatto della malattia sull'intero sistema e l'interazione tra la famiglia e il decorso della malattia.

Il numero e la frequenza delle sedute sono variabili, generalmente il percorso prevede 6–12 incontri settimanali, con eventuali follow-up mensili dopo la dimissione.

In generale, le strategie di intervento con le famiglie prevedono di:

- valorizzare il loro ruolo attivo nel trattamento e rafforzare la collaborazione;
- fornire informazioni chiare e realistiche sui limiti della disabilità e sugli obiettivi del trattamento;
- accogliere e sostenere le emozioni espresse (colpa, rabbia, angoscia, demoralizzazione, stigma) valorizzando le risorse familiari e i punti di forza;

- favorire l'aggregazione in gruppi di supporto e supportare nel mantenimento dei propri spazi personali e vitali;
- migliorare la comunicazione familiare, incoraggiando l'espressione dei sentimenti, l'ascolto attivo e la gestione positiva delle richieste;
- fornire strumenti pratici per affrontare sintomi, crisi e comportamenti disfunzionali, gratificando i progressi ed accettando insieme i limiti imposti dalla malattia.

## Interventi riabilitativi

### 1. Interventi di promozione healthy life style behaviours

Gli interventi sullo stile di vita si basano su tecniche di psicoeducazione, approcci motivazionali e terapia cognitivo-comportamentale, erogati in piccoli gruppi di 5-10 pazienti con cadenza settimanale o ogni 7-10 giorni. Le sessioni affrontano temi quali alimentazione sana, attività fisica, cessazione del fumo, aderenza alla terapia farmacologica, riduzione dei comportamenti a rischio e regolazione dei ritmi circadiani.

Ogni incontro prevede momenti informativi sugli stili di vita e strategie per modificare abitudini non salutari, l'identificazione di obiettivi personali, esercizi motivazionali e problem-solving. Vengono utilizzati strumenti pratici come diari e role-play per stimolare il coinvolgimento attivo, la discussione e l'interazione tra i partecipanti. Le sessioni si concludono con circa 20 minuti di attività fisica moderata, finalizzata a rinforzare l'apprendimento e la motivazione al cambiamento.

Le ricerche disponibili indicano che questi programmi risultano più efficaci quando integrano componenti dietetiche e di attività fisica, insieme alla definizione di obiettivi personalizzati e a strategie motivazionali, con benefici sulla salute fisica, sull'autostima e sul funzionamento globale. (*Luciano et al., 2024*)

### 2. Linee guida dell'EPA sugli interventi sullo stile di vita per adulti con gravi malattie mentali: una meta-revisione delle prove (*Maurus et al., 2024*)

Questo documento guida ha raccolto le prove di efficacia più autorevoli sugli interventi sullo stile di vita per adulti con disturbi mentali gravi, con l'obiettivo di ampliare le opzioni terapeutiche disponibili, sviluppare raccomandazioni pratiche e definire priorità di ricerca. L'analisi si è basata sul quadro di riferimento delle linee guida dell'European Psychiatric Association (EPA), sintetizzando la letteratura esistente e traducendo le conoscenze della ricerca in indicazioni operative per l'implementazione clinica.

Gli interventi presi in esame hanno incluso diverse combinazioni di:

- programmi di attività fisica;
- cambiamenti dietetici (educazione nutrizionale e consulenza);
- tecniche psicoeducative, motivazionali e cognitivo-comportamentali;

- supporto tra pari o familiare;
- interventi digitali (app, contapassi, comunicazioni via cellulare);
- iniziative tramite social media finalizzate a promuovere attività fisica o un'alimentazione più sana.

In sintesi, gli interventi che combinano tecniche di cambiamento comportamentale, modificazioni della dieta e attività fisica si sono rivelati efficaci nel migliorare la salute fisica, il peso o l'indice di massa corporea (BMI) negli adulti con disturbi mentali gravi.

In generale, è stato raccomandato di fornire interventi sia in un contesto di gruppo che in sessioni individuali, ritenendo di particolare importanza la "dose" di attività fisica effettivamente praticabile e integrabile nella routine quotidiana del singolo paziente.

In conclusione, gli adulti con disturbi mentali gravi dovrebbero ricevere interventi sullo stile di vita che integrino tecniche di modifica comportamentale, cambiamenti della dieta e attività fisica, al fine di ridurre peso e fattori della sindrome metabolica, nonché i sintomi depressivi e ansiosi.

### **3. Gruppo di supporto tra pari.**

I gruppi di supporto tra pari riuniscono persone che condividono problematiche simili e che, attraverso lo scambio di esperienze, offrono incoraggiamento reciproco e confronto. La loro funzione principale è quella di creare un legame tra individui che affrontano circostanze complesse, come una malattia fisica o mentale, basandosi sulla capacità di "mettersi nei panni dell'altro" grazie all'esperienza diretta vissuta.

Entrare a far parte di un gruppo di questo tipo non è sempre semplice: condividere con altri aspetti personali può generare ansia, diffidenza, paura o vergogna. Tuttavia, il confronto con persone che comprendono davvero ciò che si sta vivendo può aiutare a superare pregiudizi e auto-stigma. Espressioni di accoglienza, come "all'inizio sicuramente anche le altre persone si sentivano come te" o "qui sarai finalmente compreso", contribuiscono a ridurre le resistenze.

In alcuni casi può essere utile accompagnare la persona ai primi incontri per favorire la partecipazione.

Vantaggi:

- Apprendimento strategie di coping: i partecipanti possono acquisire modalità concrete per affrontare le difficoltà della malattia, osservando e imparando da chi ha già sperimentato soluzioni efficaci. Questo può migliorare la capacità di gestione dello stress, aumentare la resilienza fisica e mentale e offrire modelli comportamentali positivi.
- Condivisione di esperienze ed elaborazione emotiva: la partecipazione riduce il senso di isolamento, allevia il peso emotivo della sofferenza e permette di sentirsi accolti e compresi. Lo scambio di esperienze fornisce anche informazioni pratiche su come affrontare situazioni difficili.

- **Rinforzo della speranza:** il gruppo diventa uno spazio in cui recuperare ottimismo, migliorare l'umore e immaginare realisticamente un futuro migliore.
- **Impatto sul percorso di recovery:** I gruppi di supporto tra pari rappresentano una risorsa importante per favorire la ripresa della salute, soprattutto quella mentale. Parteciparvi contribuisce ad aumentare speranza, empowerment e autostima, a ridurre i sintomi, a migliorare il funzionamento sociale e ad accrescere il livello di autonomia. Inoltre, riducono lo stigma, sia esterno che autoindotto, e rafforzano le capacità di autogestione della malattia (Paola Carozza, 2025).

## Interventi assistenziali

### 1. Benessere compromesso

**Definizione:** percepita mancanza di comfort, sollievo, senso e speranza nelle dimensioni fisica, psicologica, spirituale, ambientale, culturale e/o sociale.

**Caratteristiche:** valutazione della sintomatologia presentata e la condizione di disagio.

**Fattori correlati:** da valutare se è insufficiente controllo dell'ambiente o della situazione, piano di cura errato, risorse insufficienti, stimoli ambientali nocivi, sintomi correlati alla malattia psichiatrica.

### 2. Dolore cronico

**Definizione:** Esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole che deriva da un danno potenziale. Può essere di insorgenza improvvisa o lenta, senza un termine previsto o prevedibile, con durata superiore a 3 mesi. Fonte di stress psicofisico che pervade la persona, e i suoi familiari, fisicamente ed emotivamente.

**Caratteristiche definenti:** necessario documentare l'intensità e le caratteristiche del dolore con scale di valutazioni standardizzate. Espressioni di dolore, malessere, rabbia, frustrazione, riduzione dei movimenti. Da prendere in considerazione gli aspetti psicologici e comportamentali.

### 3. Intolleranza all'attività

**Definizione:** energie fisiche o psichiche insufficienti per portare a termine le attività quotidiane necessarie o desiderate. Affaticamento e debolezza in risposta alle attività. Richiesta energetica eccedente le capacità fisiologiche e/o psichiche dell'assistito.

**Caratteristiche definenti:** causa o conseguenza di altre problematiche e condizioni fisiche compromesse, da valutare.

### 4. Stile di vita sedentario

**Definizione:** modello di comportamento caratterizzato da abitudini di vita che richiedono da un basso livello di attività fisica e un basso consumo di energia.

Caratteristiche definenti: la persona mostra preferenza per una routine che comprende scarsa attività fisica, effettua la maggior parte delle attività in posizione seduta.

Fattori correlati: diminuzione della tolleranza dell'attività, difficoltà ad adattare gli spazi, risorse inadeguate, compromissione della mobilità, conoscenza inadeguata delle conseguenze di uno stile di vita sedentario e dei benefici per la salute associati all'attività fisica, autostima scarsa, disabilità fisica percepita.

### 5. **Processi familiari disfunzionali**

Funzionamento della famiglia che non è in grado di sostenere il benessere dei suoi componenti: funzioni psicosociali, spirituali e fisiologiche disorganizzate, provocando conflitti, negazione di problemi, resistenza al cambiamento, inefficace soluzione dei problemi e una serie di crisi che tendono ad autopropagarsi.

Caratteristiche definenti: relazioni familiari ambivalenti, modelli di comunicazione inefficaci, stili di coping differenti tra i componenti e inefficaci, interruzione dei ruoli familiari, stress eccessivo, sostegno sociale inadeguato, comunicazione inefficace della famiglia, conflitti familiari, coesione insufficiente, violenza domestica non affrontata, incapacità di accettare aiuto, malattie fisiche che causano stress familiare.

- **Gestione farmacologica:** accompagnare l'assistito a comprendere l'utilizzo corretto dei farmaci, favorendo una regolazione sicura ed efficace delle terapie. L'intervento comprende la preparazione, la somministrazione e la valutazione dell'efficacia dei trattamenti, promuovendo aderenza e consapevolezza terapeutica
- **Valutazione e gestione del dolore:** esplorare l'esperienza soggettiva del dolore, la sua intensità e i fattori che riducono la tolleranza, considerando anche gli aspetti culturali che ne influenzano l'interpretazione ed espressione. Fornire strategie per affrontare il dolore e gestire l'umore. Supportando la modifica dei comportamenti e le capacità cognitive necessarie per affrontare stress, cambiamenti che interferiscono con il soddisfacimento delle esigenze e con lo svolgimento dei ruoli ricoperti. Proporre e insegnare strategie di rilassamento mirate a ridurre tensioni e dolore per migliorare il benessere psicofisico.
- **Condivisione obiettivi:** stabilire insieme al paziente obiettivi concreti e realistici, illustrando i rischi legati all'inattività e pianificando un incremento graduale dell'attività. Protocolli individualizzati aiutano a rinforzare la motivazione e la continuità. Discutere e concordare programmi di esercizi adeguati alle capacità fisiche, aiutando a riconoscere i propri limiti e punti di forza.

- **Educazione alla famiglia:** coinvolgere la famiglia nella comprensione degli effetti del dolore e della malattia sul benessere complessivo del paziente, anche in termini psicologici, sociali e spirituali (significato, scopo, speranza); fattori eziologici, comportamenti che aggravano i sintomi, indicazioni sui farmaci. Favorire la co-progettazione di piani d'azione, valorizzando l'importanza del "fare insieme" e indicando le risorse di sostegno offerte dalla comunità.
- **Monitoraggio e lavoro in équipe:** attività di monitoraggio dei parametri clinici e promuovere attività a gestione integrata: confronti interdisciplinari e multiprofessionali per definire e aggiornare il piano di cura personalizzato.

## 6) Problemi legati ad allucinazioni e deliri

### **R44.0 Allucinazioni uditive**

### **R.44.1 Allucinazioni visive**

### **R44.2 Altre allucinazioni**

### **R44.3 Allucinazioni non specificate**

### **R44.8 Altri e non specificati sintomi e segni che interessano le sensazioni e le percezioni generali**

### Assessment

**Positive and negative syndrome scale (PANSS).** È costituita da 30 items: 7 per la dimensione positiva, 7 per quella negativa e 16 che descrivono la sintomatologia generale. Ogni item è valutato su di una scala a 7 punti, da "assente" (1) ad "estremamente grave" (7). Tutti gli item sono descritti analiticamente e sono stati forniti dei precisi criteri operativi per la conduzione dell'intervista: il Manuale fornisce dettagliate istruzioni in modo approfondito.

La descrizione analitica degli item consente di cogliere anche modeste sfumature sintomatologiche e la scala di psicopatologia generale permette la misurazione di sintomi che, pur potendo influenzare sia la componente positiva che quella negativa, non ne fanno parte in senso stretto. L'applicazione della PANSS richiede dai 30 ai 45 minuti; l'intervista si articola in quattro fasi che vanno da una modalità libera e non strutturata, fino a una conduzione di un'intervista più strutturata e direttiva. Inizialmente l'obiettivo è instaurare una relazione con il paziente, favorendo l'espressione spontanea dei diversi aspetti della patologia; successivamente il materiale raccolto viene approfondito per valutare la presenza e l'intensità dei sintomi produttivi. Nella terza fase ci si concentra sulla componente affettiva, sull'orientamento e sulle capacità di ragionamento astratto. Infine, l'esaminatore esplora in maniera diretta e mirata le aree in cui il paziente è apparso difeso o non collaborante.

**BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale).** La BPRS è una scala clinica composta da 18 item che valutano la gravità dei principali sintomi psicotici (es. ostilità, sospettosità, allucinazioni, grandiosità, eccitamento, disorientamento). È stata originariamente sviluppata per pazienti psichiatrici adulti ospedalizzati, in particolare con schizofrenia, ma può essere utilizzata anche in ambito ambulatoriale.

La valutazione si basa su un colloquio con il paziente (15–30 minuti) integrato da osservazioni del suo comportamento e, se necessario, anche la famiglia del paziente può fornire un resoconto. Ogni sintomo è valutato su una scala a 7 punti (da “assente” a “molto grave”), e la somma dei punteggi fornisce una misura complessiva della gravità del disturbo.

Il periodo di riferimento è la settimana precedente l'intervista, oppure l'intervallo tra due valutazioni in caso di follow-up.

I sintomi positivi, quali allucinazioni e deliri, si accompagnano frequentemente alla presenza di bias cognitivi, ossia errori sistematici nell'elaborazione e nell'interpretazione delle informazioni. Questi bias incidono su diversi domini cognitivi, come l'attenzione, la memoria, il ragionamento, la motivazione e i processi di attribuzione di significato (*Valentina Pugliese et al., 2022*). Tra i più documentati si annoverano il jumping to conclusions, il bias di conferma, l'inflessibilità delle convinzioni e i bias attributivi, che riflettono la tendenza a formulare decisioni sulla base di informazioni molto limitate, con un conseguente aumento del rischio di sviluppare convinzioni affrettate e imprecise (*Ishikawa et al., 2020*).

Per studiare questi fenomeni sono stati sviluppati strumenti specifici: il **Cognitive Biases Questionnaire for Psychosis (CBQ-P)** (*Peters et al., 2014*) e la **Davos Assessment of Cognitive Biases Scale (DACOBS)** (*Van Der Gaag et al., 2013*).

**Davos Assessment of Cognitive Biases Scale (DACOBS).** La DACOBS è una scala self-report costituita da 42 item su una scala Likert a 7 punti, utilizzati per valutare bias cognitivi nelle ultime due settimane. Comprende sette sottoscale che misurano: quattro tipi di bias cognitivi: jumping to conclusions, inflessibilità delle convinzioni, attenzione alla minaccia e attribuzione esterna; due limitazioni cognitive: difficoltà nella cognizione sociale e problemi cognitivi soggettivi; un'area dedicata ai comportamenti di sicurezza (safety behaviors).

**Cognitive Biases Questionnaire for Psychosis (CBQ-P).** Il CBQ-P è un questionario self-report basato su 30 vignette relative a eventi di vita quotidiana (metà piacevoli e metà spiacevoli). Agli intervistati viene chiesto di immaginarsi di trovarsi in ciascuna delle situazioni proposte e ogni scenario richiede di scegliere tra tre risposte (assenza, possibile presenza o probabile presenza di bias), misurando cinque distorsioni cognitive: *jumping to conclusions*, *pensiero dicotomico*, *attribuzionalità intenzionale*, *ragionamento emotivo* e *catastrofizzazione*.

## Obiettivi

- **Consapevolezza e gestione degli stili di pensiero**

Promuovere una maggiore consapevolezza degli stili di pensiero che favoriscono lo sviluppo e il mantenimento di deliri e allucinazioni. Incentivare modalità di ragionamento più critiche e flessibili, riducendo l'eccessiva sicurezza in convinzioni non fondate e migliorando la capacità di valutare le prove disponibili.

- **Conoscenza e aderenza al trattamento**

Fornire informazioni chiare sulla natura delle esperienze psicotiche, sui meccanismi neurobiologici e sui fattori di mantenimento. Rafforzare la comprensione del ruolo integrato di farmaci e interventi psicosociali per migliorare l'aderenza al trattamento. Promuovere una collaborazione con la famiglia.

- **Benessere emotivo e gestione dello stress**

Ridurre ansia e stress associati alle esperienze psicotiche attraverso programmi di attività fisica regolare, favorendo benessere psicofisico ed equilibrio emotivo.

- **Funzionamento psicosociale e relazionale**

Potenziare le capacità di coping e la gestione quotidiana dei sintomi, così da ridurre l'impatto sulla vita sociale, familiare e lavorativa. Sostenere il benessere nelle relazioni interpersonali e promuovere coerenza tra ruolo sociale e aspettative.

- **Identità e consapevolezza di sé**

Aiutare la persona a riconoscere valori, punti di forza, limiti, abitudini, pensieri ed emozioni, distinguendo tra sé e l'altro e rafforzando la propria identità personale.

- **Prevenzione delle ricadute**

Favorire l'autocontrollo rispetto a percezioni e pensieri distorti, incoraggiare stili di vita salutari e fornire strumenti pratici per riconoscere segnali precoci di peggioramento, prevenendo ricadute e cronicizzazione.

## Panoramica

**Rehabilitation for adults with complex psychosis: summary of NICE guidance** (Killaspy et al., 2021; NICE. National Institute for Health and Care Excellence, 2020b).

Le persone con psicosi complessa, a causa della natura dei loro problemi e dell'elevato bisogno di supporto, presentano un maggior rischio di istituzionalizzazione.

Il personale che lavora con questo gruppo deve essere formato per adottare un approccio orientato al recupero e sostenuto nel mantenere un atteggiamento di ottimismo terapeutico, collaborando con gli utenti del servizio affinché possano acquisire per la vita in comunità.

Per tutti coloro che accedono ai servizi di salute mentale, è fondamentale una valutazione biopsicosociale completa, al fine di identificare i loro bisogni complessi e definire i piani di trattamento e assistenza personalizzati specifici e necessari. Questa valutazione comprende la storia evolutiva, personale, psichiatrica e sociale, l'analisi dei rischi pregressi, l'esame fisico e la revisione delle risposte a precedenti trattamenti. Ogni persona, perciò, dispone di un piano personalizzato, costruito sulle proprie esigenze e rivisto periodicamente, che include attività motivanti e piacevoli.

I servizi devono promuovere una cultura che valorizza le attività finalizzate al miglioramento delle capacità di vita quotidiana, considerate tanto importanti quanto gli interventi clinici e farmacologici. Devono essere proposte attività mirate a sviluppare e mantenere abilità pratiche, quali la cura di sé, la promozione di uno stile di vita sano, la spesa, la gestione del denaro, l'utilizzo dei trasporti pubblici e le competenze comunicative, incluse quelle legate all'uso delle tecnologie digitali.

Il percorso deve offrire la possibilità di mettere in pratica le competenze acquisite in contesti di vita reale protetti, come cucine e lavanderie, e di partecipare ad attività di gruppo strutturate (sociali, ricreative o lavorative), spesso guidate o supportate dai pari, per supportare le abilità interpersonali e sociali. Tali attività, adattate al loro livello di abilità e benessere, vengono svolte quotidianamente nei servizi residenziali ospedalieri e con frequenza almeno settimanale nei contesti comunitari.

Se richiesto dal singolo, valutando le disponibilità e le risorse, si possono creare opportunità di sviluppo educativo e di competenze e di accesso a impieghi supportati che utilizzano l'approccio di collocamento e supporto individuale. Queste esperienze rafforzano l'autostima e, se desiderato, possono condurre all'ottenimento di qualifiche. Per le persone non ancora pronte a un lavoro retribuito, sono devono rendere disponibili alternative quali programmi di impiego transitorio e attività di volontariato. Accanto a ciò, deve essere valutata e offerta, quando appropriato, la riabilitazione cognitiva integrata ai percorsi professionali.

Così facendo, si punta ad ampliare le opportunità di sostegno e facilitare il reinserimento sociale, lavorativo ed educativo delle persone con psicosi complessa.

Gli interventi per le persone con psicosi dovrebbero includere, oltre a quanto riportato, la possibilità di accedere a programmi di **riabilitazione cognitiva**, finalizzati a potenziare le funzioni cognitive compromesse e a migliorare il funzionamento quotidiano.

La terapia cognitivo può essere avviata già nella fase acuta o in quelle successive, anche durante il ricovero, per supportare la gestione dei sintomi e favorire l'elaborazione critica delle esperienze psicotiche.

Un ulteriore elemento fondamentale è rappresentato dagli **interventi familiari**, da offrire a tutte le famiglie di persone con psicosi o schizofrenia che vivono o sono in stretto contatto con l'utente del servizio, al fine di ridurre lo stress, migliorare la comunicazione e promuovere un ambiente di sostegno.

Gli **interventi psicosociali**, integrati ai trattamenti farmacologici, consentono di agire su aree che i farmaci antipsicotici non sempre riescono a migliorare, dimostrando un'efficacia costante su diversi esiti clinici e funzionali. Per questo motivo sono oggi considerati trattamenti basati sull'evidenza e inclusi in numerose linee guida nazionali e internazionali (*Barlati et al., 2024*).

Poiché i disturbi dello spettro schizofrenico rappresentano una condizione eterogenea e non esiste un protocollo di trattamento unico valido per tutti, è fondamentale conoscere i diversi approcci disponibili per costruire programmi terapeutici personalizzati, con interventi specifici adattati ai bisogni e alle esigenze di ciascun paziente.

La **riabilitazione cognitiva (CR)** è un intervento basato sull'allenamento comportamentale mirato a migliorare le prestazioni cognitive con ricadute positive e durature sul funzionamento psicosociale. Attualmente rappresenta l'intervento psicosociale con il più alto grado di raccomandazione nelle linee guida dell'Associazione Psichiatrica Europea per il trattamento del deterioramento cognitivo nella schizofrenia (*Shu et al., 2024; Vita et al., 2022*). Ha mostrato benefici significativi sia sul funzionamento cognitivo globale sia su specifici domini, in particolare la cognizione sociale e le funzioni esecutive. Elementi cruciali per l'efficacia del trattamento sono la presenza di un terapeuta qualificato, l'utilizzo di strategie strutturate, il trasferimento dei progressi nella vita quotidiana reale e l'integrazione con altri programmi riabilitativi. Tuttavia, per la CR non sono ancora presenti evidenze significative sull'impatto diretto sui sintomi psicotici.

Il **training metacognitivo (MCT)** si concentra sui bias cognitivi e mira a ridurre in particolare i deliri, migliorando al contempo il funzionamento psicosociale. Ha dimostrato di ridurre i sintomi positivi, come le allucinazioni, e di potenziare l'insight cognitivo, ossia la capacità del paziente di riconoscere e correggere credenze distorte (*Penney et al., 2022*).

Il **training sulle abilità sociali (SST)** è un intervento psicosociale finalizzato a sviluppare abilità interpersonali e sociali con effetti positivi sulle interazioni quotidiane e le prestazioni sociali, e in misura minore, anche sulla psicopatologia negativa e generale (*Nibbio et al., 2020*). Studi recenti hanno mostrato che la combinazione del SST con altri interventi psicosociale come la CBT, la riabilitazione cognitiva o il MCT, può generare sinergie positive e ulteriori miglioramenti (*Lu et al., 2022*).

La **psicoeducazione** si concentra sulla trasmissione delle conoscenze riguardanti la malattia, l'educazione al disturbo, le sue manifestazioni e i trattamenti disponibili, con l'obiettivo di favorire cambiamenti comportamentali e una migliore adesione terapeutica. Nel trattamento della schizofrenia, ha dimostrato efficacia nella prevenzione delle ricadute e nel miglioramento dell'aderenza, oltre a possibili benefici sul funzionamento psicosociale, sebbene non i sintomi principali (Zhao et al., 2015). Per quanto riguarda gli individui ad alto rischio clinico di psicosi, i risultati hanno evidenziato un buon profilo di fattibilità e accettabilità degli interventi, riportando effetti positivi sul funzionamento psicosociale e sugli esiti psicopatologici, ma al momento sono richiesti ulteriori studi per confermare l'efficacia della psicoeducazione in questa popolazione (Herrera et al., 2023).

È ampiamente riconosciuto che l'ambiente familiare gioca un ruolo fondamentale nel decorso a lungo termine della schizofrenia, così come nel processo di recupero: gli interventi psicoeducativi familiari si sono rivelati tra le strategie più efficaci nella riduzione delle ricadute, anche a distanza di oltre un anno (Rodolico et al., 2022).

La **terapia cognitivo-comportamentale per la psicosi (CBTp)** è un intervento strutturato che esplora il legame tra pensieri, comportamenti ed emozioni, mirato e adattato al trattamento dei disturbi psicotici. Ha mostrato efficacia soprattutto nella riduzione dei sintomi positivi, ma anche nel miglioramento del funzionamento psicosociale e della gravità complessiva della psicopatologia (Bighelli et al., 2018).

**Attività fisica e interventi sulla dieta e sullo stile di vita** si sono dimostrate utili per migliorare parametri metabolici e antropometrici, mostrando significativi benefici duraturi, oltre a sintomi psicopatologici, cognitivi e funzionali, inclusa la qualità della vita. L'esercizio fisico e gli interventi sullo stile di vita rappresentano strategie adatte alla maggior parte delle persone con SSD (Schizophrenia Spectrum Disorders), soprattutto quando il miglioramento cognitivo è una priorità. Hanno mostrato effetti positivi di moderata entità sul funzionamento globale, sociale e quotidiano (Deste et al., 2023). L'esercizio aerobico, svolto a intensità moderata-vigorosa per almeno 30 minuti per sessione, due o tre volte a settimana, ha evidenziato effetti positivi sul funzionamento globale, sociale e quotidiano. Lo yoga, in particolare, ha mostrato benefici sia sui sintomi positivi che negativi, sulla depressione e sul funzionamento globale. È raccomandata l'implementazione di programmi di gruppo supervisionati, svolti regolarmente per almeno 12 settimane (Korman et al., 2023).

L'**occupazione assistita** e, in generale, gli interventi mirati nello specifico all'occupazione, hanno dimostrato di aumentare la possibilità di ottenere un lavoro competitivo e di incrementare le ore lavorate. L'efficacia dell'intervento, tuttavia, risulta maggiore nei pazienti con quadro clinico stabile e buone capacità cognitive, nei quali il lavoro può rappresentare un ulteriore passo nel percorso di recupero (Carmona et al., 2017).

## Interventi riabilitativi

1. Un intervento basato sulla cognitive therapy (interventi che valutano e modificano le cognizioni per cambiare il modo in cui gli individui pensano, sentono e si comportano) per la psicosi, è il training metacognitivo (MCT) (Moritz et al., 2010).

Il **training metacognitivo (MCT)** si fonda sul modello cognitivo-comportamentale, ma adotta un approccio specifico, mirato a modificare l'“infrastruttura cognitiva” alla base delle idee deliranti. Il programma è strutturato in moduli che affrontano i principali bias cognitivi e le distorsioni di pensiero tipiche della schizofrenia, oltre a problematiche emotive, poiché tali errori possono favorire la formazione e il mantenimento di false credenze.

Le sessioni hanno lo scopo di aumentare la consapevolezza metacognitiva attraverso psicoeducazione ed esercizi cognitivi strutturati, come il riconoscimento del *jumping to conclusions (JTC)*. In questo modo, il MCT aiuta i pazienti a riflettere criticamente sui propri processi di pensiero, a ridurre l'eccessiva sicurezza nelle convinzioni errate e ad arricchire il repertorio di strategie di problem solving. Rispetto alla CBT, da cui deriva, il MCT è più strutturato e utilizza numerosi compiti pratici, con un focus specifico sulla correzione dei bias cognitivi piuttosto che sull'accuratezza del contenuto dei pensieri.

Principali bias nei disturbi psicotici affrontati nei diversi moduli:

- *Jumping to Conclusions (JTC)*: tendenza a prendere decisioni affrettate sulla base di dati insufficienti (modulo 2 e 7).
- *Stile attribuzionale e Self-serving bias*: tendenza ad attribuire i successi a fattori interni e personali, negando invece la responsabilità dei fallimenti, che vengono spiegati con cause esterne (modulo 1).
- *Bias Against Disconfirmatory Evidence (BADE)*: difficoltà a integrare prove che contraddicono le proprie convinzioni, con conseguente resistenza al cambiamento anche in presenza di evidenze contrarie. Questo meccanismo rappresenta un elemento centrale nella formazione e nel mantenimento dei deliri (modulo 3).
- *Deficit di Theory of Mind (ToM)*: difficoltà a riconoscere emozioni, empatia e stati mentali propri e altrui, con compromissione della cognizione sociale (modulo 4 e 6).
- *Eccessiva sicurezza negli errori di memoria*: tendenza a riporre fiducia assoluta in ricordi inesatti o falsi (modulo 5).
- *Schemi depressogeni e autosvalutanti*: modalità di pensiero negative e svalutanti verso di sé, che favoriscono la vulnerabilità emotiva (modulo 8).

A questi si aggiungono due moduli specifici dedicati all'autostima (Modulo Aggiuntivo I) e al pregiudizio/stigma (Modulo Aggiuntivo II), che rispondono ai frequenti bisogni affettivi dei pazienti, per i quali il miglioramento del benessere emotivo rappresenta una priorità terapeutica.

Il presente programma è disponibile in molte lingue e può essere scaricato dal seguente link: <http://www.uked.de/mct>.

Il Metacognitive Training (MCT) si è dimostrato efficace nel ridurre i sintomi positivi della schizofrenia, in particolare i deliri. Agendo sui bias cognitivi, come il jumping to conclusions, il programma aiuta a diminuire la formazione di convinzioni distorte e a migliorare la capacità di riflettere criticamente sui propri pensieri. Il MCT contribuisce anche a ridurre la gravità delle allucinazioni e a potenziare l'insight cognitivo, ossia la capacità di riconoscere e correggere interpretazioni errate della realtà (Garety et al., 2001). I suoi effetti risultano particolarmente significativi sui sintomi positivi, anche se resta da chiarire la loro stabilità nel lungo periodo (Ishikawa et al., 2020).

Il programma è formato da due cicli paralleli, ciascuno di otto moduli (+ due aggiuntivi). Il programma prevede la somministrazione di due moduli a settimana, uno per sessione, così se i pazienti sono ricoverati, possono completare un ciclo nell'arco di un mese di degenza.

I pazienti ambulatoriali o in trattamento semiresidenziale possono invece partecipare a entrambi i cicli per consolidare e approfondire i risultati; le versioni parallele seguono la stessa logica. Tuttavia, l'introduzione e gli esercizi differiscono affinché ai pazienti che frequentano ambedue i cicli non venga presentato lo stesso materiale due volte.

Le sessioni si svolgono in piccoli gruppi da 3 a 10 partecipanti e hanno una durata compresa tra 45 e 60 minuti.

## **2. Strategie psicoeducative per la schizofrenia (Paola Carozza, 2025)**

Gli interventi psicoeducativi, integrati ad altre terapie come quella farmacologica e di rimedio cognitivo, si sono dimostrati efficaci nel migliorare il funzionamento globale e sociale, la soddisfazione verso i servizi di salute mentale e la qualità della vita delle persone con schizofrenia.

La psicoeducazione ha l'obiettivo di aiutare i pazienti e le loro famiglie a comprendere la natura del disturbo, chiarendo che la schizofrenia deriva dall'interazione tra fattori biologici e stress psicosociali. È fondamentale sottolineare che sia i farmaci sia gli interventi psicosociali e psicoterapeutici sono indispensabili per una gestione efficace della malattia.

Tra i contenuti principali della psicoeducazione rientrano:

- definizione di schizofrenia e spiegazione dei sintomi positivi e negativi;
- origine neurobiologica dei sintomi;
- modello di vulnerabilità-stress;
- utilizzo dei farmaci e possibili effetti collaterali;
- importanza degli interventi psicosociali e psicoterapeutici;
- prevenzione del suicidio;
- riconoscimento dei segnali premonitori e strategie per prevenire le ricadute;
- decorso ed esiti a lungo termine, con attenzione ai percorsi di remissione e recovery.

**3. La psicoeducazione familiare** per i disturbi psicotici è riconosciuta come uno dei trattamenti psicosociali più efficaci mai sviluppati. Si tratta di un metodo strutturato che coinvolge familiari del paziente, altri caregiver e/o amici nel trattamento e nella riabilitazione, sia in fase acuta che in corso. Questo approccio prevede che la famiglia non è l'oggetto della terapia, ma viene considerata una risorsa fondamentale, con competenze e potenziali capacità che possono contribuire in modo decisivo nel percorso di cura.

La psicoeducazione familiare integra componenti informative, cognitiva, comportamentali, di problem solving, comunicative e di supporto ed è condotta da professionisti della salute mentale all'interno di un piano clinico personalizzato. Si concentra sui benefici per il paziente, ma riconosce che il miglioramento del benessere dei familiari - riducendo confusione, esasperazione e stress emotivo - è un passaggio indispensabile per ottenere risultati clinici e funzionali. I familiari necessitano di informazioni, assistenza e supporto per assistere al meglio il proprio familiare malato e affrontare le sfide spesso gravi che si presentano al sistema familiare presupponendo che il modo in cui i parenti si comportano con la persona affetta da malattia mentale possa avere effetti importanti, sia positivi che talvolta negativi, sul benessere, sugli esiti clinici e sul recupero funzionale.

I programmi prevedono contenuti su malattia, farmaci e gestione del trattamento, coordinamento dei servizi, supporto nella comunicazione familiare con attenzione alle aspettative, risoluzione dei problemi, strategie di coping e riabilitative, ampliamento delle reti sociali e pianificazione delle crisi. Possono essere monofamiliari o multifamiliari, includere il paziente in misura variabile, e differire per durata, numero di sessioni e contesto (clinico, domiciliare, residenziale). Per ottenere la massima efficacia, la continuità nel tempo, anche per mesi o anni, è considerata essenziale.

Le evidenze mostrano che la psicoeducazione familiare migliora significativamente gli esiti nella schizofrenia, con effetti pari o superiori a quelli dei farmaci antipsicotici, di cui potenzia l'efficacia. È particolarmente utile nei primi anni di malattia, ma anche nei casi caratterizzati da ricoveri ricorrenti o disoccupazione prolungata, offrendo un sostegno concreto sia ai pazienti che alle famiglie.

Considerata una pratica basata sull'evidenza, la psicoeducazione familiare è raccomandata dalle principali linee guida internazionali. I suoi obiettivi principali sono ridurre stress e tensioni familiari, migliorare la qualità della vita e i risultati clinici e funzionali, favorendo una collaborazione attiva tra pazienti, familiari e professionisti. I miglioramenti osservati nel funzionamento e nel benessere familiare sembrano strettamente legati allo sviluppo di strategie di coping più efficaci per affrontare stress e difficoltà cognitive (McFarlane, 2016; Motlova et al., 2017).

#### **4. Linee di indirizzo per la promozione della salute e del benessere nelle persone alla prima manifestazione psicotica o ad alto rischio di psicosi (Regione Emilia-Romagna, 2024)**

Il documento aggiorna e rivede le precedenti Raccomandazioni Regionali del 2016 (Regione Emilia-Romagna, 2016c), integrando le più recenti evidenze scientifiche e l'esperienza clinica maturata negli ultimi anni.

L'obiettivo generale è quello di delineare percorsi di cura strutturati e personalizzati per persone tra i 15 e i 35 anni che si trovino in una condizione di alto rischio di psicosi o alla prima manifestazione psicotica, escludendo le psicosi organiche e i casi di disabilità intellettiva moderata o grave.

Le linee di indirizzo mirano a garantire un'identificazione precoce dei casi, a ridurre i tempi tra l'esordio dei sintomi e la presa in carico integrata da parte dei servizi territoriali, a rafforzare la rete dei servizi socio-sanitari (Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSMDP), i Distretti Sanitari, i Servizi Sociali, il volontariato, il privato sociale, le Case della Comunità, i Centri adolescenza e le scuole), e a incrementare le competenze dei professionisti coinvolti. Particolare attenzione è rivolta al miglioramento della qualità delle cure, tramite un percorso di cura specifico, all'inclusione sociale e alla riduzione dello stigma, favorendo la recovery più ampia e precoce possibile.

Il percorso di cura proposto non si limita a trattare i casi conclamati, ma comprende anche le situazioni di rischio, con DUP inferiore ai 2 anni, oppure con DUP superiore ai 2 anni, prevedendo il monitoraggio continuo dei sintomi e interventi terapeutici farmacologici, psicosociali e familiari specifici. Centrale è la costruzione di una solida alleanza terapeutica, fondata sulla comunicazione e sulla motivazione al trattamento, oltre alla raccolta di informazioni multidimensionali sul paziente, sui suoi bisogni espressi, sulle proprie risorse e sul suo contesto di vita per definire un progetto personalizzato orientato alla recovery. Infine, viene sottolineata l'importanza di monitorare il percorso terapeutico attraverso indicatori di processo ed esito, per assicurarne l'appropriatezza ed efficacia, promuovendo al contempo un miglioramento continuo della qualità assistenziale tramite attività di confronto e benchmarking tra i servizi regionali.

## **Interventi assistenziali**

### **1. Disturbo del concetto di sé – disturbo dell'identità personale**

Definizione: incapacità di mantenere una percezione di sé integrata e completa. La persona si trova in uno stato in cui ha modificato in senso negativo il modo di percepire, pensare o vedere se stessa, che può compromettere la salute.

Caratteristiche: confusione sugli obiettivi e sui valori, delirante nella descrizione di sé, esprime una sensazione di estraneità e/o di vuoto, sentimenti su di sé fluttuanti, comportamento incoerente e inconsistente, compromissione capacità di distinguere fra gli stimoli interiori da quelli esteriori.

Fattori correlati: disturbo dissociativo dell'identità, disfunzioni del sistema nervoso, disturbo psichiatrico (psicosi, depressione, disordine dissociativo), processi familiari e/o sociali disfunzionali, stati maniacali, crisi situazionali, agenti farmacologici.

- **Relazione terapeutica e sostegno emotivo:** stabilire una relazione basata su accoglienza, rispetto e atteggiamento positivo, incoraggiando la persona a esprimere pensieri ed emozioni. Sostenere le capacità di coping, la risoluzione dei problemi e lo sviluppo di competenze relazionali.
- **Aderenza terapeutica:** monitorare la corretta assunzione della terapia farmacologica quotidiana e al bisogno. Mantenere una routine giornaliera costante. Educare la persona e i familiari alla comprensione e alla gestione dei trattamenti: fornire informazioni appropriate e chiarire eventuali concetti errati, evitare di discutere su false convinzioni.
- **Coinvolgimento e partecipazione attiva:** coinvolgere l'assistito nelle decisioni sul proprio percorso di cura e nelle discussioni relative al progetto riabilitativo. Promuovere l'autonomia attraverso scelte condivise e responsabilizzazione nel trattamento.
- **Informazione e orientamento alla realtà:** fornire spiegazioni chiare e adeguate, correggere eventuali fraintendimenti e mantenere routine quotidiane stabili. Gestire allucinazioni e convinzioni non fondate promuovendo sicurezza, benessere e orientamento alla realtà favorendo l'analisi e la comprensione dei propri pensieri, emozioni, motivazioni (che non hanno fondamento nella realtà) e comportamenti per rafforzare la consapevolezza di sé.
- **Risorse esterne e supporto sociale:** facilitare l'accesso e la partecipazione a gruppi di auto-aiuto come strumento aggiuntivo di sostegno, confronto e inclusione sociale.

## 7) Problemi legati all'umore depresso

**Item 1: R45.2 Tristezza**

**Item 2: R45.3 Demoralizzazione e apatia;**

**Item 3: R45.3 Demoralizzazione e apatia;**

**Item 4: R45.3 Demoralizzazione e apatia; R45.8 Altri sintomi e segni che interessano lo stato emotivo; OPPURE R45.85 ideazione (tendenza) suicidaria**

### Assessment

**Beck Depression Inventory (BDI).** Il BDI è un test di autovalutazione composto da 21 item a scelta multipla. Il test è adatto per la misura della gravità della depressione in adulti e adolescenti di almeno 13 anni d'età. Il BDI è stato costruito individuando 21 sintomi caratteristici della depressione sulla base delle descrizioni fornite dai pazienti stessi. Inoltre, gli item del questionario valutano la gravità dei sintomi caratterizzanti il disturbo depressivo in accordo con la nomenclatura della quarta edizione del manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali (DSM-IV). Poiché si è dimostrato inoltre efficace nel discriminare pazienti affetti da depressione clinica rispetto a pazienti psichiatrici non depressi, l'utilizzo dello strumento è consigliato per ottenere una misura della gravità dello stato depressivo, articolata nei suoi aspetti peculiari (sonno, appetito, suicidio, pessimismo, ecc.) (Beck, 1961).

**Metacognitive Functions Screening Scale-30 items (MFSS-30).** Questionario self-report che misura le funzioni metacognitive, costituito da 30 item, di cui 18 sono item inversi (R), disposti su una scala Likert da 0 a 4. Il punteggio va da 0 a 90, dove 90 indica le funzioni più sviluppate. La compilazione richiede circa 10 minuti. È costituita da 4 sottoscale così denominate: CRE – Capacità di riconoscere le emozioni (6 item), CRC – Capacità di cogliere relazioni causali (8 item), CDD – Capacità di decentramento (12 item), CDP – Capacità di ponderazione. (Alaimo, S. M.; Schimmenti, A., 2013)

**Hamilton Depression Scale (HAM-D).** Non è una scala diagnostica, ma è volta a valutare la gravità della sintomatologia depressiva (deve essere usata solo dopo che sia stata posta diagnosi di depressione per evitare sovrapposizioni). Deve essere utilizzata al pre-trattamento e almeno una volta al post-trattamento.

Il periodo di riferimento considerato è quello che va dal momento attuale fino ai sette giorni precedenti l'intervista. La scala è costituita da 21 item, valutati su una scala da 0 a 4, da 0 a 3 o da 0 a 2, in base all'item e a ciò che si sta andando ad indagare. I criteri di valutazione sono un'integrazione tra l'osservazione obiettiva dei segni e l'esposizione soggettiva dei sintomi, anche se il criterio di gravità fa riferimento prevalentemente agli aspetti obiettivi. La HAM-D è particolarmente adatta alla valutazione delle forme gravi di depressione; i fattori esaminati si riferiscono per lo più a 6 aree: ansia e somatizzazioni, perdita di peso, disturbi cognitivi, variazioni diurne della sintomatologia, rallentamento depressivo e disturbi del sonno.

## Obiettivi

- **Autonomia personale e capacità decisionale**

Favorire nell'assistito la consapevolezza di poter influenzare attivamente il proprio percorso di cura e le scelte di vita, sviluppando un senso di controllo sugli eventi e sulle proprie reazioni. Rinforzare la capacità di prendere decisioni importanti, di valutare le alternative possibili e di orientarsi verso soluzioni costruttive. Lavorare sul riconoscimento delle proprie risorse e potenzialità, sostenendo l'autoefficacia e il senso di responsabilità personale.

- **Recupero dell'energia e iniziativa**

Stimolare un progressivo aumento delle attività quotidiane – come la cura di sé, l'attività fisica o il tempo dedicato a interessi personali – per contrastare l'apatia e favorire un miglior equilibrio psicofisico. Promuovere la ripresa della motivazione, dell'iniziativa e dell'impegno attivo nella quotidianità, come strumenti di contrasto al ritiro sociale e all'inattività.

- **Ridefinizione positiva di sé e regolazione dell'umore**

Accompagnare l'assistito nella costruzione di una visione di sé più realistica e valorizzante, favorendo il riconoscimento delle proprie risorse, dei cambiamenti raggiunti e delle potenzialità ancora attivabili. Sostenere l'elaborazione e la gestione delle emozioni depressive, promuovendo strategie di autocontrollo dell'umore e una maggiore consapevolezza dei propri stati emotivi per rafforzare l'autostima, alimentare la speranza e facilitare la definizione di obiettivi concreti e raggiungibili.

- **Riorganizzazione valoriale e relazionale**

Favorire una riconsiderazione dei propri valori, del significato personale dell'esperienza e del senso della vita, come leva per il recupero del benessere e della progettualità. Incentivare il mantenimento o il recupero di relazioni significative, e la partecipazione a ruoli sociali che restituiscano senso di utilità e appartenenza.

## Panoramica

In presenza di segnali che fanno sospettare uno stato depressivo, è importante porre attenzione soprattutto nei casi con una storia pregressa di depressione o in persone con malattie fisiche croniche che comportano una compromissione funzionale. È utile porre delle domande esplorative riguardanti l'umore depresso e la perdita di interesse nelle attività quotidiane.

La valutazione deve considerare la gravità dei sintomi, la durata dell'episodio, il decorso nel tempo, la storia clinica della persona e il livello di compromissione funzionale o disabilità associato.

È inoltre importante esplorare i fattori sottostanti che possono aver influenzato lo sviluppo e la gravità della depressione, come la presenza di comorbidità fisiche o psichiche, eventuali episodi di euforia (per escludere un disturbo bipolare), la risposta a trattamenti precedenti, le risorse personali e relazionali, le difficoltà interpersonali, lo stile di vita, e l'impatto di eventi stressanti o traumatici. Vanno infine considerate anche le condizioni sociali e ambientali: isolamento, solitudine, problemi economici, uso di sostanze o alcol, e situazioni lavorative instabili. Valutare inoltre il rischio di autolesionismo e tentativi di suicidio.

Nel considerare i trattamenti per la depressione, è essenziale partire da una valutazione accurata dei bisogni della persona e sviluppare un piano di trattamento personalizzato. Tale piano deve tenere conto di eventuali comorbidità fisiche o psichiatriche, della storia dei trattamenti precedenti, delle esperienze pregresse (positive o negative), delle preferenze individuali e di eventuali barriere comunicative o disabilità che possano interferire con l'accesso o l'efficacia dell'intervento. La scelta del trattamento dovrebbe essere il più possibile condivisa con la persona, puntando su opzioni meno invasive ma clinicamente adeguate, anche in base a ciò che si è rivelato efficace in passato. È fondamentale garantire continuità e coordinamento tra i diversi professionisti coinvolti.

In presenza di problemi legati all'umore depresso, è utile **promuovere uno stile di vita attivo e salutare** come supporto al benessere psicologico. È consigliabile incoraggiare la persona a svolgere con regolarità attività fisica, preferibilmente all'aperto, scegliendo ciò che risulta più piacevole e sostenibile. La ricerca ha dimostrato che l'esercizio fisico è efficace sia come terapia autonoma che come terapia di potenziamento.

Di conseguenza, l'esercizio fisico è ora incluso nelle raccomandazioni terapeutiche dell'American Psychiatric Association (*Rethorst & Trivedi, 2013*).

Anche mantenere abitudini sane, come un'alimentazione equilibrata, un sonno regolare e un uso moderato di alcol, può favorire un miglioramento dello stato emotivo generale. Il professionista sanitario può accompagnare e motivare la persona nell'introduzione graduale di questi cambiamenti nella vita quotidiana. *"Depression in adults: treatment and management"* (NICE. National Institute for Health and Care Excellence, 2022)

Esercitare **supporto emotivo** è un'attività che tutti i professionisti della salute svolgono nei confronti di soggetti in difficoltà. È volto a determinare la problematica, individuare le strategie e le risorse personali per la soluzione dei problemi e rappresenta un sostegno umano, finalizzato ad alleviare il disagio in situazioni di vita specifiche. Può essere utile per elaborare pensieri e vissuti emotivi di un dato momento.

Il supporto emotivo, nello specifico in un intervento con persone con umore depresso, può essere particolarmente importante per affrontare gli eventi stressanti che causano una mancanza di energia e di speranza. Esempi di supporto emotivo possono essere: ascoltare senza giudizio, riconoscere e validare le emozioni, fornire parole di conforto e rassicurazione, essere fisicamente presenti, offrire, se è accettato e opportuno, anche il contatto fisico (abbracci, tocchi sulla spalla, vicinanza fisica), dimostrare di essere autenticamente interessati.

Il **supporto all'autostima** è un intervento centrato sul rafforzamento della fiducia in sé stessi e sulla valorizzazione delle proprie capacità, attraverso il recupero dell'autostima, con l'obiettivo di promuovere benessere psicologico e autonomia da cui, il paziente con depressione può trarre beneficio (*Barbalat et al., 2022*).

Il professionista sanitario può sostenere questo processo tramite espressioni di fiducia e incoraggiamento, riconoscendo i punti di forza e i successi, anche piccoli, e trasmettendo aspettative positive. Fondamentale è anche aiutare il paziente ad allenare un dialogo interiore positivo, cioè un modo di rivolgersi a sé stessi con parole gentili, costruttive e motivanti, in grado di rafforzare l'autoefficacia e promuovere un atteggiamento più compassionevole e sicuro verso di sé (*Paola Carozza, 2025*).

## Interventi riabilitativi

### 1. Terapia cognitivo comportamentale

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è uno degli interventi psicosociali più ampiamente utilizzati nel trattamento dei disturbi mentali.

Il suo obiettivo principale è quello di modificare le modalità con cui i pazienti affrontano i problemi, intervenendo sia sui processi cognitivi (pensieri, credenze) sia sui comportamenti disfunzionali.

Il termine CBT comprende un insieme di tecniche basate sul modello originario proposto da Aaron T. Beck (*A. T. Beck, et al., 2024*), secondo cui pensieri e convinzioni negative riguardanti sé stessi, il mondo e il futuro svolgono un ruolo centrale nell'insorgenza e nel mantenimento della depressione (*H. Chen et al., 2022; Zhang et al., 2018*).

## 2. MBCT

Anche diversi tipi di modifiche della CBT si sono rivelati efficaci, come la terapia cognitiva basata sulla mindfulness (MBCT), quindi sulla consapevolezza. La MBCT utilizza metodi convenzionali di CBT combinati con la meditazione consapevole e mira a insegnare alle persone un cambiamento fondamentale ma accessibile nel modo in cui si relazionano ai propri pensieri, emozioni e sensazioni fisiche legate alla vulnerabilità depressiva. L'obiettivo principale è promuovere una prospettiva "decentrata": i pensieri e gli stati emotivi difficili vengono considerati come semplici esperienze mentali momentanee, non come fatti oggettivi o definizioni della propria identità.

Il trattamento prevede l'uso di pratiche di consapevolezza e strategie cognitive, guidando progressivamente il paziente a riconoscere i segnali iniziali di tristezza, e intervenire precocemente per evitare che si evolvano in uno stato depressivo più profondo (*Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D., 2002*).

La MBCT potrebbe non solo aiutare i pazienti a essere più consapevoli dei pensieri negativi nel periodo di potenziale ricaduta, ma anche consentire loro di sbarazzarsi della ruminazione dopo la depressione (*Hofmann et al., 2010*)

## 3. RET: Terapia razionale emotiva - ABC dei pensieri (*Ellis, 1984*)

L'approccio cognitivo-comportamentale parte dall'idea che non siano le situazioni in sé a determinare le emozioni o i comportamenti, ma il modo in cui le interpretiamo. A influenzare le nostre reazioni è il pensiero, spesso automatico e fuori dalla consapevolezza, che può essere distorto o disfunzionale. Per questo, uno degli obiettivi della ristrutturazione cognitiva è aiutare la persona a riconoscere i propri schemi di pensiero abituali, spesso negativi o irrealistici, e a modificarli in chiave più utile e realistica, migliorando così il modo in cui vive le situazioni quotidiane.

Il modello ABC è uno strumento fondamentale in questo processo e si basa sull'idea che un evento, i pensieri che lo riguardano e le conseguenze e motive e comportamentali siano collegati:

- A: evento attivante interno o esterno all'organismo (*Activating event*)
- B: le interpretazioni che si hanno riguardo l'evento, il sistema di convinzioni (*Belief system*)
- C: effetti dell'elaborazione cognitiva sul piano comportamentale (*Consequences*), i comportamenti che si mettono in atto in risposta all'evento A.

Dunque, l'individuo reagisce principalmente alla rappresentazione cognitiva degli eventi più che agli eventi di per sé. Quindi un'emozione disfunzionale è necessariamente influenzata da modalità di pensieri irrazionale, a sua volta disfunzionale.

Attraverso tale processo, si impara a identificare le emozioni (C), risalire agli eventi scatenanti

(A) e ai pensieri associati (B), per poi metterli in discussione (D) e riformularli in modo più funzionale (E). Si lavora così sul riconoscimento dei pensieri irrazionali (come "Non valgo nulla" o "Devo essere perfetto"), sulla distinzione tra pensieri e realtà, e sulla creazione di pensieri alternativi più realistici e costruttivi.

Questo approccio aiuta la persona a ridurre il disagio emotivo, a gestire meglio i comportamenti impulsivi o disfunzionali e a migliorare il proprio benessere psicologico.

#### **4. Healthy Lifestyle Intervention**

La ricerca ci conferma che un intervento strutturato e standardizzato sullo stile di vita può rappresentare una componente fondamentale nella prevenzione delle ricadute depressive. Intervenire in modo integrato su elementi chiave come l'esercizio fisico regolare (*Trivedi et al., 2011*), l'igiene del sonno (*Tsuno et al., 2005*) un'alimentazione equilibrata e, quando necessario, la cessazione del fumo (*Sarris et al., 2014*), contribuisce in modo significativo al mantenimento del benessere psico-fisico e alla stabilizzazione dell'umore. Queste azioni sinergiche, se sostenute nel tempo, rafforzano la resilienza individuale e riducono il rischio di nuove riacutizzazioni.

Sebbene non si tratti di un intervento ancora validato, il programma HLI (Healthy Lifestyle Intervention) rappresenta una guida strutturata, completa e manualizzata per supportare le persone con disturbo depressivo maggiore o disturbo bipolare in fase di remissione.

Sviluppato sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, l'HIL (Healthy Integrated Lifestyle) integra in un unico percorso i principi fondamentali della promozione della salute e della prevenzione delle ricadute depressive, aiutando i pazienti a sviluppare e mantenere abitudini di vita sane e sostenibili.

Il programma mira a: ridurre al minimo i fattori di rischio medico e promuovere la qualità della vita; migliorare la qualità del sonno, favorire l'attività fisica e, quando necessario, la perdita di peso; promuovere la riduzione/cessazione del fumo. Il tutto articolandosi in 12 sessioni di 45- 60 minuti, focalizzate su argomenti: importanza dell'equilibrio della vita, psicoeducazione sui disturbi dell'umore, importanza dei ritmi sociali, igiene del sonno, il bilancio energetico, esercizio fisico e come perdere peso, educazione alimentare, affrontare le ricadute dovute a cattive abitudini alimentari e vita sedentaria, psicoeducazione sul fumo e modi per smettere di fumare.

## 5. **Training metacognitivo per la Depressione (MCT-D)** (*Lena Jelinek, Brooke C. Schneider, Marit Hauschildt, & Steffen Moritz, 2016*).

La metacognizione è la capacità di riflettere sui propri pensieri, emozioni e stati mentali, nonché su quelli altrui. In termini semplici, significa “pensare al proprio pensiero”. Questa abilità ci permette di riconoscere e comprendere ciò che proviamo, anticipare le conseguenze dei nostri pensieri e comportamenti, e regolare in modo più efficace le nostre reazioni emotive e cognitive. Secondo i modelli teorici, la metacognizione comprende varie funzioni, tra cui: il riconoscimento e la comprensione delle emozioni, la capacità di prendere il punto di vista dell’altro (decentramento), la riflessione critica su di sé e sugli eventi interni (ponderazione), e la costruzione di una narrazione coerente della propria esperienza (*Moritz & Lysaker, 2018*).

Nel contesto della depressione, la metacognizione è rilevante perché le persone depresse tendono a presentare distorsioni cognitive stabili elaborando le informazioni in modo distorto. Nella depressione si osservano due principali tipi di distorsioni cognitive:

- Errori cognitivi classici: (es. generalizzazione eccessiva), che riguardano l’elaborazione di contenuti soggettivamente rilevanti.
- Distorsioni nello stile cognitivo generale, come il ricordo selettivo di informazioni negative o l’errata interpretazione delle emozioni.

Entrambi i tipi contribuiscono al mantenimento della depressione. Inoltre, credenze metacognitive disfunzionali (es. “i pensieri negativi sono pericolosi”) e strategie come ruminazione e soppressione del pensiero sono sempre più riconosciute come centrali nella patogenesi del disturbo (*Moritz et al., 2018*).

Il Metacognitive Training for Depression (MCT-D) è un intervento strutturato che mira a rendere i pazienti consapevoli di questi errori di ragionamento e a modificare le credenze disfunzionali. Attraverso esercizi pratici e interattivi, il MCT-D aiuta la persona a prendere distanza dai pensieri negativi e a migliorare la flessibilità cognitiva. Il MCT-D si concentra sia sui processi del pensiero sia sul contenuto dei pensieri, integrando elementi della terapia cognitivo-comportamentale.

Nel complesso, promuovere la metacognizione significa offrire strumenti per leggere in modo più chiaro i propri stati mentali, ridurre l’automatismo dei pensieri negativi e favorire un processo decisionale più consapevole e meno condizionato dalla sofferenza emotiva (*Jelinek et al., 2016*).

Il Training è suddiviso in 8 moduli della durata ciascuno dai 60 ai 90 minuti, una volta alla settimana, sono previsti inoltre dei compiti a casa.

- Modulo 1. Pensiero e ragionamento 1: Filtro mentale, ipergeneralizzazione
- Modulo 2. Memoria: Distorsioni della memoria, falsa memoria e ricordi
- Modulo 3. Pensiero e ragionamento 2: “Doverizzazioni” affermazioni, svalutare il pensiero positivo, pensiero bianco o nero
- Modulo 4. Autostima: Autostima, perfezionismo

- Modulo 5. Pensiero e ragionamento 3: Ingigantire o minimizzare, stile di attribuzione depressivo Modulo 6. Comportamenti e strategie: Strategie comportamentali disfunzionali: ritiro sociale, ruminazione, soppressione del pensiero
- Modulo 7. Pensiero e ragionamento 4: Saltare alle conclusioni, lettura della mente, pensiero catastrofico
- Modulo 8. Emozioni: Percezione dei sentimenti, ragionamento emotivo

#### 6. **Motivation and Engagement Training (MOVE)** (D. Velligan et al., 2014; D. I. Velligan et al., 2015)

Il programma **MOVE (MOTivation and Engagement)** è un intervento innovativo, sviluppato per il trattamento dei sintomi negativi della schizofrenia, come avolizione, anedonia, ridotta espressione emotiva e scarso coinvolgimento sociale. Si basa sulle più recenti ipotesi patogenetiche, che attribuiscono tali sintomi a disfunzioni dei circuiti della gratificazione e della motivazione, deficit delle funzioni esecutive e atteggiamenti autosvalutativi.

MOVE è un **programma domiciliare manualizzato**, che integra diverse tecniche cognitivo- comportamentali e strategie riabilitative per stimolare l'iniziativa, migliorare la motivazione e favorire l'interazione sociale. Gli interventi vengono condotti una volta a settimana per circa un'ora nel contesto di vita reale dell'individuo (abitazione, negozi, luoghi di socialità), per facilitare la generalizzazione delle abilità apprese.

Il programma comprende **cinque componenti principali**, che lavorano in sinergia per migliorare l'avvio e il mantenimento dei comportamenti adattivi:

1. *Controllo antecedente*: uso di supporti ambientali (cartelli, allarmi, check-list) per compensare i deficit cognitivi e stimolare comportamenti automatici e routinari.
2. *Piacere anticipatorio*: aiuta la persona a riconoscere e sperimentare la connessione tra aspettativa e piacere reale, riducendo l'anedonia e incentivando la partecipazione ad attività gratificanti.
3. *Elaborazione ed espressione emotiva*: training per identificare, esprimere e comprendere emozioni proprie e altrui, mediante giochi di ruolo, specchi, registrazioni e coaching comunicativo. Con finalità di miglioramento dell'umore e della motivazione intrinseca.
4. *Ristrutturazione cognitiva (CBT)*: tecniche per riconoscere e modificare pensieri negativi o autosvalutativi che ostacolano l'iniziativa e la persistenza nei compiti.
5. *Sviluppo di abilità sociali e di vita quotidiana*: esercitazioni pratiche e giochi di ruolo per rafforzare competenze comunicative, sociali e indipendenza funzionale, per sviluppare abilità di vita indipendente e abilità sociali (skills training).

Poiché i fattori che portano allo sviluppo e al mantenimento dei sintomi negativi persistenti sono molteplici, il programma MOVE utilizza più approcci terapeutici per intervenire sul loop di mantenimento della sintomatologia negativa.

Complessivamente, MOVE mira a rompere il circolo vizioso dell'amotivazione, favorendo un ciclo di feedback positivo: più iniziativa → più esperienze piacevoli → più motivazione e fiducia → più coinvolgimento nella vita quotidiana e sociale.

Le cinque tecniche del programma MOVE agiscono in modo integrato per potenziare l'iniziativa, il piacere e i comportamenti adattivi, affrontando sia i deficit motivazionali sia quelli legati all'espressione emotiva. Attraverso un approccio multidimensionale, MOVE mira a interrompere il circolo di mantenimento dei sintomi negativi, favorendo un processo di rinforzo positivo: l'aumento delle esperienze gratificanti e delle emozioni vissute stimola una maggiore motivazione ad agire, pianificare e portare a termine attività significative nel presente e nel futuro.

Il manuale tradotto in italiano del programma Motivation and Engagement Training (MOVE) è disponibile sul sito della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (SIRP [www.riabilitazionepsicosociale.it](http://www.riabilitazionepsicosociale.it)).

## Interventi assistenziali

### 1. Autostima situazionale scarsa

Definizione: cambiamento da una percezione positiva a una negativa del proprio valore, dell'accettazione e del rispetto di sé, delle competenze e dell'atteggiamento verso sé stessi.

Caratteristiche: Sintomi depressivi, esprime solitudine, comportamento indeciso, insonnia, solitudine, comportamento non assertivo, sensazione di non avere uno scopo, tendenza a rimuginare, espressioni di autonegazione, sottostima la propria capacità di affrontare la situazione.

### 2. Mancanza di speranza

Definizione: Stato soggettivo in cui la persona ritiene di avere a disposizione alternative limitate o di non avere alcuna alternativa o scelta ed è incapace di mobilitare da sola le proprie energie. Sensazione che la persona non proverà emozioni positive o un miglioramento delle proprie condizioni.

Caratteristiche: apatia profonda e prolungata, segnali verbali di sconforto e/o espressione verbale ridotta, alterazione del sonno, diminuzione della risposta agli stimoli, diminuzione dello spirito di iniziativa/mancanza di energia, sintomi depressivi, esprime scoraggiamento/futuro incerto esprime senso di incompetenza, passività, comportamento di evitamento.

Fattori correlati: fisiopatologici (deterioramento condizioni fisiche dovuto a malattia cronica, dolore, comparsa nuovi sintomi, alterazioni funzioni), situazionali personali e/o ambientali (isolamento sociale, mancanza di sostegno, incapacità di partecipare alle attività sociali, storia di abbandono, prolungata limitazione dell'attività fisica, stress cronico).

### 3. Senso di impotenza

Definizione: esperienza vissuta di mancanza di controllo su una situazione, inclusa la sensazione che le proprie azioni non influiranno in modo significativo su un risultato.

Caratteristiche: manifestazioni di insoddisfazione (rabbia, apatia, passività, scarsa autoefficacia), per la propria incapacità di controllare una situazione (lavorativa, malattia, assistenza,..), con un impatto negativo sulle prospettive, gli obiettivi e lo stile di vita. Credere di non poter controllare le cause o di non essere in grado di trovare la soluzione ai problemi.

Valutare se è situazionale, collegato ad un evento specifico e quindi contestualizzato, o come tratto pervasivo che diversamente influisce in generale sul modo di percepire, sugli obiettivi, sullo stile di vita e sulle relazioni.

- **Supporto decisionale e potenziamento dell'autoefficacia:** favorire il coinvolgimento attivo dell'assistito nel proprio percorso di cura, sostenendolo nel processo decisionale e nella definizione di obiettivi realistici. Stimolare la consapevolezza delle proprie capacità, rispettando le scelte individuali e rafforzando il senso di controllo e padronanza sulla propria vita.
- **Riconoscimento e ristrutturazione dei pensieri disfunzionali:** favorire un cambiamento nel modo in cui la persona percepisce se stessa e interpreta gli eventi della propria vita per migliorare l'autostima. Attraverso la ristrutturazione cognitiva, aiutare l'assistito a riconoscere distorsioni cognitive frequenti (es. generalizzazioni, lettura del pensiero, eccessiva autoattribuzione di colpa), guidandolo a riformulare i pensieri negativi in modo più realistico e costruttivo, utilizzando strategie di coping e promuovendo l'utilizzo del self-talk positivo (es: immaginare un futuro e un esito positivo). Intervenire su colpa, autocritica, pensieri catastrofici e autosvalutazione, per promuovere un'immagine di sé più realistica e costruttiva.
- **Sviluppo dell'espressione di sé e delle competenze relazionali:** potenziare le capacità comunicative, relazionali ed emotive della persona, per costruire una sana percezione di sé e educare all'assertività per promuovere la corretta espressione dei propri bisogni, opinioni e vissuti, nel rispetto di sé e degli altri. L'ascolto attivo, il counseling e la presenza empatica del professionista sanitario permettono di creare uno spazio sicuro in cui la persona può esplorare vissuti dolorosi senza timore di giudizio, rafforzando così la fiducia in se stessa.

- **Rafforzamento dell'identità personale e dell'autoefficacia:** stimolare al dialogo e al confronto. Promuovere interventi mirati al miglioramento dell'autostima e alla promozione della resilienza per riscoprire le proprie risorse interne, il proprio valore e a riconoscere i punti di forza. Supportare nel riconoscimento delle esperienze precedenti di successo nella gestione delle crisi, incoraggiando l'uso di esercizi di autoaffermazione, tecniche di rilassamento, immaginazione positiva e umorismo. Creare con l'assistito una sorta di guida preventiva alle situazioni critiche per anticipare reazioni a eventi stressanti.
- **Promozione della speranza:** stimolare una visione positiva e realistica del futuro, supportando la definizione di obiettivi significativi e la ridefinizione dei valori personali. Identificare e mobilitare le risorse interiori dell'assistito come l'autonomia, l'indipendenza, la razionalità, la riflessione, la flessibilità, la spiritualità. Favorire la condivisione di ricordi positivi (richiamare eventi, emozioni e pensieri del passato per facilitare il piacere, la qualità della vita o l'adattamento alle circostanze attuali. Lo scopo è di rendere il flusso spontaneo dei ricordi più consapevole e deliberato, in modo da ridurre l'isolamento, migliorare l'autostima, mantenere un ruolo sociale, migliorare l'umore e la qualità di vita). Supportare l'assistito a comprendere come occuparsi degli aspetti della vita che ritiene siano senza speranza, isolare gli aspetti problematici e distinguere ciò che è possibile fare da ciò che non lo è.
- **Gestione dell'umore e rinforzo del coping:** offrire strumenti per il riconoscimento e la modulazione dell'umore e delle emozioni disfunzionali. Facilitare l'uso di strategie di coping adattivo per affrontare situazioni stressanti, cambiamenti e difficoltà legate ai ruoli personali e sociali. Aiutare l'assistito ad adattarsi e a sviluppare obiettivi realistici a breve e lungo termine (passare da obiettivi semplici ad altri più complessi).
- **Rafforzamento del sistema di supporto sociale:** collaborare con la famiglia per influire positivamente sulla riuscita del percorso; promuovere l'apprendimento di modalità relazionali più funzionali per i caregivers. Stimolare il coinvolgimento dell'assistito in gruppi di supporto valutando le risorse della comunità disponibili, per ridurre il senso di isolamento e favorire il confronto positivo con persone con esperienze simili.

## 8) Altri problemi psichici e comportamentali (ansia e fobie, ossessioni e compulsioni, sintomi somatoformi, problemi dell'alimentazione, disturbi del sonno, problemi sessuali, umore euforico)

- **Ansia e fobie: R.46.6 Ansia e preoccupazione eccessivi di fronte a eventi stressanti**
- **Sintomi somatoformi: R68.80 Altri segni e sintomi generali specificati; OPPURE R68.88 Altri sintomi e segni generali; R66.88 Altri sintomi e segni generali**
- **Problemi dell'alimentazione: Scegliere un codice nel blocco R63.0–R63.8 Sintomi e segni che interessano l'assunzione di cibo e liquidi; Z72.4 Dieta e abitudini alimentari inappropriate; Z86.3 Anamnesi personale di malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche**
- **Disturbi del sonno: Z91.3 Anam. pers. di ritmo sonno veglia non corretto; R40.0 sonnolenza**
- **Problemi sessuali: Z72.5 Comportamento sessuale ad alto rischio**
- **Umore euforico: R46.3 Iperattività**
- **Altri problemi: Z91.4 Anamnesi personale di trauma psicologico non classificato altrove; Z91.8 Anamnesi personale di altro fattore di rischio specificato non classificato altrove; R45.8 Altri sintomi e segni che interessano lo stato emotivo; OPPURE R45.88 Sintomi e segni speciali che interessano lo stato emozionale, non classificati altrove; R45.89 Sintomi e segni che interessano lo stato emozionale, non specificato**

### Assessment

**La Valutazione Globale del Funzionamento (GAF)** è uno strumento di valutazione che misura in modo complessivo il livello di gravità della malattia e serve per valutare il funzionamento psicologico, sociale e occupazionale dell'individuo. È una scala generica, non legata a una specifica diagnosi, e viene utilizzata per monitorare l'andamento clinico, i progressi e dunque l'efficacia dei trattamenti, prestandosi bene ad una valutazione al momento della presa in carico e una, successivamente, alla dimissione.

La scala è costituita da 100 punti, suddivisi in intervalli di 10, ciascuno dei quali rappresenta un anchor point con descrizioni verbali di sintomi e funzionamento rilevanti per il punteggio. Gli estremi vanno da 1-10, che indicano una compromissione molto grave, fino a 91-100, che descrivono assenza di malattia e un funzionamento superiore alla norma. All'interno di ogni intervallo le istruzioni consentono di distinguere diverse sfumature sintomatologiche.

Oltre alla scala unica, è possibile utilizzare due versioni specifiche: la GAF-S (sintomi) e la GAF-F (funzionamento), entrambe basate sulla stessa struttura a 100 punti con intervalli di 10.

**Symptom Check List SCL-90.** È un questionario autosomministrato composto da 90 item su disturbi eventualmente provati nel corso dell'ultima settimana; richiede tra i 12 e i 20 minuti per essere completato. Il soggetto fornisce una valutazione da 0 (per niente) a 4 (moltissimo) (Scala Likert). I risultati individuano dieci dimensioni sintomatologiche di diverso significato e per ognuna di esse il punteggio relativo è calcolato come medie delle domande con risposta. In generale si considerano di interesse punteggi medi uguali o maggiori a 1,00.

È inoltre calcolato un indice globale (GSI Global Score Index) come punteggio medio di tutte le domande con risposta del test.

Le dieci dimensioni sintomatologiche sono:

- I Somatizzazione (SOM): riflette disturbi che sorgono dalla percezione di disfunzioni corporee.
- II Ossessione-Compulsione (O-C): pensieri, impulsi e azioni che l'individuo percepisce come irresistibili, estranei al soggetto.
- III Sensibilità interpersonale (INT): sentimenti di inadeguatezza e inferiorità nei confronti di altre persone (autosvalutazione, insicurezza, disagio nelle relazioni interpersonali).
- IV Depressione (DEP): riassume un ampio spettro di sintomi concomitanti ad una sindrome depressiva (umore disforico, segni di ritiro, mancanza di motivazione, perdita di energie).
- V Ansia (ANX): insieme di sintomi e comportamenti correlati ad un'alta ansia manifesta (nervosismo, tensione, tremori, panico).
- VI Ostilità (HOS): pensieri, sentimenti e azioni caratteristici di uno stato di rabbia. irritabilità, risentimento.
- VII Ansia fobica (PHOB): persistente risposta di paura irrazionale e non proporzionata nei confronti di persone, luoghi ed occasioni specifici che conduce a comportamenti di evitamento/fuga.
- VIII Ideazione paranoide (PAR): disturbo del pensiero caratterizzato da sospetto, paura di perdita di autonomia misto ad ostilità ed idee di riferimento (pensiero proiettivo, sospettosità,..).

- IX Psicoticismo (PSY): pur includendo alcuni sintomi primari della schizofrenia (allucinazioni, estraneità del pensiero), è da intendersi come una dimensione continua dell'esperienza umana caratterizzata da ritiro, isolamento e stile di vita schizoide.
- X Disturbi del sonno (SLEEP): insonnia, sonno disturbato, risveglio precoce.

**Epworth Sleepiness Scale (ESS).** È un questionario auto-somministrato, rapido (tempo richiesto 2-3 minuti), composto da 8 domande che misurano la tendenza alla sonnolenza diurna. Ai rispondenti viene chiesto di valutare, su una scala a 4 punti (0-3), le loro probabilità abituali di appisolarsi e la loro propensione alla sonnolenza diurna durante diverse attività della vita quotidiana. Il punteggio totale varia da 0 a 24: valori >10 indicano sonnolenza diurna significativa, mentre punteggi >15 sono suggestivi di sonnolenza patologica (es. apnea del sonno, narcolessia). Fornisce perciò una stima di una caratteristica più generale, la "propensione media al sonno" della persona, in un'ampia gamma di attività della sua vita quotidiana.

**Pittsburgh sleep quality index (PSQI).** È un questionario self-report ampiamente utilizzato per valutare la qualità del sonno nel corso dell'ultimo mese. È ampiamente utilizzato in ambito clinico e di ricerca per esplorare in modo articolato le abitudini e i disturbi del sonno, integrando informazioni soggettive e parametri più oggettivi. Lo strumento permette di ottenere una valutazione globale del sonno, utile per comprendere i modelli individuali e orientare eventuali interventi terapeutici. In particolare, è stato sviluppato per l'impiego in popolazioni con disturbi psichiatrici, dove le alterazioni del sonno sono frequenti (Shahid et al., 2011). Il questionario include 19 item suddivisi in sette aree principali (qualità soggettiva del sonno, latenza, durata, efficienza abituale, disturbi, uso di farmaci per dormire e disfunzione diurna), oltre a cinque domande aggiuntive compilate dal partner o coinquilino, utilizzate solo a fini clinici e non considerate nel punteggio finale.

**Beck Anxiety Inventory (BAI).** È un questionario auto-somministrato per la misurazione della gravità dell'ansia nelle popolazioni psichiatriche. Il tempo di somministrazione è di 5-10 minuti. La scala è composta da 21 item, ognuno dei quali descrive un sintomo comune di ansia (emotivo, fisiologico e cognitivo dell'ansia). Al rispondente viene chiesto di valutare in che misura ha sperimentato ciascun sintomo nell'ultima settimana su una scala a 4 punti. La scala va da 0 a 3 dove zero è nullo e 3 è al limite della sopportazione. Il punteggio totale può variare tra 0 e 63 punti (0 - 7 livello "minimo" di ansia; 8 - 15 livello "Lieve"; 16 - 25 livello "Moderato"; 26 - 63 livello "Grave").

Il BAI può essere impiegato per definire un livello iniziale di ansia, supportare la diagnosi, monitorare i cambiamenti durante il trattamento e valutare gli esiti al termine dell'intervento. Inoltre, consente di mettere in luce il legame tra mente e corpo, risultando utile per chi desidera ridurre i propri livelli di ansia.

## Obiettivi

- **Riduzione dell'ansia**

Riconosce e descrivere la propria ansia, utilizzare strategie di coping e tecniche di rilassamento per controllare apprensione e tensione, mantenendo concentrazione e capacità di affrontare le attività quotidiane. Saper comunicare in modo appropriato i propri bisogni e sentimenti.

- **Equilibrio del sonno**

Soddisfazione rispetto al proprio stato di salute e alle condizioni di vita, riferendo un sonno più riposante e rigenerante. Migliore capacità di concentrazione e partecipazione alle attività quotidiane. Sarà in grado di identificare e adottare misure che favoriscono il sonno e il rilassamento, con riduzione del disagio mentale e fisico associato all'insonnia.

- **Equilibrio nutrizionale**

Assunzione quotidiana di nutrienti sufficienti a soddisfare il fabbisogno metabolico, mostrando consapevolezza dell'importanza di una dieta corretta. Sarà in grado di identificare carenze nutrizionali, strategie per aumentare l'appetito e comportamenti alimentari disadattivi, adottando e mantenendo modelli alimentari salutari. Aderenza al piano nutrizionale concordato con il professionista sanitario.

- **Sessualità soddisfacente e percezione positiva di sé**

Riconoscimento di eventuali stress, paure o ostacoli legati alla sessualità, sviluppando maggiore consapevolezza di sé, dei propri valori, preferenze e aspettative. Dimostrerà una percezione positiva del proprio corpo, delle sue funzioni e del proprio valore personale.

- **Consapevolezza e gestione della propria condizione**

Comprensione dei sintomi e dei fattori di vulnerabilità, promuovendo strategie di coping efficaci e una gestione attiva e consapevole della propria salute mentale, rafforzando il controllo personale con un atteggiamento orientato al cambiamento.

- **Riduzione dell'autostigma ed empowerment**

Contrastare lo stigma interiorizzato e sostenere un'identità personale positiva, favorendo accettazione di sé e valorizzazione delle proprie capacità. Favorire la rielaborazione dell'esperienza di malattia e la costruzione di una nuova narrazione di sé, trasformando la vulnerabilità in occasione di crescita e di consapevolezza.

## Panoramica

Per le persone con disagio psichico, sono disponibili diversi interventi di autogestione pensati per sostenere il percorso di cura. Questi interventi si basano su alcuni elementi fondamentali: fornire informazioni chiare sulla malattia e sui trattamenti, favorire l'aderenza alla terapia farmacologica attraverso strategie pratiche, elaborare piani di prevenzione delle ricadute e insegnare tecniche di coping per affrontare i sintomi persistenti (*Mueser, 2006; Mueser et al., 2002*).

Negli approcci più recenti, oltre a questi aspetti, viene posta una forte enfasi sul recupero personale, aiutando ciascun individuo a definire e perseguire i propri obiettivi di vita. In questo modo, l'autogestione non si limita a ridurre i sintomi o a prevenire le ricadute, ma promuove una maggiore autonomia, decisioni più consapevoli e un minor ricorso ai servizi sanitari, sostenendo il benessere complessivo e la qualità della vita (*Lean et al., 2019; McGuire et al., 2014*).

La letteratura conferma l'efficacia degli interventi di autogestione nelle persone con gravi disturbi mentali. I risultati mostrano benefici significativi su diversi esiti clinici e personali: riduzione della gravità complessiva dei sintomi, dei sintomi negativi, depressivi e ansiosi, sia al termine del trattamento che a un anno di follow-up; miglioramenti dei sintomi positivi emersi solo nel lungo periodo. L'effetto sull'insieme dei sintomi è risultato paragonabile o superiore a quello della CBT per la psicosi. Sono stati rilevati anche effetti positivi, di entità medio-piccola, sul funzionamento globale, sulla qualità della vita e soprattutto su dimensioni legate al recupero personale (empowerment, speranza, autoefficacia). Tuttavia, i dati su ricadute e riospedalizzazioni sono risultati inconsistenti: gli studi hanno riportato pochi eventi di ricaduta, impedendo di trarre conclusioni solide; è emersa invece una riduzione della durata media dei ricoveri (*Lean et al., 2019*).

### **Disturbo d'ansia generalizzato e disturbo di panico** (*NICE. National Institute for Health and Care Excellence, 2020a*)

L'identificazione precoce del disturbo d'ansia generalizzato è fondamentale per favorire una diagnosi tempestiva e un trattamento efficace. È importante prestare attenzione a possibili segni di ansia, in particolare nelle persone con una storia di disturbi d'ansia, sintomi somatici di natura ansiosa o che hanno vissuto eventi traumatici recenti. Durante la valutazione iniziale è utile esplorare i sentimenti di ansia della persona e la sua capacità di controllare la preoccupazione.

La diagnosi dovrebbe essere comunicata il prima possibile, accompagnata da una spiegazione chiara della natura del disturbo, per aiutare la persona a comprenderne le cause e favorire l'adesione al trattamento.

La valutazione deve essere completa e non limitarsi al numero o alla gravità dei sintomi, ma includere anche il livello di sofferenza, l'impatto sul funzionamento quotidiano e l'eventuale presenza di **comorbidità** (depressione, altri disturbi d'ansia, abuso di sostanze o patologie mediche). In caso di disturbi concomitanti, si raccomanda di trattare prima la condizione predominante. Se vi è abuso di sostanze, è importante affrontarlo prioritariamente, poiché la sua risoluzione può ridurre anche i sintomi ansiosi.

Dopo la diagnosi, è opportuno fornire **informazioni educative** sul disturbo e sulle opzioni terapeutiche disponibili, mantenendo un monitoraggio attivo dei sintomi. Questo approccio può essere sufficiente nei casi più lievi, evitando la necessità di interventi più intensivi. È importante anche discutere con il paziente l'uso di eventuali farmaci, chiarendo le possibili interazioni e l'assenza di prove di efficacia per molti rimedi non prescritti.

Nei casi di GAD con compromissione funzionale significativa o resistenza ai primi interventi, si raccomanda di offrire un intervento psicologico individuale ad alta intensità o un trattamento farmacologico. Le due modalità sono considerate equivalenti in termini di efficacia; la scelta deve dunque basarsi sulle preferenze e sulle risorse del paziente, dopo averlo informato sui benefici e sui potenziali effetti collaterali di ciascun approccio.

L'intervento non farmacologico descritto nelle linee guida prevede due trattamenti:

- **Terapia cognitivo-comportamentale (TCC o CBT)**
- **Rilassamento applicato (Applied Relaxation)**

Entrambi devono essere condotti da professionisti qualificati e, in genere, il trattamento prevede 12–15 sedute settimanali di un'ora ciascuna, con possibilità di abbreviare o prolungare il percorso in base ai progressi clinici.

La **CBT** si concentra sulla modificazione dei pensieri disfunzionali e dei comportamenti di evitamento che alimentano l'ansia, favorendo l'acquisizione di strategie di coping più efficaci. Il **rilassamento applicato**, invece, mira a ridurre l'attivazione fisiologica tipica dell'ansia insegnando al paziente tecniche di riconoscimento e gestione precoce della tensione, come la respirazione controllata e la distensione muscolare.

Le linee guida per il trattamento del **disturbo di panico** delineano un percorso articolato in diverse fasi, che vanno dal riconoscimento precoce alla gestione specialistica, con l'obiettivo di fornire un'assistenza progressiva e personalizzata in base alla gravità dei sintomi e alla risposta al trattamento.

Un'identificazione tempestiva e accurata del disturbo di panico è essenziale per garantire un trattamento efficace. Tutti gli operatori sanitari coinvolti nella gestione dovrebbero possedere competenze per condurre valutazioni strutturate e sviluppare piani terapeutici appropriati.

La diagnosi deve basarsi su una raccolta approfondita delle informazioni cliniche e personali, caratteristiche culturali e presenza di altre condizioni psichiche o fisiche che possano confondere il quadro clinico.

È importante considerare la frequente comorbidità con depressione o abuso di sostanze, valutando la priorità dei problemi per pianificare un intervento mirato.

Nella maggior parte dei casi gli interventi sono di natura multidisciplinare che includono: interventi riabilitativi mirati, psicoterapia, farmacoterapia mirata e monitoraggio continuo dell'andamento clinico.

L'intervento non farmacologico descritto nelle linee guida prevede:

- Partecipazione a **gruppi di supporto**.
- Promozione di attività fisica regolare, che contribuisce al benessere generale e alla riduzione dei sintomi ansiosi.
- La **CBT** è il trattamento psicologico di elezione per il disturbo di panico e deve essere erogata da terapeuti formati e supervisionati, che seguano protocolli strutturati basati su evidenze scientifiche. Il percorso ottimale prevede 7–14 ore complessive di trattamento, di solito suddivise in sedute settimanali di 1–2 ore, completate entro circa quattro mesi. È fondamentale integrare l'intervento con materiali di auto-aiuto (es: respirazioni) e compiti strutturati, che permettono al paziente di applicare le strategie acquisite anche al di fuori della terapia.

## Interventi riabilitativi

### 1. **Illness Management and Recovery, IMR.**

Alcuni studi riportano come l'IMR abbia cambiato l'approccio dei professionisti della salute mentale, spostando l'attenzione dalla sola gestione dei sintomi alla costruzione di una vita significativa nonostante la malattia, fornendo ai pazienti strumenti pratici e strategie di coping per aumentare la consapevolezza, l'autonomia e la capacità di autogestione. Pur essendo strutturato in moduli standardizzati, il programma è percepito come flessibile e adattabile alle esigenze individuali, soprattutto grazie all'attenzione iniziale alle strategie di recupero personali. In tal modo è stato associato ad una "cassetta degli attrezzi" che consente di vivere in modo più dignitoso e significativo nonostante la presenza dei sintomi (Ørjasæter et al., 2025).

Il programma IMR si fonda su alcuni principi chiave:

- "recovery" è definito dall'utente, che identifica, con l'aiuto degli operatori, i propri obiettivi personali;
- l'informazione e l'educazione sulle malattie mentali rappresenta uno strumento di empowerment e favorisce decisioni consapevoli
- la collaborazione con operatori e reti sociali sostiene il percorso di recupero
- i piani di prevenzione aiutano a riconoscere precocemente segnali di crisi e a ridurre le ricadute
- l'apprendimento di strategie di gestione della malattia consente di affrontare sintomi e stress, migliorando la qualità della vita.

Il programma integra approcci educativi, motivazionali e cognitivo-comportamentali, includendo strategie come psicoeducazione, prevenzione delle ricadute, training comportamentale (anche per aumentare l'aderenza ai farmaci), coping e abilità sociali (social skills training). I riferimenti teorici principali sono il modello stress-vulnerabilità (il decorso e l'esito di una grave malattia mentale sono determinati dall'interazione dinamica tra vulnerabilità biologica, stress e coping) e il modello transteorico del cambiamento (il cambiamento si sviluppa attraverso cinque fasi: precontemplazione, contemplazione, preparazione, azione e mantenimento).

L'IMR è strutturato in 11 moduli, realizzati con dispense didattiche e materiali pratici, erogabili in setting individuali o di gruppo, in percorsi settimanali per 10 mesi, o più intensamente per 4- 5 mesi. Per i professionisti sono disponibili strumenti operativi e checklist per garantire la corretta implementazione.

*Tabella 3. Illness Management and Recovery*

<b>Modulo</b>	<b>Titolo</b>
Modulo 1	Strategie di recovery
Modulo 2	Fatti pratici sulla malattia mentale
Modulo 3	Il modello stress-vulnerabilità
Modulo 4	Costruire un supporto sociale
Modulo 5	Usare i farmaci in modo efficace
Modulo 6	Uso di droghe e alcol
Modulo 7	Ridurre le ricadute
Modulo 8	Fronteggiare lo stress
Modulo 9	Fronteggiare problemi e sintomi persistenti
Modulo 10	Trovare risposte ai propri bisogni nel sistema della salute mentale
Modulo 11	Sviluppare un piano per stare bene – stili di vita salutari

Disponibile al sito: <https://www.riabilitazionepsicosociale.it/disponibile-un-aggiornamento-della-versione-italiana-dellillness-management-and-recovery/>

Struttura delle sessioni del programma IMR

- Socializzare informalmente e identificare eventuali problematiche
- Verificare i compiti per casa
- Verifica degli obiettivi personali
- Riassumere la sessione precedente
- Impostare il programma della sessione
- Insegnare nuovi materiali o rivedere quelli già trattati precedentemente
- Accordarsi su nuovi compiti per casa
- Riassumere i progressi fatti nella sessione

Programmi di autogestione dovrebbero essere parte integrante dei servizi di salute mentale, al pari di interventi già consolidati, con il potenziale di incidere sul decorso a lungo termine delle persone con SMI. Sul fronte della ricerca, servono studi più robusti per chiarirne l'impatto su ricadute e ricoveri, identificare le modalità più efficaci per diversi pazienti e sviluppare programmi condivisi con gli utenti, così da favorirne una reale e stabile integrazione nei servizi (*Lean et al., 2019*).

## **2. The Happy Healthy Life Class – Una vita sana e felice**

Questo adattamento del programma Illness Management & Recovery (IMR), ideato da Susan Gingerich e Kim Mueser, è stato pensato per persone con disturbi psichiatrici gravi, disabilità intellettiva o deficit cognitivi marcati. Poiché una larga parte dei pazienti con schizofrenia presenta compromissioni nelle funzioni cognitive di base (memoria di lavoro, attenzione, velocità di elaborazione, funzioni esecutive) e nella cognizione sociale, è stato necessario semplificare il programma originale introducendo strategie compensative finalizzate a bypassare i deficit cognitivi durante lo svolgimento delle sessioni del programma.

Tra queste: riduzione delle distrazioni, pause frequenti, uso di un linguaggio semplice e culturalmente accessibile, lettura delle dispense solo quando utile e senza creare disagio, materiali didattici chiari e contenuti più immediati.

Il manuale è stato quindi strutturato per rispondere alle esigenze di questa tipologia di pazienti, facilitando la partecipazione attiva e l'acquisizione di strumenti concreti per perseguire i propri obiettivi di vita. Gli operatori assumono un ruolo di guida e supporto, incoraggiando e accompagnando gli utenti senza sostituirsi a loro. L'adattamento mantiene un orientamento al recovery e alle evidenze scientifiche, con sessioni più accessibili e l'inserimento di compiti per casa supervisionati, così da promuovere autonomia e continuità del percorso riabilitativo (*Gingerich, Kerry Arnold, et al., 2018*).

### 3. Coming Out Proud

Diverse evidenze suggeriscono che gli interventi psicoeducativi, cognitivo-comportamentali o narrativi possono contribuire a ridurre l'autostigma nelle persone con disturbi mentali (Morrison et al., 2013). In questa prospettiva è stato proposto un nuovo modello di intervento centrato sulla divulgazione personale come strategia alternativa per ridurre l'impatto dello stigma (Corrigan et al., 2013; Rüsçh et al., 2014).

Il Coming Out Proud (COP) è stato sviluppato come un intervento di gruppo manualizzato guidato da pari, progettato per aiutare le persone con disturbi mentali ad affrontare il tema della divulgazione della propria condizione e dell'entità personale in modo consapevole e autodeterminato.

Il "Coming Out Proud to Erase the Stigma of Mental Illness" si propone di promuovere l'empowerment e solidarietà tra pari. Condotta anche da facilitatori/pazienti per esperienza, il percorso incoraggia i partecipanti a riflettere sul significato della propria esperienza di malattia e a sviluppare strategie personali per condividerla, se e quando lo desiderano; mira a ridurre l'autostigma, e l'impatto negativo di questo sulle persone con malattie mentali. Il COP si articola in **tre moduli principali** (che sono le tre lezioni dei tre incontri previsti), ciascuno dedicato a un tema chiave legato alla divulgazione:

1. Rischi e benefici della rivelazione, per valutare vantaggi e svantaggi del condividere la propria esperienza in diversi contesti;
2. Gli approcci strategici alla divulgazione che esplorano le diverse modalità e i livelli di apertura, dalla segretezza completa alla condivisione;
3. Raccontare la propria storia, per aiutare i partecipanti a narrare in modo autentico e significativo la propria esperienza di vita e gli effetti potenzianti del supporto tra pari.

Ogni sessione ha una durata di circa due ore e il programma completo si svolge, appunto, in tre incontri. Il gruppo ideale è composto da quattro a otto partecipanti, condotti da uno o due facilitatori (preferibilmente persone con esperienza diretta di malattia mentale e competenze nella conduzione di gruppi di auto-aiuto).

L'approccio del COP non spinge alla rivelazione, ma accompagna le persone nel prendere decisioni autonome e consapevoli, valutando ciò che è più utile per sé in base ai propri valori, al contesto e al momento di vita. L'obiettivo non è soltanto ridurre lo stigma interiorizzato, ma anche rafforzare l'autostima, il senso di identità e la capacità di autodeterminazione.

Il programma prevede l'utilizzo di materiali didattici strutturati, come il manuale per i facilitatori e il **Workbook "Coming Out Proud: To Eliminate the Stigma of Mental Illness"**, che sintetizza i punti principali di ogni lezione e propone esercizi di riflessione e auto-esplorazione. Il workbook e il manuale sono disponibili gratuitamente in versione italiana sul sito della Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (SIRP [www.riabilitazionepsicosociale.it](http://www.riabilitazionepsicosociale.it)).

Nel complesso, Coming Out Proud rappresenta un intervento innovativo che unisce **peer support, psicoeducazione e empowerment personale**, promuovendo la possibilità di trasformare l'esperienza del disagio mentale in una narrazione di consapevolezza, resilienza e identità positiva.

In questo contesto, il programma Coming Out Proud rappresenta un esempio concreto di intervento fondato sul **supporto tra pari**. Negli ultimi anni i servizi di salute mentale, orientati alla recovery, hanno promosso lo sviluppo di iniziative di supporto tra pari, in coerenza con gli indirizzi internazionali dell'OMS per una salute mentale centrata sulla persona.

Attraverso l'ascolto reciproco, viene ritenuto uno strumento efficace per lo scambio di supporto pratico ed emotivo, basato sulla comprensione reciproca, sul rispetto, sulla responsabilità e autodeterminazione e sull'utilizzo consapevole della conoscenza derivante dall'esperienza vissuta (*Smit et al., 2023*).

4. È stata presentata una versione più aggiornata del programma, denominata **Honest, Open, Proud (HOP)**, avente le stesse finalità (*Corrigan et al., 2018*). Diversi studi hanno dimostrato che può aiutare a ridurre lo stress legato al dilemma del rivelare o meno la propria diagnosi di depressione, favorendo la condivisione delle esperienze personali e delle proprie narrazioni in un contesto di gruppo. Studi clinici randomizzati hanno evidenziato che HOP riduce significativamente lo stress da stigma e i sintomi depressivi negli adulti, e più recentemente, in una versione adattata, anche negli adolescenti, migliorando la qualità della vita e la propensione a chiedere aiuto. Tuttavia, i risultati mostrano l'importanza di adattare attentamente il programma alle diverse fasce d'età e comunità per garantirne l'efficacia (*Modelli et al., 2021*).

#### 5. **Strategie comportamentali** (*Paola Carozza, 2025*)

La terapia comportamentale utilizza tecniche mirate a modificare i comportamenti disadattivi che si manifestano in specifiche circostanze, con l'obiettivo di ridurre quelli disfunzionali e rinforzare quelli più adattivi. Si tratta di un approccio pratico e basato sull'azione, che, a seconda della sintomatologia e della condizione da trattare, impiega diverse strategie.

La terapia cognitiva si concentra sul cambiamento delle cognizioni, che si propone di modificare emozioni e comportamenti.

La **terapia cognitivo-comportamentale (TCC/CBT)** si concentra sul cambiamento dei pensieri disfunzionali che alimentano emozioni e comportamenti problematici. I pazienti vengono guidati a riconoscere e mettere in discussione convinzioni distruttive, sostituendole con interpretazioni più realistiche e funzionali, favorendo così condotte più adattive.

La TCC è generalmente concepita come un trattamento di breve durata, orientato all'acquisizione di competenze, finalizzato a modificare le risposte emotive attraverso l'intervento sui pensieri, sui comportamenti o su entrambi.

Tra le tecniche più utilizzate rientrano quelle basate sull'**esposizione**, considerate centrali nel trattamento dei disturbi d'ansia. Queste prevedono il confronto graduale con oggetti o situazioni temute, spesso associato a strategie di gestione dell'ansia e di rilassamento, e sono particolarmente raccomandate per le fobie specifiche e altri disturbi d'ansia.

Due dei metodi di trattamento cognitivo comportamentale più comunemente utilizzati sono la terapia espositiva e terapia cognitiva (Kaczurkin & Foa, 2015). Il trattamento basato sull'esposizione (Foa & Kozak, 1986) si fonda sulla teoria dell'elaborazione emotiva, secondo cui la paura nasce da reti associative (strutture cognitive della paura) che collegano stimoli, risposte (es: evitamento, risposte fisiologiche) e significati di questi stimoli e risposte (es: aumento della frequenza cardiaca=infarto). La paura diventa patologica quando la persona incontra uno stimolo nell'ambiente che assomiglia allo stimolo temuto e, in modo irrealistico, attiva significati che inevitabilmente portano all'evitamento. L'esposizione mira a modificare queste strutture attivandole prima con la paura e poi introducendo nuove informazioni correttive per smentire le associazioni irrealistiche (es. la tachicardia non causa un infarto), così da ridurre progressivamente la paura. Può avvenire in diverse forme: immaginativa (immaginare vividamente le situazioni temute), in vivo (affrontare gradualmente luoghi o situazioni evitate, ma sicure) e interocettiva (indurre volontariamente le sensazioni fisiche temute). Quest'ultima è maggiormente utilizzata nel trattamento dell'attacco di panico, con il fine di rimodulare le sensazioni corporee correlate al panico. Tutte hanno l'obiettivo comune di favorire l'apprendimento di nuove associazioni e la diminuzione della paura, in un percorso solitamente di durata limitata (circa 10 sedute).

La terapia cognitiva (CT) sostiene che i pensieri influenzino causalmente emozioni e comportamenti, e che le distorsioni cognitive contribuiscano alla psicopatologia. Intervendo su tali pensieri con tecniche di ristrutturazione cognitiva ed esperimenti comportamentali, è possibile ridurre il disagio emotivo e aumentare il senso di controllo. Nei protocolli più recenti, la CT è stata arricchita con approcci come mindfulness e accettazione, per favorire una regolazione emotiva più flessibile ed efficace. I disturbi emotivi comportano spesso emozioni negative intense. La terapia cognitiva non mira a eliminarle, ma ad aiutare i pazienti a valutarle in modo più realistico e accurato, favorendo una comprensione meno distorta delle situazioni (Bandelow et al., 2017; Hofmann et al., 2013).

Le tecniche di rilassamento rappresentano un intervento non farmacologico ampiamente utilizzato nel trattamento dei disturbi d'ansia. Attraverso metodi come il rilassamento muscolare progressivo, la respirazione diaframmatica e la mindfulness, aiutano a ridurre l'attivazione fisiologica legata allo stress, favorendo uno stato di calma e benessere. Sono spesso utilizzate sia come trattamento autonomo sia in integrazione ad approcci più strutturati, come la terapia cognitivo-comportamentale, per potenziarne l'efficacia.

Rilassamento muscolare progressivo: alterna contrazione e distensione dei gruppi muscolari per ridurre la tensione corporea.

Training autogeno: usa formule di auto-suggestione per indurre calma e rilassamento psico-fisico.

**Respirazione diaframmatica:** favorisce un ritmo respiratorio lento e profondo che contrasta l'ansia.

**Mindfulness e meditazione:** promuovono attenzione consapevole e accettazione delle sensazioni interne, riducendo la reattività allo stress (H. Kim & Kim, 2018; Manzoni et al., 2008).

### **Esempi di respirazione:**

- *Respirazione lenta.* Si tratta di una tecnica che mira a favorire un processo di rilascio e rinnovamento interiore attraverso il respiro. L'esercizio prevede di iniziare con un'espirazione, per favorire la sensazione di svuotamento e alleggerimento, seguita da un'inspirazione della stessa durata. Espirazione e inspirazione mantengono quindi un ritmo equilibrato e costante, ad esempio cinque secondi ciascuna, per un periodo di circa un minuto, o più a lungo se lo si desidera.

La pratica promuove una respirazione lenta e regolare, favorendo una percezione di equilibrio e di completa distensione, come se il respiro permettesse di liberarsi gradualmente delle tensioni e di creare spazio per una nuova energia.

- *Disegnare un respiro 1.* È una tecnica di respirazione che si basa su un ritmo regolare e visuale: il respiro viene immaginato come il movimento di una linea che disegna un quadrato (il paziente deve immaginarsi di percorrerne il contorno). Il primo lato corrisponde all'inspirazione, il secondo all'espirazione, mentre gli altri due completano la figura con ulteriori due atti respiratori della stessa durata, generalmente circa quattro secondi ciascuno. Con la pratica costante, la durata di ogni fase può essere progressivamente aumentata (ad esempio 5, 6 o 7 secondi), favorendo una maggiore consapevolezza del ritmo respiratorio e una sensazione di calma e stabilità.
- *Disegnare un respiro 2.* Quando la respirazione a quadrato diventa fluida e naturale, può essere introdotta una variante che prevede l'allungamento dei tempi respiratori, trasformando la figura immaginata da un quadrato a un rettangolo. In questa forma, l'inspirazione mantiene una durata più breve, di circa 3-4 secondi, mentre l'espirazione viene prolungata a 5-6 secondi. Questa modulazione consente di ampliare gradualmente la capacità polmonare e di favorire un maggiore rilassamento, mantenendo il controllo e la regolarità del ritmo respiratorio.

- *Disegnare un respiro 3.* Un altro modo per disegnare il respiro è quello di immaginare di percorrere mentalmente un quadrato. Si inizia immaginando di salire lungo il lato sinistro, inspirando lentamente per 3-4 secondi; si prosegue lungo il lato superiore orizzontale, trattenendo il respiro per lo stesso tempo. Scendendo sul lato destro, si espira in modo controllato per 3-4 secondi, per poi completare la figura percorrendo il lato inferiore, trattenendo nuovamente il respiro per altri 3-4 secondi. Questo ritmo regolare - inspirazione, pausa, espirazione e nuova pausa - favorisce la concentrazione, la calma e una maggiore consapevolezza del proprio ritmo respiratorio.
- *Respirazione diaframmatica.* La respirazione diaframmatica, nota anche come respirazione addominale, è una tecnica che favorisce un respiro lento e profondo, caratterizzato da un'espirazione lunga e controllata. Questo tipo di respirazione stimola il nervo vago, contribuendo a rallentare la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa, con effetti benefici in condizioni di ansia o in momenti di elevata attivazione. Importante durante l'esecuzione, è mettersi in una posizione comoda, con la schiena neutra, mantenendo le spalle rilassate, appoggiando le mani ai lati della gabbia toracica per percepire il movimento. Il diaframma si abbassa all'inspirazione, permettendo ai polmoni di espandersi e comprimendo delicatamente gli organi addominali; di conseguenza, la parte bassa della gabbia toracica si allarga lateralmente e l'addome si espande. Nell'espirazione, invece, il diaframma risale, facilitando l'espulsione dell'aria e il rilascio delle tensioni. Prolungare gradualmente la durata dell'espirazione favorisce una sensazione di calma e di equilibrio fisiologico. Un'immagine utile per visualizzare il movimento respiratorio è quella di **un palloncino situato nell'addome**: ad ogni inspirazione esso si gonfia, mentre durante l'espirazione si sgonfia lentamente. Questa rappresentazione aiuta a sviluppare consapevolezza del movimento del diaframma e a mantenere un ritmo respiratorio ampio, fluido e rilassante.

## Interventi assistenziali

### 1. Ansia

Definizione: vago senso di disagio o di timore, accompagnato da risposte autonome (di origine spesso non specifica o sconosciuta alla persona); risposta emotiva a una percezione di minaccia con cui la persona anticipa un pericolo, una catastrofe o una disgrazia imminenti non specifici. Rappresenta un segnale che avverte dell'imminenza di un pericolo e permette alla persona di adottare misure idonee ad affrontare la minaccia.

Caratteristiche definenti:

- Comportamentali/emozionali: pianto, diminuzione della produttività, angoscia, sofferenza, insicurezza, timore intenso, ipervigilanza, insonnia, umore irritabile, nervosismo, agitazione psicomotoria, contatto visivo ridotto, comportamento indagatorio, sentirsi indifesi
- Fisiologiche: alterazione respiro, oppressione toracica, disturbi gastrointestinali, secchezza fauci, dolore addominale, sensazione di svenimento, debolezza muscolare, tensione, arrossamento viso, aumento pressione arteriosa, aumento frequenza cardiaca, sudorazione aumentata, nausea, voce vibrante, alterazione ciclo sonno-veglia, formicolio arti, minzione frequente

## **2. Insonnia**

Definizione: Incapacità di addormentarsi o di continuare a dormire, alterazione della quantità e della qualità del sonno che compromette la funzionalità della persona. L'interruzione del sonno provoca malessere e interferisce con lo stile di vita desiderato dall'assistito. Per orientarsi al meglio, è necessario valutare anche i fattori correlati.

Caratteristiche definenti: alterazione dell'affettività, dell'attenzione e dell'umore, esprime insoddisfazione per la qualità della vita, compromissione dello stato di salute, resistenza fisica ed energia insufficiente.

Fattori correlati: ansia, paura consumo di alcol, depressione o disagio psichico, fattori di stress, disagio fisico

## **3. Nutrizione squilibrata**

Definizione: Assunzione di nutrienti insufficiente a soddisfare il fabbisogno metabolico. Caratteristiche definenti: dolori addominali, peso corporeo inferiore al range di peso ideale per età e genere, stipsi, diarrea, ipoglicemia, letargia, ipotonia muscolare, calo ponderale, pallore, avversione verso il cibo, interesse insufficiente per il cibo.

## **4. Modello di sessualità inefficace**

Definizione: Espressione di preoccupazioni riguardo alla propria sessualità. Difficoltà riguardo ai comportamenti, alla salute, alla funzionalità o all'identità sessuale.

Fattori correlati: compromissione della relazione con persona significativa, conflitti nell'orientamento sessuale, mancanza di una persona significativa, paura di contrarre malattie, paure della gravidanza, strategie sessuali alternative inadeguate, disturbo dell'immagine corporea, scarsa autostima.

- **Sostegno emotivo:** offrire rassicurazione e sostegno emotivo, restando accanto alla persona e favorendo l'espressione libera delle emozioni. Creare un ambiente tranquillo e poco stimolante, insegnando tecniche di respirazione e rilassamento per gestire i momenti di maggiore tensione. Promuovere strategie pratiche di coping, come la distrazione o l'attività fisica, e rinforzare la resilienza, l'ottimismo e la fiducia nelle proprie risorse.
- **Monitoraggio sonno:** monitorare la qualità del sonno e individuare fattori che ne compromettono il riposo, compresi eventuali effetti dei farmaci. Educare l'assistito a mantenere buone abitudini di igiene del sonno e a introdurre rituali rilassanti serali. Promuovere l'attività fisica durante il giorno e, se necessario, coinvolgere il medico per una rivalutazione del trattamento.
- **Psicoeducazione alimentare:** valutare le cause di un'alimentazione inadeguata, comprese eventuali problematiche fisiche o condizioni sociali. Osservare le abitudini alimentari e supportare la pianificazione di pasti equilibrati, anche con il coinvolgimento dei familiari. Educare a scelte nutrizionali corrette e a un'adeguata idratazione, favorendo la consapevolezza e l'autonomia nella gestione del proprio regime alimentare. Indirizzare verso un professionista specializzato in caso di necessità.
- **Sessualità efficace:** favorire un dialogo aperto e rispettoso in cui l'assistito possa esprimere dubbi o preoccupazioni legate alla sfera sessuale. Offrire informazioni chiare e appropriate sugli aspetti fisici, relazionali o farmacologici che possono influire sull'attività sessuale. Sostenere il coping nelle relazioni intime e, se necessario, indirizzare la persona verso professionisti specializzati per un supporto mirato.

## 9) Problemi relazionali

**Scegliere un codice nel blocco: Z60.0 – Z60.9 Problemi legati all'ambiente sociale**

**Scegliere un codice nel blocco: Z63.0 – Z63.9 Problemi connessi alla cerchia relazionale ristretta, compreso l'ambiente familiare**

**Z73.4 Abilità sociali inadeguate non classificate altrove**

### Assessment

**SIB Scale for Interpersonal Behaviour.** Questa scala di valutazione del comportamento interpersonale e assertivo, è un questionario di autovalutazione dei comportamenti assertivi. Presenta la particolarità di valutare separatamente le risposte di ansia e la probabilità di agire del soggetto in determinate situazioni interpersonali, elencando una serie di comportamenti specifici (per es: "iniziare una conversazione con uno sconosciuto") a cui il soggetto deve rispondere facendo riferimento al proprio comportamento abituale. La scala è costituita da 50 item, suddivisi a loro volta in 4 dimensioni di derivazione fattoriale: espressione di sentimenti negativi (o asserzione negativa), espressione e gestione dei limiti personali, assertività sociale e capacità di prendere l'iniziativa, abilità nel ricevere e dare approvazione e nel ricevere ed esprimere sentimenti positivi (o asserzione positiva). Si tratta di un test di autovalutazione e richiede dai 15 ai 20 minuti per la compilazione.

**Personal and Social Performance Scale (PSP).** È uno strumento sviluppato per valutare il livello di funzionamento personale e sociale dei pazienti con disturbi psichiatrici. Può essere utilizzata sia nelle fasi di dimissione che in quelle acute della malattia e può essere somministrato da personale con una formazione psichiatrica professionale di base dopo una breve sessione di addestramento (Morosini et al., 2016). La raccolta delle informazioni può avvenire attraverso le diverse fonti disponibili che hanno una conoscenza del paziente come il valutatore stesso, familiari, amici o il medico curante. È una scala a 100 punti suddivisa in 10 intervalli di gravità, dove punteggi elevati indicano un buon livello di autonomia e adattamento, mentre punteggi bassi segnalano una compromissione significativa del funzionamento di base.

La misura viene ampiamente utilizzata in contesti clinici per valutare i cambiamenti nel funzionamento del paziente nelle quattro aree principali su cui si basa la valutazione: (a) attività socialmente utili, inclusi lavoro e studio; (b) relazioni personali e sociali; (c) cura di sé; e (d) comportamenti disturbanti e aggressivi.

## Obiettivi

- **Sviluppo delle competenze relazionali e sociali**

Migliorare il funzionamento sociale e relazionale della persona, promuovendo la costruzione di un'immagine di sé positiva e di un'identità sociale integrata. Attraverso il coinvolgimento in attività culturali, ricreative e socializzanti, e con il supporto dei familiari, sarà maggiore la partecipazione attiva alla vita comunitaria e il rafforzamento dei legami affettivi e sociali.

- **Potenziamento delle abilità comunicative e assertive**

Sviluppare una comunicazione efficace, assertività e sensibilità relazionale, riuscendo ad esprimere bisogni, emozioni e opinioni in modo chiaro e rispettoso. I comportamenti individuali, oltre ad una buona comunicazione, per promuovere relazioni sociali efficaci sono: gestione della disattenzione, espressione efficace di messaggi verbali e non verbali, apertura, collaborazione, sensibilità, assertività.

- **Consapevolezza di sé e autoregolazione emotiva**

Rafforzamento della consapevolezza di sé, dell'autostima e della fiducia personale, sostenendo la capacità di riconoscere e gestire le proprie emozioni e gli effetti del proprio comportamento sulle interazioni sociali, potenziando l'autonomia nelle relazioni quotidiane.

- **Sviluppo delle capacità cognitive e di problem solving sociale**

Acquisizione di strategie cognitive e comportamentali per interpretare in modo realistico le situazioni interpersonali, comprendere le intenzioni altrui e risolvere problemi relazionali.

- **Promozione del benessere e della recovery personale**

Migliorare la qualità della vita e il benessere psicologico, rafforzando motivazione, resilienza e senso di appartenenza. Potenziare le competenze sociali significa ridurre il rischio di isolamento, favorire l'inclusione e sostenere il processo di recovery personale e sociale.

## Panoramica

### **Attivazione progetto con Budget di salute, secondo asse, Asse Affettività/Socialità.**

Gli interventi riabilitativi assistenziali in quest'area mirano principalmente alla ricostruzione delle relazioni e delle reti sociali, familiari e amicali, insieme al potenziamento delle abilità e competenze sociali promuovendo ad attività organizzate sia nei luoghi di vita quotidiana delle persone che nei Centri Diurni. La progettazione e la realizzazione di tali attività dovrebbero inoltre prevedere il coinvolgimento diretto di familiari, cittadini, associazioni di volontariato e reti territoriali, così da valorizzare le risorse della comunità e favorire l'inclusione sociale. (*Regione Emilia-Romagna, 2016a*)

## Interventi riabilitativi

### **1. Il Social Skill Training (SST).**

Questo intervento rappresenta un insieme strutturato di strategie finalizzate a migliorare le capacità relazionali e comunicative delle persone con disagio o disabilità mentale, aiutandole a comprendere meglio le dinamiche interpersonali e a interagire in modo più efficace con gli altri.

Il training di abilità sociali insegna alle persone a esprimere in modo appropriato i propri pensieri, emozioni e bisogni, e a rispondere in modo adeguato a quelli altrui. L'obiettivo è favorire una comunicazione più efficace, una maggiore assertività e relazioni sociali più soddisfacenti.

Negli ultimi anni, il SST è diventato un trattamento ampiamente utilizzato in diverse condizioni psichiatriche tra cui schizofrenia, disturbi affettivi, dipendenza da sostanze e il disturbo borderline di personalità (*Antonio Vita, Liliana Dell'Orso, Armida Mucci, 2019*).

Le abilità e le competenze sociali rappresentano importanti fattori protettivi all'interno del modello bio-psico-sociale: in particolare, il loro potenziamento può compensare gli effetti dei deficit cognitivi, ridurre la vulnerabilità agli eventi stressanti e favorire l'adattamento sociale. Lo sviluppo della competenza sociale contribuisce inoltre a migliorare la resilienza, la capacità di coping, la gestione della malattia, il supporto sociale e la reciprocità nelle relazioni, la qualità di vita, favorendo il percorso di recovery personale e sociale e per condurre un'esistenza significativa.

I principali ambiti di intervento nel SST, dunque, prevedono trattamenti che mirano ad affrontare le carenze nel funzionamento sociale. Sono: il potenziamento della cognizione sociale, che rientra nel dominio delle informazioni come il riconoscimento ed elaborazione delle emozioni, la percezione delle regole sociali, la teoria della mente e lo stile di attribuzione); e lo sviluppo della competenza sociale intesa come la capacità di un individuo di stare nelle interazioni quotidiane interpersonali, si riferisce agli aspetti della comunicazione come abilità percettive, interpretative ed espressive verbali e non.

È considerato un intervento di elezione per l'acquisizione, il mantenimento e il trasferimento delle abilità sociali nella vita quotidiana. Attraverso la pratica ripetuta, il rinforzo positivo e l'applicazione in contesti reali, le persone possono sperimentare gli effetti benefici dei propri comportamenti, sviluppando un senso di padronanza e di efficacia personale (Öngün et al., 2022; Yıldız, 2021).

Oltre alle abilità sociali di base, il SST interviene anche sullo sviluppo delle abilità di ruolo strumentali, ovvero quelle competenze pratiche necessarie per soddisfare bisogni materiali e affrontare le attività quotidiane. Tra queste rientrano, ad esempio, l'uso dei mezzi di trasporto, la gestione del denaro, l'approccio e il mantenimento di un lavoro, o la capacità di interagire in contesti pubblici per ottenere informazioni o assistenza.

Il modello del training delle competenze sociali non è specifico per una singola patologia in quanto gli obiettivi che persegue sono trasversali a diverse condizioni psicopatologiche.

- Migliorare la competenza sociale percepita e reale;
- Aumentare l'autoefficacia e la fiducia in sé;
- Ridurre l'isolamento e il ritiro sociale;
- Prevenire le ricadute attraverso una migliore gestione delle situazioni stressanti.
- Favorire l'inclusione sociale e lavorativa.

In generale, le abilità più frequentemente compromesse nei pazienti con disturbi psichici e che possono beneficiare di un intervento SST includono:

- Assertività
- Comunicazione verbale e non verbale
- Presentare e presentarsi
- Ascolto attivo
- Accettare e far complimenti
- Chiedere informazioni e aiuto

Attraverso un percorso strutturato e progressivo, il SST aiuta le persone a esercitare e interiorizzare queste competenze, migliorando il funzionamento sociale e la qualità della vita quotidiana.

Il SST può essere condotto individualmente o in gruppo, anche se la modalità di gruppo offre vantaggi aggiuntivi: favorisce il senso di appartenenza e coesione, permette ai partecipanti di apprendere osservando gli altri e di esercitare concretamente le abilità sociali in un contesto relazionale protetto.

La scelta dei partecipanti è un passaggio fondamentale: il gruppo deve essere composto da persone con livelli di abilità cognitive, emotive e sociali quanto più omogenee possibili.

Il gruppo ideale è composto da 3 a 10 partecipanti con una frequenza di due incontri a settimana della durata di circa due ore, per un periodo complessivo di 6-9 mesi. È consigliata la presenza di almeno due conduttori, per garantire una gestione efficace e una supervisione condivisa.

Durante le sessioni vengono utilizzate diverse strategie e tecniche di apprendimento, che mirano a favorire l'acquisizione, la pratica e la generalizzazione delle abilità sociali:

- *Identificazione del problema interpersonale* che ostacola il perseguimento degli obiettivi personali e la comunicazione sociale efficace.
- *Definizione obiettivo* per la sessione: individuazione delle abilità che ciascun partecipante si propone di acquisire o migliorare.
- *Modeling*: apprendimento di un nuovo comportamento per osservazione di un soggetto "modello" che utilizza l'abilità in esame.
- *Prompting*: fornire all'individuo stimoli verbali, gestuali, indicazioni, fisici per attivare un comportamento efficace
- *Fading*: attenuazione graduale dello stimolo per non creare dipendenza e per promuovere autonomia.
- *Shaping*: scomporre l'obiettivo globale in obiettivi parziali intermedi per rinforzare i comportamenti che progressivamente si avvicinano a quello da raggiungere.
- *Errorless learning*: adeguare i compiti da svolgere al livello del funzionamento del paziente per ridurre errori e frustrazione, favorendo l'apprendimento graduale.
- *Scaffolding*: fornire supporto da parte di una figura esperta per aiutare il paziente nella risoluzione dei compiti più complessi.
- *Massive practice*: ripetizione frequente e sistematica del compito per consolidare l'apprendimento.
- *Rinforzo positivo e feedback correttivo*: sottolineare i comportamenti efficaci e fornire correzioni costruttive per favorirne la possibilità che quel comportamento si ripeti.
- *Automonitoraggio verbalizzato*: aiutare il paziente a osservarsi e descriversi nei suoi comportamenti.
- *Role-playing*: simulazione di situazioni della vita reale per esercitare abilità sociali in un ambiente sicuro e ricevere feedback immediati. Il paziente viene aiutato a individuare le proprie difficoltà nel praticare quella specifica abilità della vita quotidiana, per cimentarsi poi nella ripetizione della stessa in un ambiente protetto quale quello del gruppo facendo emergere gli aspetti critici, cercando di modificarli. Lo scopo è la spontaneità dell'espressione.
- *Brainstorming*: generazione libera di idee e soluzioni rispetto a problemi interpersonali, analizzando vantaggi e svantaggi di ciascuna.
- *Ristrutturazione cognitiva*: promuovere una reinterpretazione più funzionale degli eventi sociali, riducendo distorsioni e pensieri negativi.
- *Homework*: assegnazione di esercizi e compiti da svolgere nella vita quotidiana per favorire la generalizzazione delle abilità apprese.

(Paola Carozza, 2025)

### **Alcuni consigli utili per il professionista:**

Il training di abilità sociali è un intervento educativo strutturato, non una psicoterapia di gruppo. L'obiettivo è insegnare e potenziare competenze relazionali, non discutere problemi personali. Le sedute devono seguire una traccia precisa, con la maggior parte del tempo dedicata agli esercizi pratici e ai giochi di ruolo brevi e mirati, evitando di trasformarli in discussioni.

I conduttori devono preparare materiale didattico, attenersi al modello di intervento e acquisire competenza attraverso formazione, pratica e feedback. È fondamentale mantenere la struttura del gruppo, assumendo il ruolo di insegnante e non di terapeuta.

Il lavoro deve essere integrato con altri professionisti e contesti di vita del paziente, per rinforzare le abilità apprese e adattare alle situazioni quotidiane. Durante le sessioni, è importante valutare l'apprendimento attraverso la pratica, non limitandosi a chiedere se i partecipanti hanno capito, e mantenere le attività semplici e focalizzate.

Infine, l'efficacia del training si basa su un rinforzo positivo costante: il conduttore deve incoraggiare e valorizzare i progressi, mantenendo sempre un tono calmo e rispettoso, anche di fronte a comportamenti difficili, per garantire un ambiente sicuro e costruttivo per tutti.

## **Interventi assistenziali**

### **1. Interazioni sociali compromesse**

relazioni sociali in quantità insufficiente o eccessiva, o di qualità inefficace. Disagio in situazioni sociali. Insoddisfazione in relazione al coinvolgimento sociale. Focalizzazione sulla capacità o abilità sociali delle persone che sono mancanti o inadeguate.

Caratteristiche definenti: esprime difficoltà a instaurare relazioni interpersonali reciproche soddisfacenti, sistema di sostegno psicosociale inadeguato, interazioni sociali minime o assenti, riluttanza a collaborare con gli altri.

Fattori correlati: alterazione del concetto di sé, sintomi depressivi, vincoli ambientali, compromissione della mobilità, capacità di comunicazione inefficace, igiene personale inadeguata, capacità sociali inadeguate, isolamento volontario.

- **Supporto nel potenziamento delle capacità comunicative sociali:** attraverso un accompagnamento graduale e personalizzato, il professionista favorisce il riconoscimento dei punti di forza e delle difficoltà relazionali, fornendo insegnamento e modellamento di abilità interpersonali utili in situazioni specifiche indicate dall'assistito.

- **Stimolare la partecipazione ad attività di gruppo:** le attività di gruppo mirano all'apprendimento e alla sperimentazione di abilità sociali, promuovendo il confronto e la cooperazione con gli altri. Durante il percorso, il professionista rinforza i comportamenti positivi, offrendo feedback costruttivi e incoraggianti quando il paziente si apre in modo efficace alle relazioni, al fine di consolidare l'autostima e la fiducia nelle proprie capacità sociali.

## 10) Problemi nelle attività della vita quotidiana

**Item 1: R46.0 Scarsa igiene personale; R46.8 Altri sintomi e segni che interessano l'aspetto e il comportamento**

**Item 2, 3, 4 : R46.0 Scarsa igiene personale; R46.8 Altri sintomi e segni che interessano l'aspetto e il comportamento;**

**Z91.2 Anamnesi personale di scarsa igiene personale;**

**Scegliere un codice nel blocco: Z73.0–Z73.9 Problemi connessi a difficoltà di orientamento del proprio modo di vita;**

**Scegliere un codice nel blocco: Z74.0 –Z74.9 Problemi connessi a dipendenza da persona che presta le cure**

### Assessment

**SLOF – Specific Levels of Functioning Scale.** Scala di valutazione che esplora diversi aspetti del funzionamento personale, sociale e lavorativo della persona. Si basa su quanto riportato da un professionista o da un familiare, o dalla diretta osservazione nelle diverse aree: condizione fisica, competenza nella cura di sé, relazioni interpersonali, accettabilità sociale, attività in ambito comunitario, capacità lavorative.

**Life skills profile (LSP).** Intervista semistrutturata o autosomministrata indirizzata al caregiver, membri dell'équipe terapeutica o a familiari per valutare lo sviluppo di capacità necessarie per la vita quotidiana: cura di sé, comportamenti disturbanti, contatto sociale, comunicazione, responsabilità.

–Personal and Social Performance Scale – PSP: scala che permette di valutare il funzionamento globale del paziente, indagando anche le aree sociali. Quattro aree fondamentali: attività socialmente utili (incluso lavoro e studio), relazioni interpersonali e sociali, cura di sé, comportamenti disturbanti e aggressivi.

**Valutazione abilità e definizione degli obiettivi – VADO.** Strumento per la valutazione e la pianificazione di interventi riabilitativi individualizzati con persone che presentano disabilità personali e sociali dovute a disturbi mentali. Si rivolge a tutti i professionisti che lavorano nel campo della riabilitazione psichiatrica, indipendentemente dal loro ruolo professionale.

Lo strumento si compone di due parti fondamentali: quella relativa alla valutazione del paziente psichiatrico e quella relativa alla pianificazione, conduzione e verifica del programma riabilitativo. Per la compilazione del VADO si indaga solitamente il funzionamento della persona negli ultimi 30 giorni e si ripete la valutazione a intervalli regolari - uno o tre mesi - al fine di monitorare nel tempo i progressi fatti e gli obiettivi raggiunti. Il VADO è utile ad indagare, oltre ad eventuali problemi e limitazioni della persona, i punti di forza, sulla base dei quali poter ipotizzare un progetto riabilitativo volto allo sviluppo e recupero delle funzioni più compromesse: Attività socialmente utili, Rapporti personali e sociali, Cura dell'aspetto e dell'igiene, Comportamenti disturbanti e aggressivi.

**WHODAS 2.0.** Strumento di valutazione generico e pratico che può misurare la salute e la disabilità del soggetto adulto con disabilità, andando ad indagare la difficoltà nelle principali aree della vita quotidiana: attività cognitive (comprendere e comunicare), mobilità (muoversi e spostarsi), cura di sé (igiene personale, vestirsi, lavarsi, mangiare,..), relazionarsi con le persone, attività della vita quotidiana (responsabilità domestiche, lavorative, economiche), partecipazione nella comunità.

## Obiettivi

- **Cura si sé e immagine personale**

Apprendimento delle abilità necessarie per una cura di sé indipendente, adeguata e soddisfacente, orientato non solo al recupero funzionale, ma anche al miglioramento dell'immagine di sé, in un'ottica di maggiore accettazione sociale e gratificazione personale.

- **Autonomie**

Coinvolgimento in attività quotidiane come alimentarsi, vestirsi, curare l'igiene personale, gestire l'ambiente domestico, al fine di apprendere o riapprendere le competenze necessarie ad un'adeguata cura di sé e legate ad una sicurezza dell'ambiente domestico.

- **Gestione terapia farmacologica**

Potenziare l'autonomia nella gestione della terapia farmacologica e rafforzare la capacità di identificare persone di riferimento a cui chiedere aiuto in caso di bisogno.

- **Promozione della salute e prevenzione dei rischi**

Incentivare l'adozione di comportamenti orientati alla salute, alla prevenzione dei rischi e alla partecipazione attiva ai percorsi di cura, valorizzando l'autodeterminazione dell'assistito nella gestione del proprio benessere.

## Panoramica

Gli interventi di supporto si basano sul fatto che la maggior parte delle persone con disabilità psichiatrica desidera una sistemazione abitativa dignitosa, un'istruzione significativa e adeguata, una carriera lavorativa appagante e relazioni soddisfacenti. Gli esempi più noti di questi interventi sono il lavoro supportato, l'abitare supportato e l'istruzione supportata. Questi tipi di intervento tendono a combinare il supporto con lo sviluppo di alcune abilità. I tre interventi partono dal presupposto che sia meglio aiutare le persone ad accedere rapidamente agli ambienti del "mondo reale" – come casa, lavoro e scuola – e fornire supporti intensivi in tali contesti, piuttosto che trascorrere lunghi periodi di tempo a prepararsi per entrarvi (*Farkas & Anthony, 2010*).

### **Attivazione progetto con Budget di salute, primo asse, Asse Casa/domiciliarità.**

Gli interventi possono comprendere azioni volte a favorire l'acquisizione, il mantenimento o la gestione autonoma di una casa o di un habitat sociale, sia individuale che condiviso (ad esempio gruppi di convivenza). Le soluzioni abitative prevedono diversi livelli di supporto, scelti in base alle esigenze e alle preferenze delle persone, con l'obiettivo di promuovere l'autonomia nella gestione della vita quotidiana attraverso interventi domiciliari temporanei e mirati. Tali interventi possono essere destinati anche a chi vive nella propria abitazione, per sostenere condizioni abitative e familiari adeguate, grazie alla collaborazione tra servizi sanitari, sociali ed educativi, integrando competenze cliniche e riabilitative per favorire l'indipendenza e il recupero delle capacità di autogestione. (*Regione Emilia-Romagna, 2016a*)

## Interventi riabilitativi

### **1. Programma cura del sé** (*Antonio Vita, Liliana Dell'Orso, Armida Mucci, 2019; Caputo A., Cocucci E., 2004*)

Di derivazione cognitivo-comportamentale, rientra nel SST e prevede l'applicazione di tecniche di prompting, modelling, shaping.

Lo strumento è in grado di fornire all'equipe riabilitativa un metodo sistematico per motivare i pazienti ad apprendere o riapprendere le competenze necessarie ad un'adeguata cura di sé, saperle esercitarle autonomamente al fine di identificarsi con l'immagine migliore di sé, gratificante, socialmente accettabile vale a dire utile ad avere rapporti interpersonali e a mantenere un'attività lavorativa, quando possibile.

Inoltre, lo sviluppo delle abilità autonome di cura personale può ridurre i tempi diretti di assistenza da parte dell'equipe e costituire una notevole fonte di gratificazione per i pazienti.

- Tecniche utilizzate: feed-back e rinforzo per aumentare la motivazione del paziente ad impegnarsi nel proseguimento del programma.
- Piccoli gruppi 4-8 persone, anche individualmente.
- Gruppo tenuto da un conduttore che si occupa dell'insegnamento attivo, modello nelle dimostrazioni. Co-conduttore: osservazione dinamiche di gruppo, feedback, rinforzi, supporto pazienti in difficoltà. Supervisore: responsabile del progetto, supervisione sessioni, addestramento membri equipe, definizione obiettivi.
- 2-5 incontri settimanali, ciascun modulo in circa 3-6 mesi variabili a seconda del modulo e del livello di funzionamento del gruppo. Intero programma tra i 10 e 16 mesi. Follow up dopo 2-4-6-12 mesi dalla conclusione di ciascun modulo.
- Ogni incontro durata 60-90 minuti: fase di "riscaldamento" (riassunto sessione precedente), fase dell'insegnamento teorico e/o pratico, fase di rilassamento (creare momento destrutturato per socializzare grazie all'azzeramento formale dei ruoli).
- Importanza coinvolgimento dei familiari, ove presenti; utili nella fase organizzativa per individuare le possibili aree bersaglio di lavoro e nella fase esecutiva come risorse per stimolare e sostenere i pazienti nell'esecuzione di quanto appreso.

4 moduli da percorrere in modo progressivo:

- *Cura dell'igiene personale*: acquisizione di abilità di base: lavaggio mani, denti, pettinarsi, corretto uso della doccia/vasca, igiene intima, rasatura della barba, depilazione, trucco,...
- *Cura dell'abbigliamento*: competenze nel riconoscere i vari capi, sceglierli in base al tempo, consapevolezza delle proprie misure corporee, pulizia dei vestiti, lavaggio, asciugatura,...
- *Cura dell'ambiente*: insegnare specifiche procedure di pulizia dei luoghi casa, camera da letto, bagno, salotto,...
- *Cura dell'alimentazione*: indicazioni relative ad una corretta alimentazione, igiene in cucina, stare a tavola, alimenti e conservazione, preparazione alimenti,...

Ogni modulo prevede diverse sessioni con obiettivi specifici, a loro volta organizzate in 6 fasi, precedute da quella preliminare di organizzazione:

- Fase preliminare di organizzazione, pianificazione dell'intero modulo, selezione partecipanti
- Fase di motivazione e istruzione teorica: discussione possibili conseguenze di una buona cura personale o ambientale; parte di istruzione teorica con descrizione passo per passo, dell'intera sequenza che compone l'abilità presa in esame, le risorse necessarie e la frequenza di attuazione.

- Fase di insegnamento supervisionato: il conduttore insegna al paziente ad eseguire in modo corretto i comportamenti. Uso di tecniche come “dare incoraggiamento” (prompting), il rinforzo, il modellamento (modelling), la guida graduata e “la tecnica del ricalco” (shaping).
- Fase di autovalutazione e controllo: insegnare ai pazienti a valutare la qualità dei risultati del proprio operato, della loro cura personale o ambientale
- Fase di mantenimento: aumentare la probabilità che il paziente si prenda cura della propria persona o dell’ambiente in cui vive, si autocritichi e si corregga abitualmente ogni giorno, senza supervisione.
- Fase di aggiornamento: periodiche sessioni di ripasso

## 2. **Supported Housing** (Farkas & Anthony, 2010; Rog, 2004; Rössler, 2006)

Il Supported Housing è un modello riabilitativo che offre a persone con disturbi mentali gravi la possibilità di vivere in abitazioni autonome, nel normale mercato immobiliare, con supporto flessibile e personalizzato fornito da operatori professionali.

Offre servizi flessibili e individualizzati a seconda delle esigenze individuali. Nel frattempo, la ricerca sulla riabilitazione potrebbe dimostrare che l'alloggio assistito è un obiettivo realistico per la maggior parte delle persone con disabilità psichiatriche. L'intervento non prevede una fase preparatoria in contesti protetti, ma propone un accesso immediato alla casa, scelta per quanto possibile in base alle preferenze personali dell'utente. Il diritto all'abitare è separato dall'adesione a trattamenti: l'utente non perde l'alloggio se rifiuta una terapia o se ricade in comportamenti disfunzionali. Questo approccio si ispira al principio della centralità della persona e alla riduzione del danno.

Il supporto domiciliare può variare tra 4 e oltre 25 ore a settimana, e riguarda:

- cura personale e gestione della casa
- accompagnamento a servizi sanitari e sociali
- supporto alla vita sociale, affettiva, lavorativa
- pianificazione e autonomia nella quotidianità

Il case manager è figura centrale: coordina il progetto individualizzato, integra i servizi e lavora sugli obiettivi dell'utente.

## Interventi assistenziali

### 1. **Deficit nella cura di sé**

Definizione: stato in cui l'assistito ha una compromissione delle funzioni motorie o cognitive, che riduce la capacità di svolgere le cinque attività di cura di sé. Il professionista valuta le condizioni dell'assistito, identifica i livelli di autonomia per ciascuna delle attività con l'obiettivo di aumentare o mantenere la funzionalità, la partecipazione e l'autonomia dello stesso.

Per porre questa diagnosi è fondamentale prendere in considerazione le risorse residue dell'assistito in modo da pianificare interventi con finalità riabilitative ed evitare che l'assistito diventi completamente dipendente.

Specificare i fattori correlati: fisiopatologici, correlati a trattamenti, situazionali (personali, ambientali).

## **2. Deficit nella cura di sé: bagno**

Definizione: Compromissione della capacità di svolgere o completare in autonomia le attività legate all'igiene personale. Difficoltà nell'effettuare l'igiene personale.

## **3. Deficit nella cura di sé: vestirsi**

Definizione: Compromissione della capacità di svolgere in autonomia le attività legate al vestirsi (scegliere, indossare, cambiare gli indumenti in modo appropriato).

Caratteristiche definenti la mancanza di autonomie: Oggettive (barriere ambientali, mancanza di risorse, compromissioni fisiche, dolore), personali dell'assistito (compromessa capacità di mantenere un aspetto soddisfacente a causa di una diminuzione della motivazione, disagio, alterazione della funzione percettiva o cognitiva, compromissione psicologica).

## **4. Deficit nella cura del sé: strumentale**

Definizione: Compromissione della capacità di svolgere determinate attività necessarie per vivere in società o di accedere a determinati servizi essenziali per la gestione della casa. Diagnosi importante e rilevante per la pianificazione di un'eventuale organizzazione di assistenza domiciliare.

Caratteristiche definenti: difficoltà parziale o totale nell'utilizzo del telefono, nell'accesso ai mezzi di trasporto, nell'autonomia della preparazione dei pasti, gestione del denaro, assunzione farmaci.

## **5. Gestione della casa compromessa**

Incapacità di mantenere in modo indipendente un ambiente domestico sicuro e tale da promuovere lo sviluppo delle persone.

Caratteristiche definenti: Soggettive (ambiente insalubre per accumulo di rifiuti/sporcizia, biancheria insufficiente, disponibilità economica insufficiente, difficoltà a mantenere un ambiente confortevole, eccessive responsabilità, mancanza di strumenti e/o difficoltà nel mantenimento della sicurezza e dell'igiene domestica, alterazione di alcune funzioni cognitive-comportamentali. Oggettive: ambiente circostante disfunzionale, comportamenti disfunzionali dei componenti della famiglia, sistema di sostegno inadeguato.

- **Promozione dell'autonomia e dell'autostima nella cura di sé:** favorire la partecipazione attiva dell'assistito nella cura di sé, individuando insieme le aree di sviluppo e definendo obiettivi realistici e condivisi. Offrire sostegno e il tempo necessario per acquisire autonomia nelle attività quotidiane, valorizzando le preferenze personali e garantendo possibilità di scelta.

Rinforzare positivamente i progressi, promuovendo autostima, senso di controllo e autodeterminazione, con una rivalutazione periodica delle capacità e degli obiettivi assistenziali.

- **Igiene personale:** valutare le capacità residue dell'assistito e pianificare un intervento personalizzato che tenga conto dei suoi bisogni, delle preferenze e del ritmo individuale. Fornire istruzioni e dimostrazioni pratiche per favorire il riapprendimento delle abilità legate all'igiene personale, offrendo supporto fisico solo quando necessario e in modo graduale. Promuovere l'autonomia attraverso rinforzi positivi e incoraggiamento costante, monitorando i progressi e adattando gli interventi per raggiungere il massimo livello possibile di indipendenza.
- **Vestirsi:** analizzare i fattori fisici, cognitivi e motivazionali che ostacolano l'autonomia nel vestirsi, pianificando interventi educativi individualizzati per sviluppare abilità residue e strategie compensative. Assistere la persona nella scelta e nell'indossare gli abiti, fornendo suggerimenti pratici per favorire routine funzionali e promuovere benessere psicologico. Adattare l'ambiente per renderlo più accessibile e facilitante, rafforzare la motivazione all'autonomia e incoraggiare l'attività motoria regolare per migliorare equilibrio, mobilità e indipendenza nei movimenti quotidiani.
- **Attività strumentali della vita quotidiana:** analizzare i fattori fisici, cognitivi e motivazionali che limitano l'autonomia e pianificare interventi educativi individualizzati per favorire l'apprendimento e la ripresa delle attività strumentali. Insegnare a gestire compiti quotidiani come compilare la lista della spesa, effettuare acquisti in modo sicuro e organizzato, e utilizzare strategie per mantenere l'indipendenza. Coinvolgere la famiglia e promuovere una rete di supporto funzionale (vicinato, servizi, associazioni). Favorire l'aderenza terapeutica predisponendo un sistema di gestione dei farmaci (es. dispenser settimanale) e monitorando regolarmente la corretta assunzione fino al raggiungimento della piena autonomia. Pianificare visite domiciliari per sostenere e verificare i progressi nel contesto di vita reale.
- **Gestione della casa:** assistere ed educare l'assistito nell'organizzazione e nello svolgimento delle attività domestiche, nella gestione della spesa, nell'uso sicuro degli elettrodomestici e nel rispetto delle norme igieniche. Sostenere la famiglia nel mantenimento di un ambiente abitativo sicuro e adeguato alle necessità della persona. Fornire informazioni sulla corretta amministrazione delle risorse economiche e sui servizi di supporto disponibili (medico di base, volontariato, trasporti, assistenza domiciliare). Promuovere l'attivazione di una rete di sostegno coordinata da un case manager per garantire continuità, sicurezza e qualità nella gestione dell'abitazione.

## 11) Problemi nelle condizioni di vita

**Scegliere un codice nel blocco Z58.0 – Z58.9 Problemi legati ad ambiente fisico**

**Scegliere un codice nel blocco Z59.0 – Z59.9 Problemi legati all'abitazione e alle condizioni economiche**

**Scegliere un codice nel blocco Z72.0 – Z72.9 problemi connessi allo stile di vita**

**Scegliere un codice nel blocco Z73.0 – Z73.9 Problemi connessi a difficoltà di orientamento del proprio modo di vita**

### Assessment

**Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire (Q-LES-Q).** È una scala di autovalutazione sviluppata per ottenere in modo semplice e sensibile una misura del grado di piacere e di soddisfazione che le persone, affette da patologie psichiche o somatiche, sperimentano nei diversi ambiti della vita quotidiana, senza riferimento a una specifica patologia.

Lo strumento è stato ideato per valutare la percezione soggettiva della qualità della vita (QoL) e per misurare come i trattamenti ne modifichino il livello percepito, risultando utile sia per la valutazione pre e post-trattamento, sia per monitoraggi periodici durante il percorso di cura.

Gli item sono valutati su di una scala Likert a 5 punti (da 1 a 5), ed i punteggi più elevati esprimono la maggiore soddisfazione ed il maggior piacere. Il Q-LES-Q completo è composto da 93 item, di cui 91 raggruppabili in otto scale riassuntive, definite razionalmente e corrispondenti alle principali aree della vita quotidiana: Salute fisica, Sentimenti soggettivi, Attività del tempo libero, Relazioni sociali e Attività generali. Tre vengono somministrate solo a chi svolge le relative attività: Lavoro, Faccende domestiche e Lavoro scolastico/corso. Ciascun item misura il grado di piacere o soddisfazione provato nella settimana precedente, rispetto all'attività o sensazione descritta.

Accanto alla versione completa, è disponibile la versione breve del questionario (**Q-LES-Q-SF**), che offre una valutazione sintetica ma accurata della qualità della vita complessiva. Questa versione può essere impiegata sia come strumento di screening, per esplorare rapidamente la percezione della qualità di vita in campioni clinici o non clinici, sia come strumento di monitoraggio, per valutare i cambiamenti soggettivi nel corso del trattamento.

## Obiettivi

- **Promuovere la consapevolezza e la responsabilità nella cura della salute**

Riconoscere gli ostacoli al mantenimento della salute e sviluppare comportamenti attivi per migliorare il proprio benessere fisico e mentale. Comprensione delle risorse di cura disponibili, l'identificazione dei rischi legati allo stile di vita e la conoscenza delle misure preventive per la tutela della salute e la prevenzione delle ricadute.

- **Potenziare le capacità di coping e di gestione dello stress**

Rafforzare la capacità della persona di affrontare le situazioni stressanti e i problemi quotidiani, sviluppando strategie di adattamento efficaci e promuovendo la resilienza personale. Favorire una gestione più equilibrata delle emozioni e una risposta adeguata alle difficoltà.

- **Migliorare il funzionamento cognitivo e adattivo**

Ridurre l'impatto dei deficit cognitivi e favorire un miglior funzionamento quotidiano, sostenendo l'autonomia, la capacità organizzativa e la gestione delle attività di vita quotidiana. Acquisire strategie utili per affrontare le difficoltà e incrementare l'efficienza personale.

- **Favorire la recovery e la partecipazione sociale**

Rafforzare il senso di identità e di appartenenza sociale, promuovendo autonomia, inclusione e partecipazione attiva alla vita della comunità. Costruzione di un percorso di recovery personale, fondato su empowerment, autodeterminazione e qualità della vita.

## Panoramica

La coproduzione nei servizi pubblici è un approccio che prevede la partecipazione attiva dei cittadini, degli utenti e dei professionisti nella progettazione, realizzazione e valutazione dei servizi. Si tratta quindi di un processo collaborativo, dove utenti e operatori lavorano insieme per definire bisogni, obiettivi e soluzioni. Nella salute mentale, la coproduzione trova un terreno privilegiato perché si integra naturalmente con il modello della recovery, che pone al centro la persona e il suo percorso di vita oltre la malattia (*Anna Placentino et al., 2017a*).

La recovery non coincide con la guarigione clinica o la semplice riduzione dei sintomi, ma rappresenta un processo di recupero personale e sociale (*Slade, M., 2009*) di costruzione di una vita significativa, anche in presenza del disturbo. È strettamente legata ai valori di giustizia sociale, diritti, cittadinanza, uguaglianza e libertà dallo stigma (*Boardman & Shepherd, 2012*).

Tre elementi ne costituiscono il nucleo: Speranza, come fonte di motivazione e fiducia nella possibilità di una vita appagante; Capacità di agire, ovvero recuperare il senso di controllo e responsabilità sulle proprie scelte; Opportunità, intese come occasioni concrete per perseguire obiettivi personali e sociali. La recovery è quindi un percorso continuo, un viaggio in cui le persone cercano di accrescere speranza, autodeterminazione e possibilità di realizzazione. La sfida per i servizi di salute mentale è contribuire attivamente a questo processo, sostenendo l'empowerment e la partecipazione degli utenti (*Boardman & Shepherd, 2012*).

In altre parole, recovery e coproduzione si integrano: la recovery si concentra sulla crescita personale e sul recupero del potere decisionale dell'individuo, mentre la coproduzione estende questo principio al funzionamento stesso dei servizi, che diventano costruiti insieme a chi ne fa uso.

In questo contesto, strumenti operativi che facilitano la coproduzione e la recovery assumono un ruolo centrale. Tra questi, la Mental Health Recovery Star (MHRS) rappresenta un modello di riferimento utile per operatori e case manager, che consente di costruire, monitorare e verificare progetti individualizzati di cura e riabilitazione, mantenendo l'utente al centro del percorso e valorizzandone attivamente il contributo (*Anna Placentino et al., 2017a*).

La **Mental Health Recovery Star (MHRS)** è uno strumento strutturato di supporto alla progettazione olistica e personalizzata del percorso di recovery, concepito per affiancare l'utente e l'operatore di riferimento nella definizione, nel monitoraggio e nella valutazione dei percorsi di cura e riabilitazione orientati ai principi della recovery. Non si tratta di una scala di valutazione tradizionale, né si pone in alternativa ad altri strumenti clinici; la sua finalità è piuttosto quella di promuovere la partecipazione attiva e la responsabilizzazione dell'utente, nonché della sua rete di supporto, nella costruzione e realizzazione di piani di trattamento individualizzati.

Il quadro teorico di riferimento della MHRS si fonda sui principi della coproduzione, dell'empowerment e della valorizzazione dell'esperienza vissuta dagli utenti dei servizi di salute mentale, riconoscendo agli operatori un ruolo di facilitatori nei percorsi di cambiamento personale.

Tale strumento consente non solo di identificare il punto in cui la persona si trova nel proprio "viaggio di recovery", ma anche di orientare la pianificazione degli interventi più appropriati per ciascuna fase del percorso.

La MHRS si articola in due componenti principali:

1. La "stella" a dieci punte, una mappa visiva che rappresenta le dimensioni fondamentali della recovery: salute mentale, cura di sé, abilità di vita quotidiana, reti sociali, lavoro, relazioni personali, dipendenze, responsabilità, identità e autostima, fiducia e speranza; qui si segna il punteggio rilevato durante il confronto tra utente e operatore.

2. La scala del cambiamento, che descrive cinque fasi progressive del processo di recovery, ciascuna suddivisa in due stadi, corredate da punteggi di ancoraggio per ogni area.

L'attribuzione dei punteggi avviene attraverso un colloquio condiviso tra operatore e utente, con l'obiettivo di restituire una fotografia dello stato attuale e co-definire un piano d'intervento individualizzato e coprodotto. Dopo la prima valutazione e la definizione degli obiettivi, la misurazione viene ripetuta periodicamente per monitorare i progressi e adattare gli interventi. In questo modo, la MHRs si configura come un metodo partecipativo di valutazione, coinvolgimento diretto e negoziazione, volto a sostenere percorsi personalizzati di recovery, consentendo alla persona di tracciare i propri progressi e pianificare, sempre con il supporto dell'operatore, le azioni necessarie per soddisfare i propri obiettivi di cambiamento.

Lo strumento si distingue per l'uso di un linguaggio semplice e non clinico, esempi concreti e un ricco impianto grafico, che ne facilitano la comprensione e l'applicazione anche da parte degli utenti stessi. La MHRs è accompagnata da diversi materiali operativi: la guida dell'utente, che descrive le dieci aree e i punteggi di ancoraggio; la guida per le organizzazioni, con istruzioni e FAQ; il modulo della "stella" per la registrazione dei punteggi; e il piano d'azione, che aiuta a pianificare gli interventi nelle aree prioritarie (MacKeith J, Burns S., 2011).

Per un utilizzo appropriato dello strumento è richiesto un training formativo di due giornate, che abilita gli operatori a condurre le sessioni con gli utenti, come previsto dalle autrici del metodo. In Italia, la distribuzione del materiale e la formazione all'uso della MHRs sono gestite dall'Associazione Il Chiaro del Bosco ([www.ilchiarodelbosco.org](http://www.ilchiarodelbosco.org)), che ha istituito un gruppo di formatori composto da operatori, utenti e familiari dei servizi di salute mentale (Anna Piacentino et al., 2017b).

## Interventi riabilitativi

1. Il **Cognitive Adaptation Training (CAT)** è un intervento psicosociale strutturato e basato su evidenze scientifiche (Allott et al., 2020), sviluppato per migliorare il funzionamento quotidiano delle persone affette da schizofrenia o gravi disturbi mentali. Si tratta di un approccio di tipo compensatorio, che mira a bypassare i deficit cognitivi piuttosto che a potenziare direttamente le funzioni cognitive. L'obiettivo è favorire l'autonomia e la partecipazione sociale attraverso strategie pratiche e personalizzate.

Il CAT si fonda sull'uso sistematico di "supporti ambientali", strumenti o accorgimenti integrati negli spazi e nelle routine quotidiane della persona, che fungono da promemoria o facilitatori. Esempi includono: checklist per completare attività quotidiane, schemi per organizzare la giornata, contenitori per farmaci o oggetti personali, etichette e segnali visivi, promemoria sonori o visivi per l'igiene, la spesa o altre mansioni.

Tali supporti vengono scelti e adattati in modo personalizzato per migliorare il funzionamento adattivo in aree come: igiene personale, alimentazione, gestione domestica e del denaro, abilità sociali, uso del telefono, tempo libero e lavoro.

L'intervento è altamente individualizzato in quanto l'obiettivo è proporre degli interventi su "misura" per la persona, in stretta sinergia con gli interventi riabilitativi svolti nei servizi di salute mentale.

Prima della pianificazione, viene condotta una valutazione multidimensionale per analizzare il livello di funzionamento cognitivo ed esecutivo, per identificare la presenza di apatia, disinibizione o profili misti, per rilevare i rischi per la sicurezza, la disponibilità di materiali necessari e le opportunità di supporto sociale o familiare, per misurare la capacità della persona di iniziare e completare le attività della vita quotidiana. I risultati di questa valutazione consentono di classificare il paziente in uno dei profili CAT (es. apatico, disinibito, misto) e di stabilire un piano d'intervento mirato. Il CAT viene generalmente erogato a domicilio, attraverso visite settimanali da parte di un professionista preparato. Durante tali incontri si introducono e mantengono i supporti ambientali, si monitorano i progressi, si apportano modifiche alle strategie in base alle necessità e alle risposte del paziente (*D. I. Velligan et al., 1997; D. I. Velligan & Bow-Thomas, 2000*).

Il manuale del Cognitive Adaptation Training (CAT) è stato sviluppato per guidare gli operatori sanitari nell'applicazione di strategie pratiche volte ad aiutare le persone con schizofrenia impegnate in un percorso di recovery. Pur essendo strutturato in modo rigoroso, si presenta come uno strumento operativo agile, chiaro e facilmente utilizzabile, pensato per tutti i professionisti coinvolti nei programmi di trattamento e riabilitazione psicosociale.

L'obiettivo principale del manuale è fornire strumenti concreti che possano essere impiegati in collaborazione con i pazienti, adattandosi ai loro obiettivi personali, ai punti di forza e alle aree di difficoltà. Le strategie proposte sono basate sull'evidenza e mirano a sostenere la persona nel proprio ambiente di vita, affrontando le sfide che possono ostacolare l'autonomia e il funzionamento quotidiano.

Il manuale, suddiviso in 7 sezioni, rappresenta perciò una guida pratica per l'implementazione del CAT, promuovendo un approccio personalizzato e orientato al recupero delle abilità di vita quotidiana. È disponibile sulla pagina della SIRP-Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale ([www.riabilitazionepsicosociale.it](http://www.riabilitazionepsicosociale.it)).

**2. Il Compensatory Cognitive Training (CCT)** è un intervento strutturato di rimedio cognitivo di tipo compensatorio, progettato per aiutare le persone con disturbi psichiatrici, in particolare con schizofrenia, a migliorare il proprio funzionamento cognitivo e psicosociale.

Si concentra sull'apprendimento e l'applicazione sistematica di strategie compensatorie e di supporti ambientali per bypassare le difficoltà cognitive, sfruttando le abilità residue e la capacità di apprendimento di nuove abitudini, e ridurre lo sforzo cognitivo richiesto (*Twamley et al., 2008*). Le strategie compensatorie insegnate sono sia interne (ad esempio, apprendere e ricordare informazioni utilizzando acronimi o immagini visive, tecniche di memoria) che esterne (ad esempio, apprendere e ricordare informazioni scrivendole in un luogo dove saranno visibili, come calendari, liste di attività, note in luoghi visibili). Il programma si basa sull'idea che, nella schizofrenia, l'apprendimento basato sulle abitudini e l'immaginazione rimangono in larga parte intatti.

Il CCT mira quindi a sfruttare queste capacità preservate per consolidare nuove strategie di pensiero, apprendimento e problem-solving. Tale processo di automatizzazione delle abilità riduce il carico cognitivo richiesto per la gestione delle attività quotidiane e sostiene un miglioramento duraturo del funzionamento e della qualità della vita.

Il programma è manualizzato e si svolge in 12 settimane, con sessioni di gruppo di due ore settimanali. Ogni incontro prevede una breve pausa per ridurre l'affaticamento e utilizza un formato interattivo e pratico, spesso presentato in forma di gioco o attività dinamica, per mantenere l'interesse e la motivazione dei partecipanti. L'intervento è low-tech, portatile e facilmente applicabile, con compiti a casa mirati a favorire la pratica delle strategie apprese e la loro generalizzazione all'ambiente quotidiano, senza risultare eccessivamente impegnativi; l'obiettivo complessivo è favorire la formazione di nuove abitudini cognitive e comportamentali nel mondo reale (*Twamley et al., 2012*).

Gli interventi di tipo compensatorio, come il CCT, possono essere utilizzati autonomamente o integrati in programmi di riabilitazione cognitiva e psicosociale più ampi.

Diversi studi clinici randomizzati controllati (RCT) hanno evidenziato la loro efficacia nel migliorare le performance funzionali, la gestione della vita quotidiana e la partecipazione comunitaria nelle persone con schizofrenia (*Allott et al., 2020*).

Il manuale per gli operatori e il manuale per gli utenti sono disponibili in lingua italiana sulla pagina della SIRP-Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale ([www.riabilitazionepsicosociale.it](http://www.riabilitazionepsicosociale.it)).

## Interventi assistenziali

### 1. Mantenimento della salute inefficace

Definizione: Difficoltà nel riconoscere, gestire o ricercare aiuto per il mantenimento della propria salute e del benessere. La persona presenta o è a rischio di presentare un'alterazione dello stato di salute a causa di una limitata conoscenza o carenza di competenze di base necessarie alla gestione della propria condizione.

Si rileva una gestione inadeguata delle conoscenze, degli atteggiamenti e delle azioni legate alla salute, non sufficiente a mantenere o migliorare il benessere e a prevenire malattie o situazioni di rischio.

Caratteristiche definenti: mancanza di interesse per il miglioramento della propria salute, assenza di comportamenti adattativi volti a ridurre il fattore di rischio, scelte di vita quotidiana inefficaci per soddisfare l'obiettivo relativo alla salute, mancanza di conoscenze relative ad un proseguimento di un buon stato di salute, sostegno sociale insufficiente.

Fattori correlati: disfunzione cognitiva, sintomi depressivi, difficoltà di accesso alle risorse della comunità, strategie di coping inefficaci, capacità di comunicazione inefficaci, sofferenza psicofisica.

- **Educazione alla salute:** supportare l'assistito e i familiari nell'identificazione dei comportamenti dannosi per la salute e fornire informazioni mirate alla promozione di stili di vita sani e alla prevenzione delle ricadute.
- **Assistenza nelle attività quotidiane:** offrire supporto pratico e motivazionale nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, pianificando e valutando un programma personalizzato per il raggiungimento dei bisogni espressi.
- **Coinvolgimento dei familiari:** integrare attivamente la famiglia nella valutazione e realizzazione del progetto riabilitativo-assistenziale, valorizzando il suo ruolo di sostegno e partecipazione nel processo di cura.
- **Collaborazione nella pianificazione degli obiettivi:** lavorare insieme all'assistito per identificare e definire le priorità assistenziali e riabilitative, elaborando un piano realistico e condiviso in base alle risorse disponibili.
- **Integrazione con i servizi sociali e sanitari:** coordinarsi con la rete territoriale per garantire la continuità dell'assistenza, facilitare l'accesso ai servizi e pianificare interventi di supporto finalizzati al mantenimento e al miglioramento dello stato di salute.

## 12) Problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative

**Scegliere un codice nel blocco: Z55–Z65 Persone con potenziali problemi di salute legati a condizioni socioeconomiche e a circostanze psicosociali**

**Z75.3 Servizi sanitari non disponibili o inaccessibili**

**Z75.4 Indisponibilità ed inaccessibilità di altre organizzazioni di aiuto**

**Z75.9 Problemi, non specificati, connessi a servizi sanitari e altre forme di assistenza sanitaria**

### Assessment

**Camberwell Assessment of Need (CAN).** Si tratta di un'intervista semi-strutturata progettata per esplorare un'ampia gamma completa di bisogni sanitari e sociali, includendo sia il punto di vista del personale che quello dei pazienti. È considerata lo standard di riferimento per la valutazione dei bisogni delle persone con gravi malattie mentali (Wennström & Wiesel, 2006). Lo strumento consente di valutare la presenza ed il livello di gravità dei bisogni percepiti e anche il grado di aiuto ricevuti dall'intervistato sia da parte dei familiari che dei servizi pubblici.

Indaga 22 aree di bisogno, ciascuna articolata in 4 sezioni: presenza del bisogno, aiuto fornito dai familiari, aiuto ricevuto dai servizi, intervento fornito. Le aree di indagine esplorate comprendono: i bisogni di salute (salute fisica, sintomi psicotici, abuso di farmaci o alcol, sicurezza per sé e per gli altri, disagio psicologico), bisogni di base (alloggio, alimentazione e attività quotidiane), bisogni sociali (vita sessuale e di relazione), bisogni di servizi (informazioni, telefono, trasporti, sussidi) e funzionamento (istruzione, denaro, cura dei figli, cura di sé e della casa). La valutazione si effettua su una scala a 4 punti da 0=nessun aiuto a 3=aiuto elevato e richiede in media 20/25 minuti per la somministrazione.

### Obiettivi

- **Partecipazione e inclusione sociale**

Partecipare attivamente a percorsi di inclusione sociale, lavorativa o formativa, integrandosi in contesti ordinari e sviluppando un ruolo significativo all'interno della comunità.

- **Sviluppo capacità decisionali**

Sviluppare le capacità di valutare alternative e prendere decisioni consapevoli, utilizzando le informazioni acquisite per orientare le proprie scelte e pianificare obiettivi realistici e coerenti con i propri interessi.

- **Rafforzamento dell'autostima e autoresponsabilità**

Riconoscere le proprie risorse, credendo nella possibilità di miglioramento e maturando un atteggiamento di fiducia verso sé stessi e verso il cambiamento. Partecipare in modo attivo alla gestione della propria salute, del proprio benessere e delle scelte legate al percorso di recovery.

- **Autonomia e crescita personale**

Potenziare l'autonomia e il funzionamento quotidiano, organizzando in modo efficace le proprie attività, rispettando impegni e sviluppando costanza e motivazione nelle esperienze lavorative o formative. Riconoscere il lavoro e la formazione come strumenti fondamentali di realizzazione personale, di costruzione dell'identità e di mantenimento della salute mentale.

## Panoramica

L'**inserimento lavorativo supportato** (*Supported Employment*) (Becker & Drake, 1994) e l'educazione supportata (*Supported Education*) (Mowbray et al., 2005) rappresentano interventi di riabilitazione psicosociale finalizzati a favorire l'inclusione delle persone con disabilità psichiatriche in contesti di vita ordinari (Farkas & Anthony, 2010). Entrambi i modelli si basano sul principio del "place then train", ovvero inserire rapidamente la persona in un contesto lavorativo competitivo o in un percorso educativo regolare (come scuola superiore, università o apprendistato) e fornire successivamente supporto e formazione personalizzati per mantenerla attivamente coinvolta in tali ruoli (Ringeisen et al., 2017).

Uno dei principali ostacoli a un'inclusione lavorativa stabile e sostenibile è rappresentato dal basso livello di istruzione o di formazione professionale. Il grado di istruzione costituisce infatti un determinante fondamentale dello status occupazionale e del reddito, nonché un predittore chiave delle opportunità di impiego per le persone con disturbi mentali.

Sebbene gli interventi di *Supported Employment* si siano dimostrati efficaci nel favorire l'inserimento lavorativo di individui con gravi disturbi psichiatrici, permangono alcuni limiti significativi: molti partecipanti ottengono impieghi part-time, con retribuzioni basse e difficoltà nel mantenere il lavoro nel lungo periodo.

Le limitazioni nelle opportunità educative e formative rappresentano dunque una barriera strutturale cruciale alla stabilità occupazionale e all'autonomia economica di queste persone, evidenziando la necessità di interventi preventivi e complementari, come l'Educazione Supportata, per migliorare l'accesso all'istruzione e rafforzare le prospettive di inclusione sociale e lavorativa (*Ringeisen et al., 2017*).

### **Attivazione progetto con Budget di salute, terzo asse, Asse Formazione/Lavoro.**

Comprende tutte le azioni volte a favorire la partecipazione attiva alla vita della comunità, promuovendo l'inclusione sociale e l'autonomia personale attraverso il lavoro, mediante l'utilizzo degli strumenti previsti dalla normativa su tirocini e percorsi di inserimento lavorativo. (*Regione Emilia-Romagna, 2016a*)

## **Interventi riabilitativi**

1. La maggior parte delle persone con disturbi mentali gravi desidera svolgere un lavoro vero, nel libero mercato. Tra i modelli di intervento volti a promuovere l'inclusione lavorativa, l'**Individual Placement and Support (IPS)** rappresenta oggi l'approccio più efficace e con maggiore evidenza scientifica per raggiungere questo obiettivo (*Becker & Drake, 1994; Drake & Bond, 2023*), indipendentemente dalle caratteristiche diagnostiche, cliniche, funzionali e personali (*De Winter et al., 2022*).

L'IPS è una forma di impiego supportato (**Supported Employment**) sviluppata nell'ambito della riabilitazione psicosociale, che integra i servizi di salute mentale con i servizi per l'inserimento lavorativo, con l'obiettivo di favorire un collocamento rapido e sostenibile in contesti lavorativi competitivi. In linea con un approccio orientato alla recovery, il modello mira a rafforzare l'autonomia, la fiducia e le capacità della persona nel gestire un impiego nel mercato del lavoro aperto, promuovendo inclusione e partecipazione sociale (*Drake & Bond, 2023; Farkas & Anthony, 2010*).

L'IPS si fonda sul principio del "**place and train**", ovvero sull'inserimento tempestivo della persona in un impiego competitivo, seguito da un supporto continuo e personalizzato per mantenerlo e consolidarlo. Questo approccio si contrappone ai modelli tradizionali di tipo "**train and place**", basati su lunghe fasi di preparazione pre-lavorativa o su esperienze protette prima dell'assunzione (*Modini et al., 2016*).

Il modello si basa su una responsabilità individuale: la persona è parte attiva nel proprio percorso di inserimento lavorativo e non un destinatario passivo di trattamenti o decisioni esterne. Tale impostazione promuove la motivazione intrinseca e valorizza la capacità di autodeterminarsi nel definire e perseguire i propri obiettivi professionali. (*Antonio Vita, Liliana Dell'Orso, Armida Mucci, 2019*).

Uno dei principi cardine è quello della “**zero exclusion**”, secondo cui tutti gli utenti dei servizi di salute mentale che esprimono una genuina motivazione al lavoro possono accedere al programma, indipendentemente dal livello di sintomatologia, dalle competenze o dalle esperienze pregresse.

L'IPS si articola in **otto principi chiave** che ne definiscono la struttura operativa e valoriale.

1. Focalizzazione sull'occupazione competitiva: l'obiettivo primario è supportare le persone nell'ottenere un impiego regolare e retribuito nella comunità, considerandolo un traguardo realistico e raggiungibile per tutti.
2. Accesso senza esclusione: chiunque desideri lavorare può accedere al programma, senza essere sottoposto a valutazioni di prontezza, esperienza lavorativa pregressa o stato clinico.
3. Centralità delle preferenze del cliente: le scelte, gli interessi e le aspirazioni individuali vengono rispettati e guidano l'intero percorso; il ruolo dell'operatore è facilitare l'incontro tra desideri, abilità e opportunità occupazionali.
4. Ricerca rapida del lavoro: La ricerca attiva di un'occupazione inizia entro le prime settimane (generalmente entro 30 giorni), evitando lunghi percorsi di preparazione pre- lavorativa o valutazioni preliminari non necessarie.
5. Collaborazione con i datori di lavoro: Gli specialisti IPS costruiscono rapporti continuativi con aziende e datori di lavoro, imparando a comprenderne i bisogni per favorire un buon incontro tra offerta e domanda.
6. Integrazione tra servizi di salute mentale e supporto lavorativo: gli operatori IPS collaborano con quelli dei servizi di salute mentale, garantendo coerenza e continuità nel sostegno da parte dell'intero team curante. Essi condividono le informazioni e sviluppano idee per aiutare i clienti a migliorare il recupero della loro condizione di funzionamento sociale.
7. Consulenza personalizzata sui benefici assistenziali: I partecipanti ricevono informazioni chiare, comprensibili e personalizzate sugli effetti del lavoro sui benefici economici (invalidità, sanità, supporti pubblici).
8. Supporto continuo e personalizzato: Il sostegno offerto è individualizzato, adattabile ai bisogni e mantenuto nel tempo, anche dopo l'assunzione, per garantire stabilità e crescita professionale.

Struttura: Il percorso IPS prevede incontri regolari tra la persona e un operatore specializzato nella ricerca di un lavoro basato sulle preferenze del paziente, sulle sue abilità ed esperienze e accompagna il partecipante nella definizione degli obiettivi professionali, nella selezione delle offerte e nel contatto con i datori di lavoro. L'operatore IPS collabora strettamente con l'équipe clinica di riferimento per coordinare gli interventi di ricerca lavorativa e condividendo informazioni e strategie per assicurare un sostegno coerente e integrato. L'individuazione delle opportunità lavorative è guidata dal partecipante stesso, in base alle proprie preferenze e competenze, e non imposta dagli operatori.

2. L'**Educazione Supportata (Supported Education, SEd)** nasce per affrontare le barriere individuali e ambientali che ostacolano le persone con disabilità psichica nella propria realizzazione personale tra cui la stigmatizzazione, la discriminazione e le difficoltà legate alla malattia e ai trattamenti. Si tratta di un modello di riabilitazione psicosociale che promuove l'inclusione educativa delle persone con disabilità psichiatriche e mira a facilitare l'accesso, la partecipazione e il successo in percorsi educativi post-secondari integrati (es. licei, università, corsi professionali), evitando contesti segregati o altamente specializzati (Ringeisen et al., 2017).

Secondo Farkas e Anthony (Farkas & Anthony, 2010), l'Educazione Supportata consiste nella fornitura di un supporto pratico e personalizzato, unitamente a un'attività di istruzione mirata, per aiutare le persone con disabilità psichiatriche a raggiungere i propri obiettivi formativi. È una componente della riabilitazione psichiatrica focalizzata sull'area della vita relativa all'apprendimento.

La missione dell'Educazione Supportata è quella di aiutare le persone, in particolare i giovani con disabilità psichiatriche a scegliere, intraprendere e mantenere un percorso di istruzione regolare conforme alle proprie preferenze (Anthony, W. A. et al., 2002).

I programmi di Sed si fondano su principi chiave (Hofstra J, Korevaar L., 2016):

- miglioramento degli esiti educativi;
- promozione della speranza come elemento centrale del processo riabilitativo;
- autodeterminazione e responsabilizzazione dello studente nel definire e perseguire i propri obiettivi formativi;
- coinvolgimento attivo in tutte le fasi del percorso;
- collaborazione paritaria tra studente e professionista SEd;
- adattamento dei servizi alle preferenze individuali;
- accesso equo e paritario per tutti;
- sviluppo di competenze personali e di sistemi di supporto ambientale;
- integrazione e collegamento con i servizi di salute mentale;
- supporto garantito per tutto il tempo necessario in base ai bisogni individuali.

L'Educazione Supportata non è una forma di terapia né di counseling psicologico, ma un processo educativo e abilitativo strutturato in tre fasi:

1. **Scelta** – identificare un percorso educativo o formativo compatibile con i valori, le competenze e i bisogni di apprendimento dello studente;
2. **Accesso** – garantire e ottenere l'ammissione al programma formativo preferito dall'utente, anche attraverso supporto burocratico e orientamento;
3. **Mantenimento** – favorire la permanenza e il successo nel percorso, aumentando la soddisfazione e l'autoefficacia tramite lo sviluppo di competenze e reti di supporto.

L'obiettivo complessivo è consentire agli studenti di acquisire e utilizzare competenze, risorse e supporti necessari interni ed esterni per raggiungere successo e soddisfazione nell'ambiente educativo prescelto (Hofstra J, Korevaar L., 2016; Paola Carozza, 2025).

Nonostante le differenze di contesto e configurazione, gli studi (*Ringeisen et al., 2017*) evidenziano un nucleo comune di elementi fondamentali presenti nei programmi di Educazione Supportata:

- presenza di personale specializzato che supporti la definizione degli obiettivi accademici, lo sviluppo di competenze di studio, l'orientamento nel contesto accademico e la motivazione;
- contatti individuali e attività/laboratori di gruppo mirate al potenziamento delle competenze necessarie per il successo accademico;
- supporto alla navigazione del sistema educativo, incluse procedure di iscrizione, richieste di agevolazioni economiche, accomodamenti educativi e informazione sui diritti;
- collegamento con i servizi di salute mentale, per integrare il sostegno educativo con quello psicologico e migliorare la motivazione;
- creazione di ambienti formativi inclusivi, orientati alla recovery e con un clima libero da stigma nei confronti dei problemi di salute mentale.

L'Educazione Supportata rappresenta quindi un intervento chiave di inclusione e recovery, volto a rimuovere le barriere strutturali e psicologiche che ostacolano la formazione e la partecipazione sociale delle persone con disabilità psichiatriche. Attraverso un approccio personalizzato e orientato alle risorse, la SEd promuove **autonomia, autodeterminazione e empowerment**, favorendo un reale accesso all'istruzione e, di conseguenza, migliori prospettive occupazionali e di benessere complessivo (*Hofstra J, Korevaar L., 2016; Paola Carozza, 2025; Ringeisen et al., 2017*).

## Interventi assistenziali

### 1. Pianificazione dell'attività inefficace

Difficoltà nell'organizzare e pianificare una sequenza di azioni in un tempo definito e in determinate condizioni. Incapacità di predisporre e coordinare attività in modo adeguato rispetto ai bisogni espressi.

Fattori correlati: comportamento di fuga di fronte alla soluzione proposta, capacità di elaborare delle informazioni inadeguate, sostegno sociale inadeguato, percezione non realistica delle proprie capacità.

- **Sostegno al cambiamento personale e definizione di obiettivi:** Incoraggiare l'assistito a riconoscere le proprie risorse, superare le resistenze e impegnarsi nel raggiungimento dei propri obiettivi personali e riabilitativi, definiti in collaborazione con il servizio. Promuovendo un processo decisionale condiviso e la costruzione di un piano d'azione personalizzato orientato al miglioramento del benessere e dell'autonomia.
- **Gestione dell'ansia e del disagio:** Offrire supporto emotivo per ridurre l'apprensione, la paura e l'inquietudine legate all'inizio di nuove attività o all'assunzione di responsabilità, aiutando la persona a sviluppare strategie di coping efficaci e fiducia nelle proprie capacità.

- **Collaborazione e sostegno alla famiglia:** Coinvolgere la famiglia nel percorso, condividendo gli obiettivi e favorendo la comunicazione e l'integrazione tra assistito, familiari e équipe curante, al fine di garantire coerenza e continuità nel raggiungimento dei risultati riabilitativi.

# References

A Kopelowicz, R P Liberman, J Mintz, R Zarate. (1997). Comparison of efficacy of social skills training for deficit and nondeficit negative symptoms in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154(3), 424–425.

<https://doi.org/10.1176/ajp.154.3.424>

A. T. Beck, et al. (2024). *Cognitive Therapy of Depression*, Second Edition. Guilford Press.

Alaimo, S. M.; Schimmenti, A. (2013). *Metacognitive functions screening scale-30 items (MFSS-30): Un nuovo strumento per lo screening del funzionamento metacognitivo*. 32(3).

Alice Medalia, Tiffany Herlands, Alice Saperstein, & Nadine Revheim. (2017). *Cognitive Remediation for Psychological Disorders: Therapist Guide (2nd ed.)*. Oxford University Press.

Allott, K., van-der-EL, K., Bryce, S., Parrish, E. M., McGurk, S. R., Hetrick, S., Bowie, C. R., Kidd, S., Hamilton, M., Killackey, E., & Velligan, D. (2020). Compensatory Interventions for Cognitive Impairments in Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 46(4), 869–883.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sbz134>

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

<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 178(1), 101–105. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.03.019>

Anna Placentino, Fabio Lucchi, Gianpaolo Scarsato, Giuseppe Fazzari, & Gruppo REX.IT. (2017a). La Mental Health Recovery Star: Caratteristiche e studio di validazione della versione italiana. *Rivista di Psichiatria*, 2017 Novembre-Dicembre. <https://doi.org/10.1708/2846.28728>

Anna Placentino, Fabio Lucchi, Gianpaolo Scarsato, Giuseppe Fazzari, & Gruppo REX.IT. (2017b). La Mental Health Recovery Star: Caratteristiche e studio di validazione della versione italiana. *Rivista di Psichiatria*, 2017 Novembre-Dicembre. <https://doi.org/10.1708/2846.28728>

Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation, Second Edition*. Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.

Antonio Vita, Liliana Dell'Orso, Armida Mucci. (2019). *Manuale di Clinica e Riabilitazione Psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale*. (Vol. 2). Giovanni Fioriti.

Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *19*(2), 93–107.  
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow>

Barbalat, G., Plasse, J., Gauthier, E., Verdoux, H., Quiles, C., Dubreucq, J., Legros-Lafarge, E., Jaafari, N., Massoubre, C., Guillard-Bouhet, N., Haesebaert, F., & Franck, N. (2022). The central role of self-esteem in the quality of life of patients with mental disorders. *Scientific Reports*, *12*(1), 7852.  
<https://doi.org/10.1038/s41598-022-11655-1>

Barlatti, S., Nibbio, G., & Vita, A. (2024). Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: A critical review. *Current Opinion in Psychiatry*, *37*(3), 131–139. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000925>

Beck, A. T. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*(6), 561. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>

Becker, D. R., & Drake, R. E. (1994). Individual placement and support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, *30*(2), 193–206.  
<https://doi.org/10.1007/BF02188630>

Bighelli, I., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Reitmeir, C., Wallis, S., Schwermann, F., Pitschel-Walz, G., Barbui, C., Furukawa, T. A., & Leucht, S. (2018). Response rates in patients with schizophrenia and positive symptoms receiving cognitive behavioural therapy: A systematic review and single-group meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *18*(1), 380. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1964-8>

Bloom, J. M., Woodward, E. N., Susmaras, T., & Pantalone, D. W. (2012). Use of Dialectical Behavior Therapy in Inpatient Treatment of Borderline Personality Disorder: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, *63*(9), 881–888.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100311>

Boardman, J., & Shepherd, G. (2012). RECOVERY: Implementing recovery in mental health services. *International Psychiatry. Bulletin of the Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists*, *9*(1), 6–8.

Bowie, C. R., Gupta, M., & Holshausen, K. (2013). Cognitive Remediation Therapy for Mood Disorders: Rationale, Early Evidence, and Future Directions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(6), 319–325.  
<https://doi.org/10.1177/070674371305800603>

Caputo A., Cocucci E. (2004). *La Cura del Sé*. Franco Angeli.

Carmona, V., Gómez-Benito, J., Huedo-Medina, T., & Rojo, J. (2017). Employment outcomes for people with schizophrenia spectrum disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01074>

Carpenito Lynda Juall. (2020). *Manuale tascabile delle Diagnosi infermieristiche (settima edizione)*. Ambrosiana/CEA.

Center for Substance Abuse Treatment. (2005). *Substance Abuse Treatment for Persons With Co- Occurring Disorders*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64197/>

Chen, H., He, Q., Wang, M., Wang, X., Pu, C., Li, S., & Li, M. (2022). Effectiveness of CBT and its modifications for prevention of relapse/recurrence in depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 319, 469–481. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.027>

Chen, S., Cheng, Y., Zhao, W., & Zhang, Y. (2021). Effects of dialectical behaviour therapy on reducing self-harming behaviours and negative emotions in patients with borderline personality disorder: A meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(6), 1128–1139.  
<https://doi.org/10.1111/jpm.12797>

Cliffe, C., Pitman, A., Sedgwick, R., Pritchard, M., Dutta, R., & Rowe, S. (2021). Harm minimisation for the management of self-harm: A mixed-methods analysis of electronic health records in secondary mental healthcare. *BJPsych Open*, 7(4), e116. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.946>

Corrigan, P. W., Kosyluk, K. A., & Rüsçh, N. (2013). Reducing Self-Stigma by Coming Out Proud. *American Journal of Public Health*, 103(5), 794–800.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301037>

Corrigan, P. W., Rüsçh, N., & Scior, K. (2018). Adapting Disclosure Programs to Reduce the Stigma of Mental Illness. *Psychiatric Services*, 69(7), 826–828.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700478>

Dale, H., Brassington, L., & King, K. (2014). The impact of healthy lifestyle interventions on mental health and wellbeing: A systematic review. *Mental Health Review Journal, 19*(1), 1–26. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-05-2013-0016>

Dauwan, M., Begemann, M. J. H., Heringa, S. M., & Sommer, I. E. (2016). Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin, 42*(3), 588–599. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv164>

De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., Detraux, J., Gautam, S., Möller, H., Ndeti, D. M., Newcomer, J. W., Uwakwe, R., & Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry, 10*(1), 52–77. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x>

De Rosa, C., Sampogna, G., Luciano, M., Del Vecchio, V., Pocai, B., Borriello, G., Giallonardo, V., Savorani, M., Pinna, F., Pompili, M., & Fiorillo, A. (2017). Improving physical health of patients with severe mental disorders: A critical review of lifestyle psychosocial interventions. *Expert Review of Neurotherapeutics, 17*(7), 667–681. <https://doi.org/10.1080/14737175.2017.1325321>

De Winter, L., Couwenbergh, C., Van Weeghel, J., Sanches, S., Michon, H., & Bond, G. R. (2022). Who benefits from individual placement and support? A meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 31*, e50. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000300>

Deffenbacher, J. L. (2011). Cognitive-Behavioral Conceptualization and Treatment of Anger. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(2), 212–221. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.12.004>

Demant, K. M., Almer, G., Vinberg, M., Kessing, L., & Miskowiak, K. W. (2013). Effects of cognitive remediation on cognitive dysfunction in partially or fully remitted patients with bipolar disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials, 14*(1), 378. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-378>

Deste, G., Corbo, D., Nibbio, G., Italia, M., Dell'Ovo, D., Calzavara-Pinton, I., Lisoni, J., Barlati, S., Gasparotti, R., & Vita, A. (2023). Impact of Physical Exercise Alone or in Combination with Cognitive Remediation on Cognitive Functions in People with Schizophrenia: A Qualitative Critical Review. *Brain Sciences, 13*(2), 320. <https://doi.org/10.3390/brainsci13020320>

Dimitriou, T.-D., Verykoui, E., Papatriantafyllou, J., Konsta, A., Kazis, D., & Tsolaki, M. (2018). Non-pharmacological interventions for agitation/aggressive behaviour in patients with dementia: A randomized controlled crossover trial. *Functional Neurology*, *33*(3), 143–147.

Drake, R. E., & Bond, G. R. (2023). Individual placement and support: History, current status, and future directions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences Reports*, *2*(3), e122. <https://doi.org/10.1002/pcn5.122>

Ellis, A. (1984). The essence of RET—1984. *Journal of Rational-Emotive Therapy*, *2*(1), 19–25. <https://doi.org/10.1007/BF02283005>

Fabrizio Starace. (2024). *Il budget di salute nel sistema di welfare italiano*. Il pensiero scientifico editore.

Falkai, P., Schmitt, A., Rosenbeiger, C. P., Maurus, I., Hattenkofer, L., Hasan, A., Malchow, B., Heim-Ohmayer, P., Halle, M., & Heitkamp, M. (2022). Aerobic exercise in severe mental illness: Requirements from the perspective of sports medicine. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *272*(4), 643–677. <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01360-x>

Farkas, M., & Anthony, W. A. (2010). Psychiatric rehabilitation interventions: A review. *International Review of Psychiatry*, *22*(2), 114–129. <https://doi.org/10.3109/09540261003730372>

Feigenbaum, J. (2010). Self-harm – The solution not the problem: The Dialectical Behaviour Therapy Model. *Psychoanalytic Psychotherapy*, *24*(2), 115–134. <https://doi.org/10.1080/02668731003707873>

Fernández-Abascal, B., Suárez-Pinilla, M., Cobo-Corrales, C., Crespo-Facorro, B., & Suárez-Pinilla, P. (2023). Lifestyle intervention based on exercise and behavioural counselling and its effect on physical and psychological health in outpatients with schizophrenia spectrum disorders. An exploratory, pragmatic randomized clinical trial. *Schizophrenia Research*, *261*, 256–268. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.09.036>

Firth, J., Stubbs, B., Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Malchow, B., Schuch, F., Elliott, R., Nuechterlein, K. H., & Yung, A. R. (2016). Aerobic Exercise Improves Cognitive Functioning in People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, *sbw115*. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw115>

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*(1), 20–35.

Francesca Baggio. (2016). *Assertività e training assertivo. Teoria e pratica per migliorare le capacità relazionali dei pazienti*. Franco Angeli.

Fusar-Poli, P., Correll, C. U., Arango, C., Berk, M., Patel, V., & Ioannidis, J. P. A. (2021). Preventive psychiatry: A blueprint for improving the mental health of young people. *World Psychiatry, 20*(2), 200–221. <https://doi.org/10.1002/wps.20869>

Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine, 31*(2), 189–195. <https://doi.org/10.1017/S0033291701003312>

Georgiades, A., Davis, V. G., Atkins, A. S., Khan, A., Walker, T. W., Loebel, A., Haig, G., Hilt, D. C., Dunayevich, E., Umbricht, D., Sand, M., & Keefe, R. S. E. (2017). Psychometric characteristics of the MATRICS Consensus Cognitive Battery in a large pooled cohort of stable schizophrenia patients. *Schizophrenia Research, 190*, 172–179. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.03.040>

Gingerich, Meyer-Kalos, Fox-Smith, Freedland, & Mueser. (2018). *Enhanced Illness Management and Recovery (E-IMR)*. Minnesota Center for Chemical and Mental Health.

Gingerich, S., Kerry Arnold, & e Kim T. Mueser. (2018). *The Healthy Happy Life Class An Adaptation of the “Illness Management and Recovery Program” (Edizione italiana)*.

Grynszpan, O., Perbal, S., Pelissolo, A., Fossati, P., Jouvent, R., Dubal, S., & Perez-Diaz, F. (2011). Efficacy and specificity of computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: A meta-analytical study. *Psychological Medicine, 41*(1), 163–173. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000607>

Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E., & Van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2021*(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012189>

He, C. (2024). Causes and Motivations of Non-Suicidal Self-Injury in Everyday Life Scenarios. *Lecture Notes in Education Psychology and Public Media, 33*(1), 12–17. <https://doi.org/10.54254/2753-7048/33/20231133>

Herrera, S. N., Sarac, C., Phili, A., Gorman, J., Martin, L., Lyallpuri, R., Dobbs, M. F., DeLuca, J. S., Mueser, K. T., Wyka, K. E., Yang, L. H., Landa, Y., & Corcoran, C. M. (2023). Psychoeducation for individuals at clinical high risk for psychosis: A scoping review. *Schizophrenia Research, 252*, 148–158. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.01.008>

Hofmann, S. G., Asmundson, G. J. G., & Beck, A. T. (2013). The Science of Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 199–212.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.01.007>

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–183.  
<https://doi.org/10.1037/a0018555>

Hofstra J, Korevaar L. (2016). *Supported education toolkit: Tools and guidelines for organizations and professionals working with students with psychiatric disabilities*.  
<https://www.supportededucation.eu/wp-content/uploads/2016/02/English-Supported-Education-Toolkit.pdf>

Ikemata, S., & Momose, Y. (2017). Effects of a progressive muscle relaxation intervention on dementia symptoms, activities of daily living, and immune function in group home residents with dementia in Japan. *Japan Journal of Nursing Science*, 14(2), 135–145. <https://doi.org/10.1111/jjns.12147>

Ishikawa, R., Ishigaki, T., Shimada, T., Tanoue, H., Yoshinaga, N., Oribe, N., Morimoto, T., Matsumoto, T., & Hosono, M. (2020). The efficacy of extended metacognitive training for psychosis: A randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 215, 399–407.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.08.006>

Jelinek, L., Hauschildt, M., Wittekind, C. E., Schneider, B. C., Kriston, L., & Moritz, S. (2016). Efficacy of Metacognitive Training for Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(4), 231–234.  
<https://doi.org/10.1159/000443699>

John, A. P., Yeak, K., Ayres, H., & Dragovic, M. (2017). Successful implementation of a cognitive remediation program in everyday clinical practice for individuals living with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(1), 87–93.  
<https://doi.org/10.1037/prj0000255>

Kaczurkin, A. N., & Foa, E. B. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: An update on the empirical evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 337–346.  
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczurkin>

Killaspy, H., Baird, G., Bromham, N., & Bennett, A. (2021). Rehabilitation for adults with complex psychosis: Summary of NICE guidance. *BMJ*, n1.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.n1>

Kim, E. J., Bahk, Y.-C., Oh, H., Lee, W.-H., Lee, J.-S., & Choi, K.-H. (2018). Current Status of Cognitive Remediation for Psychiatric Disorders: A Review. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 461. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00461>

Kim, H., & Kim, E. J. (2018). Effects of Relaxation Therapy on Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing, 32*(2), 278–284. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.11.015>

Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry, 23*(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>

Korman, N., Stanton, R., Vecchio, A., Chapman, J., Parker, S., Martland, R., Siskind, D., & Firth, J. (2023). The effect of exercise on global, social, daily living and occupational functioning in people living with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research, 256*, 98–111. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.04.012>

Lau, C.-M., & Tang, W.-K. (2021). Computer-Assisted Cognitive Training for Patients with Severe Mental Illness: A Retrospective Study. *East Asian Archives of Psychiatry, 31*(3), 71–80. <https://doi.org/10.12809/eaap2097>

Laura Barbieri, Ileana Boggian, Dario Lamonaca. (2008). *Problem solving nella riabilitazione psichiatrica. Guida pratica*. Erickson.

Lean, M., Fornells-Ambrojo, M., Milton, A., Lloyd-Evans, B., Harrison-Stewart, B., Yesufu-Udechuku, A., Kendall, T., & Johnson, S. (2019). Self-management interventions for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 214*(5), 260–268. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.54>

Lena Jelinek, Brooke C. Schneider, Marit Hauschildt, & Steffen Moritz. (2016). *Training metacognitivo per la Depressione (MCT-D)*. <https://clinical-neuropsychology.de/dmct-e-training/>

Lieberman, R. P., Eckman, T. A., & Marder, S. R. (2001). Rehab Rounds: Training in Social Problem Solving Among Persons With Schizophrenia. *Psychiatric Services, 52*(1), 31–33. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.1.31>

Lindenmayer, J., Kaushik, S., Branch, C., McGurk, S., Khan, A., Li, H., & Hoffman, L. (2008). Does computerized cognitive remediation change brain activation patterns in schizophrenia: fMRI pilot data. *European Psychiatry, 23*, S127–S128. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.01.827>

Lindenmayer, J. P., Fregenti, S., Kang, G., Ozog, V., Ljuri, I., Khan, A., Goldring, A., & McGurk, S. R. (2017). The relationship of cognitive improvement after cognitive remediation with social functioning in patients with schizophrenia and severe cognitive deficits. *Schizophrenia Research, 185*, 154–160. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.01.007>

Lipton, N., Covell, N. H., Margolies, P. J., Foster, F., & Dixon, L. B. (2023). Integrated Treatment Group Curriculum for People with Serious Mental Health Conditions Who Use Substances. *Community Mental Health Journal, 59*(7), 1306–1312. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01113-1>

Lu, E. Y., Cheng, A. S. K., Tsang, H. W. H., Chen, J., Leung, S., Yip, A., Lin, J. J., Lam, Z. V., Zhang, W., Zhao, M., & Ma, N. (2022). Psychoeducation, motivational interviewing, cognitive remediation training, and/or social skills training in combination for psychosocial functioning of patients with schizophrenia spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 899840. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.899840>

Luciano, M., Della Rocca, B., Di Vincenzo, M., Toni, C., Sampogna, G., & Fiorillo, A. (2024). Promotion of physical health and healthy lifestyle behaviors in patients with severe mental disorders. *Italian Journal of Psychiatry, 10*(2), 39–47. <https://doi.org/10.36180/2421-4469-2024-572>

Luciano, M., Sampogna, G., Amore, M., Bertolino, A., Dell’Osso, L., Rossi, A., Siracusano, A., Calcagno, P., Carmassi, C., Di Lorenzo, G., Di Vincenzo, M., Giallonardo, V., Rampino, A., Rossi, R., & Fiorillo, A. (2022). Improving physical activity and diet in patients with severe mental disorders: Results from the LIFESTYLE multicentric, real-world randomized controlled trial. *Psychiatry Research, 317*, 114818. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114818>

Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., & Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry, 5*(4), 357–369. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30060-9)

Ma, X., Yue, Z.-Q., Gong, Z.-Q., Zhang, H., Duan, N.-Y., Shi, Y.-T., Wei, G.-X., & Li, Y.-F. (2017). The Effect of Diaphragmatic Breathing on Attention, Negative Affect and Stress in Healthy Adults. *Frontiers in Psychology*, 8, 874. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00874>

MacKeith J, Burns S. (2011). *Mental health recovery star. User guide. London. Mental Health Providers Forum and Triangle Consulting.* <https://mnpmind.org.uk/wp-content/uploads/2021/09/Recovery-STAR-User-Guide.pdf>

Mak, M., Samochowiec, J., Tybura, P., Bieńkowski, P., Karakiewicz, B., Zaremba Pechmann, L., & Mroczek, B. (2013). The efficacy of cognitive rehabilitation with RehaCom programme in schizophrenia patients. The role of selected genetic polymorphisms in successful cognitive rehabilitation. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine: AAEM*, 20(1), 77–81.

Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: A ten- years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8(1), 41. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-41>

Marder, S. R., & Fenton, W. (2004). Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia: NIMH MATRICS initiative to support the development of agents for improving cognition in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 72(1), 5–9. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.09.010>

Mario Rossi Monti, Alessandra D'Agostino. (2010). *Il Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI): Validazione linguistico-culturale della versione italiana.* Fioriti Editore. <http://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.fioriti.it/riviste/pdf/1/05%20rossi%20monti.pdf>

Marsha Linehan. (2015). *DBT Skills Training Manual, Second Edition (Prima Edizione).* Raffaello Cortina Editore.

Maurus, I., Wagner, S., Spaeth, J., Vogel, A., Muenz, S., Seitz, V., Von Philipsborn, P., Solmi, M., Firth, J., Stubbs, B., Vancampfort, D., Hallgren, M., Kurimay, T., Gerber, M., Correll, C. U., Gaebel, W., Möller, H.-J., Schmitt, A., Hasan, A., & Falkai, P. (2024). EPA guidance on lifestyle interventions for adults with severe mental illness: A meta-review of the evidence. *European Psychiatry*, 67(1), e80. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.1766>

May, J. M., Richardi, T. M., & Barth, K. S. (2016). Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. *Mental Health Clinician*, 6(2), 62–67. <https://doi.org/10.9740/mhc.2016.03.62>

McFarlane, W. R. (2016). Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Family Process*, 55(3), 460–482. <https://doi.org/10.1111/famp.12235>

McGuire, A. B., Kukla, M., Green, A., Gilbride, D., Mueser, K. T., & Salyers, M. P. (2014). Illness Management and Recovery: A Review of the Literature. *Psychiatric Services*, 65(2), 171–179. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200274>

Medalia, A., & Freilich, B. (2008). The Neuropsychological Educational Approach to Cognitive Remediation (NEAR) Model: Practice Principles and Outcome Studies. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(2), 123–143. <https://doi.org/10.1080/15487760801963660>

Modelli, A., Candal Setti, V. P., Van De Bilt, M. T., Gattaz, W. F., Loch, A. A., & Rössler, W. (2021). Addressing Mood Disorder Diagnosis' Stigma With an Honest, Open, Proud (HOP)-Based Intervention: A Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 582180. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.582180>

Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M.-J., Killackey, E., Glozier, N., Mykletun, A., & Harvey, S. B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *British Journal of Psychiatry*, 209(1), 14–22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.165092>

Moritz, S., & Lysaker, P. H. (2018). Metacognition – What did James H. Flavell really say and the implications for the conceptualization and design of metacognitive interventions. *Schizophrenia Research*, 201, 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.06.001>

Moritz, S., Schneider, B. C., Peth, J., Arlt, S., & Jelinek, L. (2018). Metacognitive Training for Depression (D-MCT) reduces false memories in depression. A randomized controlled trial. *European Psychiatry*, 53, 46–51. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.05.010>

Moritz, S., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R., & Woodward, T. S. (2010). Detecting and defusing cognitive traps: Metacognitive intervention in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(6), 561–569. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32833d16a8>

Morosini, P.-L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S., & Pioli, R. (2016). Personal and Social Performance Scale [Dataset]. <https://doi.org/10.1037/t38751-000>

Morrison, A. P., Birchwood, M., Pyle, M., Flach, C., Stewart, S. L. K., Byrne, R., Patterson, P., Jones, P. B., Fowler, D., Gumley, A. I., & French, P. (2013). Impact of cognitive therapy on internalised stigma in people with at-risk mental states. *British Journal of Psychiatry*, *203*(2), 140–145.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.123703>

Motlova, L. B., Balon, R., Beresin, E. V., Brenner, A. M., Coverdale, J. H., Guerrero, A. P. S., Louie, A. K., & Roberts, L. W. (2017). Psychoeducation as an Opportunity for Patients, Psychiatrists, and Psychiatric Educators: Why Do We Ignore It? *Academic Psychiatry*, *41*(4), 447–451.

<https://doi.org/10.1007/s40596-017-0728-y>

Mowbray, C. T., Collins, M. E., Bellamy, C. D., Megivern, D. A., Bybee, D., & Szilvagy, S. (2005). Supported Education for Adults with Psychiatric Disabilities: An Innovation for Social Work and Psychosocial Rehabilitation Practice. *Social Work*, *50*(1), 7–20. <https://doi.org/10.1093/sw/50.1.7>

Mueser, K. T. (2006). The Illness Management and Recovery Program: Rationale, Development, and Preliminary Findings. *Schizophrenia Bulletin*, *32*(Supplement 1), S32–S43. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl022>

Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S. M., Tarrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S., & Herz, M. I. (2002). Illness Management and Recovery: A Review of the Research. *Psychiatric Services*, *53*(10), 1272–1284. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.10.1272>

Mulkey, M. A., & Munro, C. L. (2021). Calming the Agitated Patient: Providing Strategies to Support Clinicians. *Medsurg Nursing: Official Journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, *30*(1), 9–13.

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Self-harm: Assessment, management and preventing recurrence* (No. NG225). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>

Nibbio, G., Barlati, S., Cacciani, P., Corsini, P., Mosca, A., Ceraso, A., Deste, G., & Vita, A. (2020). Evidence-Based Integrated Intervention in Patients with Schizophrenia: A Pilot Study of Feasibility and Effectiveness in a Real-World Rehabilitation Setting. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(10), 3352. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103352>

NICE. National Institute for Health and Care Excellence. (2020a). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: Management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>

NICE. National Institute for Health and Care Excellence. (2020b). *Rehabilitation for adults with complex psychosis*.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng181/chapter/Recommendations#rehabilitation-programmes-and-interventions>

NICE. National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Depression in adults: Treatment and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

Öngün, E., Ünsal, G., & Karaca, S. (2022). Meta-analysis of the effect of psychosocial skills training on the quality of life of people with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 2272–2285.

<https://doi.org/10.1111/ppc.13057>

Ørjasæter, K. B., Winnem, T., Heiervang, K., Ness, O., & Mueser, K. T. (2025). The illness management and recovery program: A contribution to recovery-oriented secondary mental health services. *BMC Health Services Research*, 25(1), 750. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12907-2>

Paola Carozza. (2025). *Pratiche basate sull'evidenza e pratiche promettenti nella psichiatria di comunità. Orientare metodologicamente il lavoro quotidiano dei professionisti*. Giovanni Fioriti.

Pengelly, N., Ford, B., Blenkiron, P., & Reilly, S. (2008). Harm minimisation after repeated self-harm: Development of a trust handbook. *Psychiatric Bulletin*, 32(2), 60–63. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.106.012070>

Penney, D., Sauv e, G., Mendelson, D., Thibaudeau,  ., Moritz, S., & Lepage, M. (2022). Immediate and Sustained Outcomes and Moderators Associated With Metacognitive Training for Psychosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 79(5), 417. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0277>

Peters, E. R., Moritz, S., Schwannauer, M., Wiseman, Z., Greenwood, K. E., Scott, J., Beck, A. T., Donaldson, C., Hagen, R., Ross, K., Veckenstedt, R., Ison, R., Williams, S., Kuipers, E., & Garety, P. A. (2014). Cognitive Biases Questionnaire for Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 40(2), 300–313. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs199>

Price, O., Armitage, C. J., Bee, P., Brooks, H., Lovell, K., Butler, D., Cree, L., Fishwick, P., Grundy, A., Johnston, I., Mcpherson, P., Riches, H., Scott, A., Walker, L., & Papastavrou Brooks, C. (2024). De-escalating aggression in acute inpatient mental health settings: A behaviour change theory-informed, secondary qualitative analysis of staff and patient perspectives. *BMC Psychiatry*, 24(1), 548. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05920-y>

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276–288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>

Raveesh, B. N., Munoli, R. N., & Gowda, G. S. (2022). Assessment and Management of Agitation in Consultation-Liaison Psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*, 64 (Suppl 2), S484–S498. [https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry\\_22\\_22](https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_22_22)

Reeder, C., Huddy, V., Cella, M., Taylor, R., Greenwood, K., Landau, S., & Wykes, T. (2017). A new generation computerised metacognitive cognitive remediation programme for schizophrenia (CIRCuiTS): A randomised controlled trial. *Psychological Medicine*, 47(15), 2720–2730. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001234>

Regione Emilia-Romagna. (2013). *Linee di indirizzo per il trattamento dei disturbi gravi di personalità in Emilia-Romagna*. [https://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/percorsi-di-cura/disturbi\\_gravi\\_personalita\\_linee\\_versione\\_ricerca.pdf](https://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/percorsi-di-cura/disturbi_gravi_personalita_linee_versione_ricerca.pdf)

Regione Emilia-Romagna. (2016a). *LINEE DI INDIRIZZO PER LA REALIZZAZIONE DI PROGETTI CON LA METODOLOGIA BUDGET DI SALUTE*. allegato-budget PDF (bur.regione.emilia-romagna.it)

Regione Emilia-Romagna. (2016b). *Linee di indirizzo per la realizzazione di progetti con la metodologia del Budget di salute*. <https://bur.regione.emilia-romagna.it/bur/area-bollettini/bollettini-in-lavorazione/febbraio-periodico-parte-seconda-2a-quindicina.2016-02-23.1466508321/linee-di-indirizzo-per-la-realizzazione-di-progetti-con-la-metodologia-del-budget-di-salute/allegato-budget.pdf>

Regione Emilia-Romagna. (2016c). *Raccomandazioni regionali per la promozione della salute e del benessere in persone all'esordio psicotico*. <http://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale-e-dipendenze/documentazione>

Regione Emilia-Romagna. (2024). *Linee di indirizzo per la promozione della salute e del benessere nelle persone alla prima manifestazione psicotica o ad alto rischio di psicosi*. [https://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/documentazione/linee\\_di\\_indirizzo\\_esordi\\_psicotici\\_2024\\_rev3.pdf/@download/file/Linee\\_di\\_indirizzo\\_Esordi\\_psicotici\\_2024\\_rev3.pdf](https://salute.regione.emilia-romagna.it/salute-mentale/documentazione/linee_di_indirizzo_esordi_psicotici_2024_rev3.pdf/@download/file/Linee_di_indirizzo_Esordi_psicotici_2024_rev3.pdf)

Reilly, Patrick M.; Shopshire, Michael S. (2002). *Anger Management for Substance Abuse and Mental Health Clients: A Cognitive Behavioral Therapy Manual*. Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Rethorst, C. D., & Trivedi, M. H. (2013). Evidence-Based Recommendations for the Prescription of Exercise for Major Depressive Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 19(3), 204–212. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000430504.16952.3e>

Richmond, J., Berlin, J., Fishkind, A., Holloman, G., Zeller, S., Wilson, M., Rifai, M. A., & Ng, A. (2012). Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17–25. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6864>

Ringeisen, H., Langer Ellison, M., Ryder-Burge, A., Biebel, K., Alikhan, S., & Jones, E. (2017). Supported education for individuals with psychiatric disabilities: State of the practice and policy implications. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(2), 197–206. <https://doi.org/10.1037/prj0000233>

Roder, V., Mueller, D. R., & Schmidt, S. J. (2011). Effectiveness of Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia Patients: A Research Update. *Schizophrenia Bulletin*, 37 (suppl 2), S71–S79. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr072>

Rodolico, A., Bighelli, I., Avanzato, C., Concerto, C., Cutrufelli, P., Mineo, L., Schneider-Thoma, J., Sifis, S., Signorelli, M. S., Wu, H., Wang, D., Furukawa, T. A., Pitschel-Walz, G., Aguglia, E., & Leucht, S. (2022). Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 9(3), 211–221. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00437-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00437-5)

Rog, D. J. (2004). The Evidence on Supported Housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 334–344. <https://doi.org/10.2975/27.2004.334.344>

Rössler, W. (2006). Psychiatric rehabilitation today: An overview. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(3), 151–157.

Rüsch, N., Abbruzzese, E., Hagedorn, E., Hartenhauer, D., Kaufmann, I., Curschellas, J., Ventling, S., Zuaboni, G., Bridler, R., Olschewski, M., Kawohl, W., Rössler, W., Kleim, B., & Corrigan, P. W. (2014). Efficacy of Coming Out Proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: Pilot randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *204*(5), 391–397. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.135772>

Sarkhel, S., Singh, O., & Arora, M. (2020). Clinical Practice Guidelines for Psychoeducation in Psychiatric Disorders General Principles of Psychoeducation. *Indian Journal of Psychiatry*, *62*(8), 319. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_780\\_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_780_19)

Sarpourian, F., Bahaadinbeigy, K., Fatemi Aghda, S. A., Fatehi, F., Ebrahimi, S., & Fallahnezhad, M. (2024). Effectiveness of computer-based telerehabilitation software (RehaCom) compared to other treatments for patients with cognitive impairments: A systematic review. *DIGITAL HEALTH*, *10*, 20552076241290957. <https://doi.org/10.1177/20552076241290957>

Sarris, J., O'Neil, A., Coulson, C. E., Schweitzer, I., & Berk, M. (2014). Lifestyle medicine for depression. *BMC Psychiatry*, *14*(1), 107. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-107>

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. (Guilford Press). <https://psycnet.apa.org/record/2001-05895-000>

Shahid, A., Wilkinson, K., Marcu, S., & Shapiro, C. M. (2011). Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). In A. Shahid, K. Wilkinson, S. Marcu, & C. M. Shapiro (Eds.), *STOP, THAT and One Hundred Other Sleep Scales* (pp. 279–283). Springer New York. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-9893-4\\_67](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-9893-4_67)

Shimada, T., Ito, S., Makabe, A., Yamanushi, A., Takenaka, A., Kawano, K., & Kobayashi, M. (2022). Aerobic exercise and cognitive functioning in schizophrenia: An updated systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, *314*, 114656. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114656>

Shimada, T., Ito, S., Makabe, A., Yamanushi, A., Takenaka, A., & Kobayashi, M. (2019). Aerobic exercise and cognitive functioning in schizophrenia: A pilot randomized controlled trial. *Psychiatry Research*, *282*, 112638. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112638>

Shu, X., Dai, Y., Tang, J., Huang, Y., Hu, R., & Lin, Y. (2024). Cognitive rehabilitation in schizophrenia research: A bibliometric and visualization analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1509539. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1509539>

Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press.

Smit, D., Miguel, C., Vrijssen, J. N., Groeneweg, B., Spijker, J., & Cuijpers, P. (2023). The effectiveness of peer support for individuals with mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *53*(11), 5332–5341. <https://doi.org/10.1017/S0033291722002422>

Trivedi, M. H., Greer, T. L., Church, T. S., Carmody, T. J., Grannemann, B. D., Galper, D. I., Dunn, A. L., Earnest, C. P., Sunderajan, P., Henley, S. S., & Blair, S. N. (2011). Exercise as an Augmentation Treatment for Nonremitted Major Depressive Disorder: A Randomized, Parallel Dose Comparison. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *72*(05), 677–684. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06743>

Tsuno, N., Besset, A., & Ritchie, K. (2005). Sleep and Depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *66*(10), 1254–1269. <https://doi.org/10.4088/JCP.v66n1008>

Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating Nonsuicidal Self-Injury: A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Interventions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *59*(11), 576–585. <https://doi.org/10.1177/070674371405901103>

Twamley, E. W., Savla, G. N., Zurhellen, C. H., Heaton, R. K., & Jeste, D. V. (2008). Development and Pilot Testing of a Novel Compensatory Cognitive Training Intervention for People with Psychosis. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *11*(2), 144–163. <https://doi.org/10.1080/15487760801963678>

Twamley, E. W., Vella, L., Burton, C. Z., Heaton, R. K., & Jeste, D. V. (2012). Compensatory Cognitive Training for Psychosis: Effects in a Randomized Controlled Trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *73*(09), 1212–1219. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m07686>

Valentina Pugliese, Matteo Aloj, Davide Maestri, Renato De Filippis, Raffaele Gaetano, Lorenzo Pelizza, Cristina Segura-Garcia, & Pasquale De Fazio. (2022). Validation of the Italian version of the Davos Assessment of Cognitive Biases Scale (DACOBS) in a sample of schizophrenia spectrum disorder patients and healthy controls. *Rivista Di Psichiatria*, 2022 May-June. <https://doi.org/10.1708/3814.37991>

Van Der Gaag, M., Schütz, C., Ten Napel, A., Landa, Y., Delespaul, P., Bak, M., Tschacher, W., & De Hert, M. (2013). Development of the Davos Assessment of Cognitive Biases Scale (DACOBS). *Schizophrenia Research*, *144*(1–3), 63–71. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.12.010>

Velligan, D. I., & Bow-Thomas, C. C. (2000). Rehab Rounds: Two Case Studies of Cognitive Adaptation Training for Outpatients With Schizophrenia. *Psychiatric Services, 51*(1), 25–29. <https://doi.org/10.1176/ps.51.1.25>

Velligan, D. I., Mahurin, R. K., Eckert, S. L., Miller, A. L., & Christine Bow-Thomas, C. (1997). Cognitive adaptation training: The use of compensatory strategies for inpatients and outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 24*(1–2), 229. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(97\)82662-X](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(97)82662-X)

Velligan, D. I., Roberts, D., Mintz, J., Maples, N., Li, X., Medellin, E., & Brown, M. (2015). A randomized pilot study of MOTivation and Enhancement (MOVE) Training for negative symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 165*(2–3), 175–180. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.04.008>

Velligan, D., Maples, N., Roberts, D. L., & Medellin, E. M. (2014). Integrated Psychosocial Treatment for Negative Symptoms. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 17*(1), 1–19. <https://doi.org/10.1080/15487768.2013.873370>

Vita, A. (Ed.). (2013). *La riabilitazione cognitiva della schizofrenia*. Springer Milan. <https://doi.org/10.1007/978-88-470-2802-9>

Vita, A., Gaebel, W., Mucci, A., Sachs, G., Barlati, S., Giordano, G. M., Nibbio, G., Nordentoft, M., Wykes, T., & Galderisi, S. (2022). European Psychiatric Association guidance on treatment of cognitive impairment in schizophrenia. *European Psychiatry, 65*(1), e57. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2315>

Wennström, E., & Wiesel, F.-A. (2006). The Camberwell assessment of need as an outcome measure in routine mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*(9), 728–733. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0084-9>

Wilkinson Judith M. (2017). *Diagnosi infermieristiche con NOC e NIC (seconda)*. Ambrosiana/CEA. World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013–2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

Wykes, P. T., & Reeder, D. C. (2006). *Cognitive Remediation Therapy for Schizophrenia (0 ed.)*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203098707>

Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R., & Czobor, P. (2011). A Meta-Analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia: Methodology and Effect Sizes. *American Journal of Psychiatry, 168*(5), 472–485. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10060855>

Yıldız, M. (2021). Psychosocial rehabilitation interventions in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder. *Archives of Neuropsychiatry*.  
<https://doi.org/10.29399/npa.27430>

Yule, A. (2019). Integrating Treatment for Co-Occurring Mental Health Conditions. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(1), arcr.v40.1.07.  
<https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.07>

Zhang, Z., Zhang, L., Zhang, G., Jin, J., & Zheng, Z. (2018). The effect of CBT and its modifications for relapse prevention in major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 18(1), 50.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-018-1610-5>

Zhao, S., Sampson, S., Xia, J., & Jayaram, M. B. (2015). Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010823.pub2>

# Appendice A: associazione Item e Codici ICD-10

## ITEM HONOS e CODICI ICD-10

### 1. COMPORAMENTI IPERATTIVI, AGGRESSIVI, DISTRUTTIVI O AGITATI

PUNTEGGIO		CODICE ICD-10
0	nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato	
1	irritabilità, litigiosità o irrequietezza che non richiedono intervento	<b>R45.1 Irrequietezza e agitazione</b>
2	comprende gesti aggressivi, come importunare o dare spintoni alle persone; minacce o aggressioni verbali; danni di modesta entità agli oggetti (ad esempio rottura di suppellettili o di vetri); iperattività o agitazione evidenti	<b>R45.4 Irritabilità e collera</b>
3	attacchi fisici verso persone o animali (ma di minore gravità rispetto al punteggio 4); persistente atteggiamento di minaccia; iperattività o danneggiamento agli oggetti di maggiore gravità	<b>R45.5 Ostilità</b>
4	almeno un grave attacco fisico a persone o animali; atti chiaramente distruttivi (ad es. appiccare il fuoco); comportamenti di grave intimidazione o osceni	<b>R45.4 Irritabilità e collera; R45.5 Ostilità; R45.6 Violenza fisica</b>
9	Non noto	

## 2. COMPORTAMENTI LIBERAMENTE AUTOLESIVI

PUNTEGGIO		CODICE ICD-10
0	nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato	
1	rischio lieve: pensieri passeggeri di "farla finita", nessun gesto autolesivo	<b>Z91.5 Anamnesi personale di autolesionismo</b>
2	rischio di modesta entità durante il periodo considerato; comprende gesti autolesivi non pericolosi (ad esempio il farsi tagli superficiali ai polsi)	"
3	rischio, da moderato a grave, di gesti autolesivi durante il periodo considerato; ha compiuto atti preparatori (come ad esempio accumulare pillole)	"
4	serio tentativo di suicidio e/o grave e intenzionale atto autolesivo durante il periodo considerato	"
9	non noto	

### 3. PROBLEMI LEGATI ALL'ASSUNZIONE DI ALCOL O DROGHE

PUNTEGGIO		CODICE ICD-10
0	nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato	
1	qualche eccesso, ma entro le norme sociali	<b>Z72.1 Uso di alcol</b> <b>Z72.2 Uso di droga</b>
2	perdita di controllo nel bere o nell'assunzione di droghe, ma senza dipendenza	"
3	desiderio intenso di assumere la sostanza o dipendenza da alcool e droghe, con frequenti perdite di controllo; esposizione a rischi sotto l'effetto della sostanza	"
4	dipendenza di gravità tale da compromettere seriamente il funzionamento del soggetto	"
9	Non noto	

## 4. PROBLEMI COGNITIVI

PUNTEGGIO		CODICE ICD-10
0	nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato	
1	problemi di memoria o di comprensione minori, ad es. dimentica occasionalmente i nomi	<b>R41.0 disorientamento non specificato; R41.8 Altri e non specificati sintomi e segni che interessano le funzioni cognitive e lo stato di coscienza OPPURE Scegliere un codice nel blocco R41.81 – R41.89 Altri e non specificati sintomi e segni che interessano le funzioni cognitive e lo stato di coscienza</b>
2	problemi di memoria e di comprensione di gravità lieve ma evidenti (ad es. si è perso in una località nota o non ha riconosciuto una persona a lui familiare) qualche volta incerto di fronte a decisioni semplici	“
3	disorientamento marcato nel tempo, nello spazio e riguardo le persone; appare perplesso di fronte ad eventi di tutti i giorni; il discorso è talora incoerente; rallentamento mentale	“
4	disorientamento grave, ad es. è incapace di riconoscere i parenti; è a rischio di incidenti; i discorsi sono incomprensibili; obnubilamento o stupore	“
9	Non noto	

## 5. PROBLEMI DI MALATTIA SOMATICA O FISICA

PUNTEGGIO		CODICE ICD-10
0	nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato	
1	problemi fisici di scarsa rilevanza durante il periodo considerato (ad es. raffreddore o conseguenze di una caduta poco grave)	<b>Scegliere un codice nel blocco R50-R69 Sintomi e segni generali</b>
2	problemi fisici che causano lievi limitazioni della mobilità e delle attività	“
3	limitazione delle attività di grado moderato, causata da problemi di salute fisica di media e lunga durata	“
4	grave o completa invalidità dovuta a problemi di salute fisica	“
9	Non noto	

## 6. PROBLEMI LEGATI AD ALLUCINAZIONI E DELIRI

PUNTEGGIO		CODICE ICD-10
0	nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato	
1	convinzioni lievemente eccentriche o bizzarre, non conformi alle norme culturali	<b>R44.0 Allucinazioni uditive;</b> <b>R44.1 Allucinazioni visive;</b> <b>R44.2 Altre allucinazioni;</b> <b>R44.3 Allucinazioni non specificate;</b> <b>R44.8 Altri e non specificati sintomi e segni che interessano le sensazioni e le percezioni generali</b>
2	sono presenti deliri o allucinazioni (ad es. uditive, visive), ma con modesto malessere per il paziente o limitate manifestazioni di comportamenti bizzarri (problemi clinici presenti, ma di gravità lieve)	“
3	notevole coinvolgimento del paziente in deliri o allucinazioni; questi gli causano un intenso malessere e/o si manifestano in comportamenti chiaramente bizzarri (problemi clinici di gravità media)	“
4	lo stato psichico ed il comportamento sono influenzati negativamente ed in maniera grave da deliri ed allucinazioni, con conseguenze gravi sul paziente	“
9	Non noto	

## 7. PROBLEMI LEGATI ALL'UMORE DEPRESSO

PUNTEGGIO		CODICE ICD-10
0	nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato	
1	tristezza o modeste variazioni del tono dell'umore	<b>R45.2 Tristezza</b>
2	depressione e malessere psichico di grado lieve, ma evidenti (ad es. presenza di sensi di colpa, perdita di autostima)	<b>R45.3 Demoralizzazione e apatia</b>
3	depressione con idee di autosvalutazione infondate, paziente assillato da sensi di colpa	<b>R45.3 Demoralizzazione e apatia</b>
4	depressione grave o molto grave, con idee di colpa e autoaccusa	<b>R45.3 Demoralizzazione e apatia; R45.8 Altri sintomi e segni che interessano lo stato emotivo, OPPURE R45.85 ideazione (tendenza) suicidaria</b>
9	Non noto	

## 8. ALTRI PROBLEMI PSICHICI E COMPORTAMENTALI

PUNTEGGIO		CODICE ICD-10
0	nessuna evidenza di problemi di questo tipo durante il periodo considerato	
1	solo problemi minori	<p><b>ANSIA E FOBIE R46.6 ansia e preoccupazione eccessivi di fronte a eventi stressanti;</b></p> <p><b>SINTOMI SOMATOFORMI</b></p> <p><b>R68.8 Altri sintomi e segni generali specificati, OPPURE R68.80 Altri segni e sintomi generali specificati; R68.88 altri sintomi e segni generali. PROBLEMI ALIM. Scegliere un codice nel blocco R63.0–R63.8 Sintomi e segni che interessano l'assunzione di cibo e liquidi; Z72.4 Dieta e abitudini alimentari inappropriate; Z86.3 Anamnesi personale di malattie endocrine, nutrizionali e Metaboliche.</b></p> <p><b>DIST.DEL SONNO: Z91.3 Anam. pers. di ritmo sonno veglia non corretto;</b></p> <p><b>R40.0 Sonnolenza</b></p> <p><b>PROBLEMI SESSUALI: Z72.5</b></p> <p><b>Comportamento sessuale ad alto rischio</b></p> <p><b>UMORE EUFORICO: R46.3 Iperattività</b></p> <p><b>ALTRI PROBLEMI: Z91.4 Anamnesi personale di trauma psicologico non classificato altrove; Z91.8 Anamnesi personale di altro fattore di rischio specificato non classificato altrove;</b></p> <p><b>R45.8 Altri sintomi e segni che interessano lo stato emotivo, OPPURE R45.88 sintomi e segni speciali che interessano lo stato emozionale, non classificati altrove;</b></p> <p><b>R45.89 Sintomi e segni che interessano lo stato emozionale, non specificato</b></p>

<b>PUNTEGGIO</b>		<b>CODICE ICD-10</b>
2	problema clinicamente presente, ma a un livello lieve di gravità (ad es. il paziente mantiene un certo grado di controllo)	"
3	problema di gravità moderata: una o più crisi gravi o episodi di sofferenza marcata, con perdita di controllo (ad es. deve evitare del tutto le situazioni che scatenano l'ansia o chiamare in aiuto un vicino, ecc.)	"
4	problema grave che condiziona la maggior parte delle attività	"
9		

## 9. PROBLEMI RELAZIONALI

PUNTEGGIO		CODICE ICD-10
0	assenza di problemi significativi durante il periodo considerato	
1	problemi minori, senza rilevanza clinica	<b>Scegliere un codice nel blocco: Z60 .0 - Z60.9 Problemi legati all'ambiente sociale; Scegliere un codice nel blocco: Z63.0 - Z63.9 Problemi connessi alla cerchia relazionale ristretta, compreso l'ambiente familiare; Z73.4 Abilità sociali inadeguate non classificate altrove</b>
2	evidenti problemi nello stabilire o mantenere relazioni di sostegno: il paziente se ne lamenta e/o i problemi sono manifestati alle altre persone	"
3	problemi gravi e persistenti dovuti ad un ritiro attivo e passivo dalle relazioni sociali e/o alla presenza di relazioni che non offrono benessere e sostegno	"
4	isolamento sociale grave, che causa sofferenza al paziente, dovuto all'incapacità di comunicare socialmente e/o al completo ritiro dalle relazioni sociali	"
9	Non noto	

## 10. PROBLEMI NELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA

PUNTEGGIO		CODICE ICD-10
0	nessun problema nel periodo considerato, funzionamento adeguato in tutte le aree	
1	solo problemi minori; ad es. disordinato e non bene organizzato	<b>R46.0 Scarsa igiene personale;</b> <b>R46.8 Altri sintomi e segni che interessano l'aspetto e il comportamento</b>
2	cura di sé adeguata, ma evidente incapacità a svolgere una o più attività complesse (come usare il denaro, mettere su casa, organizzare il lavoro e il tempo libero, educare i figli, spostarsi e usare i mezzi di trasporto, fare la spesa, migliorare le proprie capacità, ecc.)	<b>R46.0 Scarsa igiene personale;</b> <b>R46.8 Altri sintomi e segni che interessano l'aspetto e il comportamento;</b> <b>Z91.2 Anamnesi personale di scarsa igiene personale;</b> <b>Scegliere un codice nel blocco: Z73-Z73.9 Problemi connessi a difficoltà di orientamento del proprio modo di vita; Scegliere un codice nel blocco: Z74 -Z74.9 Problemi connessi a dipendenza da persona che presta le cure</b>
3	problemi evidenti in una o più aree relative alla cura di sé (alimentarsi, lavarsi, vestirsi, usare i servizi igienici), come pure incapacità evidente a svolgere diverse attività complesse	“
4	grave disabilità in tutte o quasi le aree relative sia alla cura di sé che ad attività complesse	“
9	Non noto	

## 11. PROBLEMI NELLE CONDIZIONI DI VITA

PUNTEGGIO		CODICE ICD-10
0	<p>abitazione adeguata; nessun problema relativamente alle disponibilità economiche e alla soddisfazione dei bisogni di base; i familiari aiutano nell'ambiente domestico il paziente a mantenere al livello più basso possibile la disabilità e lo stimolano ad essere il più autonomo possibile.</p>	
1	<p>abitazione ragionevolmente accettabile, anche se con problemi minori (casa piccola, con spazi ristretti, mancano alcuni comfort non indispensabili); problemi minori e transitori rispetto alle disponibilità di denaro per la soddisfazione dei bisogni di base (deve rinunciare a beni voluttuari o ad una vacanza, non può permettersi una macchina); i familiari forniscono nell'ambiente domestico un supporto e uno stimolo sufficiente, ma sono presenti problemi minori e transitori (ad es. la loro disponibilità non sempre coincide con le necessità del paziente).</p>	<p><b>Z58.0-Z58.9 Problemi legati ad ambiente fisico; Z59.0- Z59.9 Problemi legati all'abitazione e alle condizioni economiche; Z72.0 - Z72.9 Problemi connessi allo stile di vita; Z73.0 - Z73.9 Problemi connessi a difficoltà di orientamento del proprio modo di vita</b></p>
2	<p>abitazione con problemi evidenti (i servizi igienici sono esterni, sono necessari lavori di manutenzione della casa, ad es. imbiancatura, l'abitazione è disadorna e mancano alcuni arredi di base, gli spazi sono insufficienti per gli abitanti); problemi rilevanti rispetto alle disponibilità di denaro per la soddisfazione dei bisogni di base (limitazioni nell'acquisto di beni di prima necessità, come cibo e vestiti, ritardi nel pagamento di bollette, debiti di modesta entità); i familiari incontrano difficoltà nel supportare e stimolare nell'ambiente domestico il paziente a mantenere al livello più basso possibile la disabilità e ad essere il più autonomo possibile.</p>	"

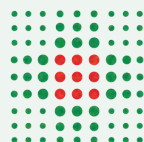
PUNTEGGIO		CODICE ICD-10
3	<p>molteplici problemi nell'abitazione che causano grosso disagio (il riscaldamento è insufficiente, manca l'acqua calda, la casa ha gravi problemi di manutenzione, ad es. infiltrazioni di acqua, le condizioni igieniche sono deficitarie, mancano alcuni funzioni indispensabili per vivere, ad es. non esiste la possibilità di cucinare, gli abitanti vivono in condizioni di sovraffollamento); molteplici rispetto alle disponibilità di denaro per la soddisfazione dei bisogni di base, che causano grosso disagio e incidono sul decoro personale (gravi limitazioni nell'acquisto di beni di prima necessità, come cibo e vestiti, interruzione temporanea nell'ultimo mese di un servizio fondamentale, come gas e luce, impossibilità a pagare l'affitto della casa, debiti rilevanti a cui fa fronte con difficoltà); i familiari forniscono nell'ambiente domestico al paziente un supporto e uno stimolo minimo, o non ne forniscono affatto.</p>	"
4	<p>la condizione abitativa è inaccettabile (il paziente è senza casa e vive sulla strada o in un dormitorio pubblico, lo sgombero dell'abitazione è imminente, l'abitazione è priva di luce, gas e acqua potabile, ci sono gravi problemi strutturali, ad es. è pericolante o mancano i vetri alle finestre, le condizioni igieniche sono inaccettabili e richiedono un intervento di bonifica ambientale); gravissimi problemi dovuti alla mancanza di denaro, che impediscono la soddisfazione dei bisogni di base e che rendono insostenibili le condizioni di vita (non ha denaro per comprare il cibo o i vestiti, ha debiti ingenti cui non può fare fronte, sono stati staccati servizi fondamentali, come gas e luce); il comportamento di familiari nell'ambiente domestico peggiora le condizioni di vita del paziente, aggravando i suoi problemi</p>	"
9	Non noto	

## 12. PROBLEMI NELLA DISPONIBILITÀ DI RISORSE PER ATTIVITÀ LAVORATIVE E RICREATIVE

PUNTEGGIO		CODICE ICD-10
0	il paziente può accedere o accede nel contesto sociale ad attività ricreative e, se è in grado, lavorative; i familiari supportano e stimolano il paziente ad essere impegnato durante la giornata in attività ricreative e lavorative.	
1	il paziente può accedere o accede nel contesto sociale ad una gamma ragionevole di attività ricreative e, se è in grado, lavorative, ma non sempre nei momenti desiderati (ad es. le strutture sono aperte per un orario di tempo limitato, esistono problemi per il trasporto del paziente); i familiari forniscono un supporto e uno stimolo sufficiente, ma esistono problemi minori e transitori (ad es. la loro disponibilità non sempre coincide con le necessità del paziente)	<b>Scegliere un codice nel blocco: Z55-Z65 Problemi legati all'alfabetizzazione ed all'educazione- persone con potenziali problemi di salute legati a condizioni socioeconomiche e a circostanze psicosociali; Z75.3 Servizi sanitari non disponibili o inaccessibili Z75.4 Indisponibilità ed inaccessibilità di altre organizzazioni di aiuto; Z75.9 Problemi, non specificati, connessi a servizi sanitari e altre forme di assistenza sanitaria</b>
2	il paziente può accedere o accede nel contesto sociale ad una gamma limitata di attività ricreative e, se è in grado, lavorative, non rispondenti però in misura adeguata ai suoi bisogni (ad es. per quanto riguarda le attività proposte o l'orario di apertura o le difficoltà di trasporto); i familiari forniscono un supporto e uno stimolo insufficiente.	“

PUNTEGGIO		CODICE ICD-10
3	<p>esiste una notevole carenza di risorse per supportare e stimolare il paziente ad essere impegnato durante la giornata: il paziente può accedere o accede solo occasionalmente nel contesto sociale ad attività ricreative e, se è in grado, lavorative; esiste una notevole carenza di risorse da parte dei familiari, che forniscono un supporto e uno stimolo chiaramente inadeguato</p>	"
4	<p>la totale assenza di opportunità di svolgere qualunque tipo di attività durante la giornata peggiora i problemi del paziente: il paziente è di fatto abbandonato e/o non svolge alcuna attività costruttiva durante il giorno; i familiari non considerano in alcun modo o ostacolano i bisogni del paziente relativamente alle attività ricreative e lavorative.</p>	"
9	Non noto	





**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
**Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia**  
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia