

Gli esiti di un percorso riabilitativo in un centro diurno per la salute mentale: gli effetti delle attività individuali e di gruppo

di Stefania Bisagni* e Cecilia Bruscolini**

[Ricevuto il 16/04/2024
Accettato il 02/05/2025]

Riassunto

Il presente lavoro si propone di valutare il processo di *recovery* all'interno di un Centro Diurno Salute Mentale (CDSM) nell'anno 2023 tramite una batteria di test (SCL-90-R, RAS, Brief Cope, WHOQOL, Scala HoNOS, Scala Kennedy) con una precisa calendarizzazione: a 2 mesi dall'ingresso, a 6 mesi, a 12 mesi per poi mantenere la cadenza annuale fino alle dimissioni. Lo scopo è dunque quello di valutare l'efficacia di attività *evidence based*, in un percorso riabilitativo protratto nel tempo. Quanto misurato è stato suddiviso in due database: un primo (analizzato con *mixed models*) con i dati ottenuti nel 2023, un secondo (analizzato con il test di Wilcoxon) con le dimissioni registrate nel 2023 cui è stato effettuato un confronto con quanto rilevato all'ingresso di coloro che hanno terminato il percorso. Dai risultati, emergono dati significativi rispetto alla riduzione dello stato di malessere del soggetto con il progredire del percorso riabilitativo, aspetto che è in linea con il tipo di utenza

* Psicoterapeuta a indirizzo sistemico relazionale, individuale e di gruppo, socia Asvegra. Lavora da anni nel privato sociale (Polis Nova S.C.S. Centro Diurno Salute Mentale "Attivamente 1 e Attivamente 2". Pontevigodarzere 50 – 35133 Padova, <https://www.gruppopolis.it/>). Libera professionista (via Po, 3 – 35135 Padova); stefania.bisagni@gmail.com

** Psicologa, specializzanda presso Scuola Fenomenologico-Dinamica. Lavora presso Cooperativa Sociale Terr.A: nella Comunità Terapeutica "San Gregorio" (via Vigonovese, 69 – 35127 Padova (PD); c3ciliabruscolini@gmail.com

Gruppi/Groups (ISSNe 1972-4837), 1-2/2023
Doi: 10.3280/gruoa1-2-2023oa21222

CONTRIBUTI ORIGINALI

che pone resistenza al cambiamento e che richiede una tempistica protratta per l'attivazione di un processo di *recovery*.

Parole chiave: Riabilitazione, Processo di *recovery*, Interventi evidence base, Test.

Abstract. *The outcomes of a rehabilitation program in a day center for mental health: the effects of individual and group activities*

This paper aims to evaluate the recovery process in a Mental Health Day Center (CDSM) during 2023 through a battery of tests (SCL-90-R, RAS, Brief Cope, WHOQOL, HoNOS Scale, Kennedy Scale) with a specific schedule: at 2 months from admission, at 6 months, at 12 months and then maintaining the annual cadence until discharge. The aim is therefore to assess the effectiveness of evidence-based activities in a rehabilitation pathway over time. What was measured was divided into two databases: a first one (analysed with mixed models) with the data obtained in 2023, a second one (analysed with the Wilcoxon test) with the discharges recorded in 2023 to which a comparison was made with what was recorded at the entrance of those who finished the journey. From the results, significant data emerged: a reduction of the subject's state of distress as the rehabilitation pathway progressed, an aspect that is in line with this type of patients that are resistant to change and require a long time to activate the recovery process.

Keywords: Rehabilitation, Recovery process, Intervention evidence base, Test.

Introduzione

Con riabilitazione psichiatrica si intende un percorso mediante il quale si aumenta il funzionamento sociale e lavorativo dell'individuo in modo tale da rendere le persone con disabilità capaci di svolgere un ruolo valido con successo riducendo sempre più gli interventi supportivi (Carozza, 2006). L'obiettivo principale del lavoro riabilitativo è quello di sollecitare i punti di forza che si mantengono nonostante la disabilità attraverso l'apprendimento di competenze intrapersonali, interpersonali, coping, cognitive e strumentali che permettono al soggetto di imparare e rispondere in modo adeguato ai bisogni propri e altrui (Barbato, 2006). Proprio perché la patologia intacca il funzionamento sociale e interpersonale impattando le possibilità di integrazione all'interno della società (Siani *et al.*, 1991), la riabilitazione psichiatrica ha come elemento cardine la risocializzazione (Spivak, 1987).

Obiettivo di questo lavoro è di valutare il processo di *recovery* all'interno di un centro diurno di salute mentale che propone attività *evidence based* (EBM, *evidence based medicine*) misurandone l'attivazione tramite una batte-

ria di test individuata secondo una calendarizzazione specifica relativa all'anno 2023. Il centro diurno in questione lavora basandosi sul modello della riabilitazione psichiatrica (Anthony *et al.*, 2002) secondo il modello biopsicosociale con uno sguardo focalizzato al processo di *recovery* (Davidson, 2012).

L'utenza che afferisce al servizio è di soggetti dai 18 ai 65 anni di età con problematiche di disabilità psichica afferenti a disturbi psicopatologici della sfera psicotica, affettiva o della personalità tali da compromettere in modo clinicamente significativo il funzionamento sociale, lavorativo/scolastico e relazionale. Il centro lavora in sinergia con il Dipartimento di Salute Mentale elaborando in forma scritta un Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) dell'utenza con lo scopo di definire il piano di intervento per il soggetto. Pertanto, l'équipe del Centro Salute Mentale (CSM) valuta l'ingresso al CDSM sia in funzione di una prosecuzione di un percorso già avviato dall'ente inviante sia come primo ingresso. Il centro diurno, quindi, funge da ponte per un progetto successivo che può trovare sfogo sia in un reinserimento lavorativo che sociale, a seconda del piano individuale.

Sono previsti inoltre monitoraggi cadenzati in accordo con la persona che coinvolgano familiari e servizi, in modo da definire l'andamento del percorso. Il coinvolgimento della famiglia viene strutturato in base al consenso del soggetto stesso e alla valutazione dell'équipe inviante rispetto all'utilità della loro presenza all'interno del percorso. L'équipe del centro diurno, in proporzione al numero degli utenti inseriti, è costituita da educatori professionali sociosanitari, OSS, un maestro d'arte e una psicologa psicoterapeuta che propongono interventi con funzioni terapeutiche, educative, riabilitative e assistenziali.

L'équipe inoltre programma attività strumentali e di gruppo con lo scopo di prevenire o limitare i processi di isolamento ed emarginazione con il fine ultimo di migliorare il funzionamento dell'individuo nelle aree di vita che la patologia psichiatrica può aver compromesso nell'ottica della *recovery* utilizzando interventi *evidence based* (*Illness Management and Recovery*, *Social Skill Training*, *Problem Solving Training*, Rimedio Cognitivo).

Vengono inoltre proposte attività di allenamento e rimedio cognitivo con lo scopo di intervenire in quelle sfere che la malattia mentale intacca, prima tra tutte quella cognitiva. È prevista un'attività di benessere psicofisico che ha come obiettivo quello di costituire una buona integrazione tra salute fisica e psichica tramite uno stile di vita attivo e una sana alimentazione.

È inoltre proposta un'attività di gruppo con funzione terapeutica a impostazione gruppoanalitica che ha lo scopo di aumentare la consapevolezza rispetto al proprio progetto riabilitativo e aiutare gli utenti ad aderire ai propri obiettivi in modo da contrastare la tendenza a vivere passivamente il percorso proposto e diminuire l'ambivalenza tra ciò che l'utente esprime di voler perseguire

e ciò che questo comporta. Sebbene l'impianto di questo elaborato si serva di strumenti di natura cognitiva, la lettura finale che verrà fatta sarà di matrice psicodinamica con un focus su quanto attivato dal processo di gruppo.

Questa lente ha permesso quindi di formulare un pensiero che legghi le attività come unica strada per l'avvio di un percorso riabilitativo; solo l'integrazione delle stesse permette di muoversi verso un miglioramento e l'attivazione della *recovery*. Abdicare a una visione che tiene assieme l'efficacia delle attività viste e comprese nel loro lavoro congiunto, espone al rischio di segmentare i percorsi rimanendo fermi a una visione individuale della singola proposta. In più, la lente gruppoanalitica ci permette di mettere in relazione quanto i soggetti sperimentano in ciascuna attività riuscendo così a cogliere il reale processo in atto piuttosto che il singolo elemento, integrando attività apparentemente sconnesse che poi producono un movimento complessivo volto al cambiamento. Con questo lavoro, dunque, ci si propone di effettuare la valutazione dell'efficacia di questi interventi mediante gli strumenti elencati divisi in base all'area indagata:

- Salute mentale e sintomi: HoNOS; SCL 90-R (Symptom Checklist -90-R);
- Valutazione globale del funzionamento: Scala K Kennedy; WHOQOL (World Health Organization Quality of Life – Assessment Instrument);
- Capacità di coping: COPE (Coping Orientation to Problem Experienced);
- Recovery: RAS (Recovery Assessment Scale).

Mediante la testistica utilizzata, si può osservare il percorso del singolo all'interno del proprio progetto riabilitativo adottando una lettura di movimento di gruppo rispetto al processo in relazione alle attività proposte. La somministrazione del test non ha solamente una funzione clinica individuale ma anche di rilevazione di una tendenza di gruppo a cogliere e poi integrare stimoli differenti in un movimento verso il miglioramento della propria condizione di vita.

Materiali e metodi

Partecipanti

I partecipanti sono coloro che fruiscono del centro, si tratta di soggetti con un'età compresa tra i 18 e i 65 anni con patologie di natura psichiatrica, afferenti alla sfera psicotica o con disturbi di personalità. Nello specifico, per l'anno 2023 sono stati coinvolti 34 utenti: 12 di genere femminile e 22 di genere maschile, suddivisi come riportato in Tab. 1.

Si sottolinea che le dimissioni possono avvenire sia per conclusione concordata del percorso riabilitativo, sia per decisione volontaria dell'utente.

Tab. 1 – Riassunto partecipanti per tappa

<i>Calendarizzazione somministrazioni</i>	<i>N. soggetti</i>
2 mesi	14
6 mesi	13
12 mesi	3
24 mesi	3
36 mesi	2
48 mesi	3
Dimissioni	6

Si precisa che i soggetti che hanno ricevuto una somministrazione a 2 mesi è possibile che abbiano effettuato anche quella a 6 mesi, soprattutto se l'ingresso è avvenuto nel primo semestre dell'anno.

Strumenti

La batteria di test utilizzata si compone di 6 strumenti di cui 4 compilati in autonomia dai soggetti (SCL-90-R, WHOQOL, Brief Cope, RAS) e 2 compilati dall'operatore di riferimento dell'individuo con la psicologa del centro (scala HoNOS e Kennedy).

Procedura

Si è proceduto con la somministrazione da parte della psicologa del centro affiancata dalla tirocinante psicologa della batteria seguendo una definita calendarizzazione delle somministrazioni, vedi tab. 2.

Per rendere agevoli le analisi statistiche si è proceduto a nominare le varie fasi nella seguente modalità:

Tab. 2 – Calendarizzazione delle somministrazioni

2 mesi	Tappa1
6 mesi	Tappa2
12 mesi	Tappa3
24 mesi	Tappa4
36 mesi	Tappa5
48 mesi	Tappa6

Successivamente, i dati sono stati inseriti all'interno di un database che raccoglie la testistica somministrata a ciascun partecipante con successivo scoring; infine sono state effettuate le analisi statistiche.

Si è lavorato con due database che raggruppano momenti diversi del percorso: un database contiene i dati del 2023 ottenuti tramite la calendarizzazione spiegata in Tab. 2; il secondo database raccoglie i dati delle dimissioni 2023 per coloro che avevano ricevuto la somministrazione finale con successivo confronto a 2 mesi dall'inserimento per rilevare l'efficacia del percorso riabilitativo.

Metodi di analisi

Il metodo di analisi utilizzato per il primo database è il *mixed models*, modello di regressione in cui si trovano sia degli effetti fissi che degli effetti random, usato per quei contesti, quale quello preso in analisi, in cui sono effettuate misurazioni ripetute nella stessa unità statistica.

È stato preferito l'utilizzo di questo modello proprio in virtù del fatto che sono presenti più osservazioni per ciascun partecipante; dunque, la struttura gerarchica è parsa la più efficiente per il tipo di database di cui si disponeva.

Per il secondo database, è stato utilizzato il test di Wilcoxon, un test non parametrico che viene impiegato nel confronto di due campioni indipendenti; nello specifico, viene usato quando i dati non seguono una distribuzione normale.

Risultati

Database 1

Iniziando dal primo database che raggruppa i dati del 2023, viene osservato come si distribuisce il campione secondo quanto indagato dai test.

Partendo dall'SCL-90-R si specifica che, per le analisi descrittive, verranno esaminati solo i 3 indici globali in quanto riassuntivi ed esaustivi rispetto a un quadro generale.

Ulteriore nota riguarda il fatto che è stato deciso di non effettuare una conversione dei punti T dei punteggi per le singole tappe, in quanto l'ottica adottata non è focalizzata sul singolo partecipante, ma sul movimento del gruppo lungo i vari mesi rispetto al percorso. Per cui, una distinzione rispetto

al genere e all'età, come richiesta nella conversione in punti T dell'SCL-90-R, non è parsa utile ai fini della ricerca e dei suoi obiettivi.

Si osserva per tutti e tre gli indici globali – GSI, PST, PSDI – un mantenimento alquanto costante delle medie dei punteggi per le prime 4 tappe, un aumento piuttosto importante che si discosta dall'andamento alla tappa5 per poi registrare, a 48 mesi, una deflessione dei valori che si avvicina ulteriormente alle medie iniziali (GSI e PST), con un ulteriore abbassamento per il PSDI.

Grafico 1 – Boxplot GSI

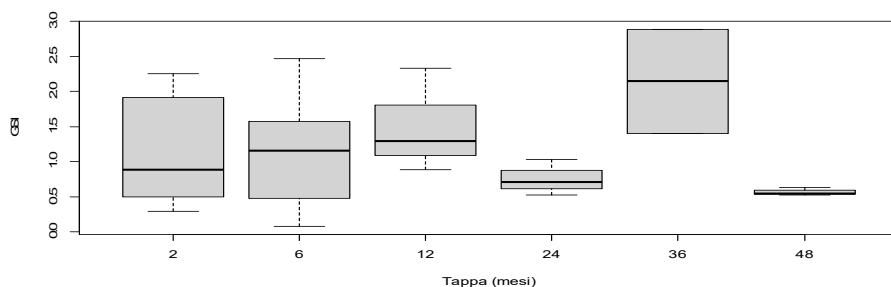
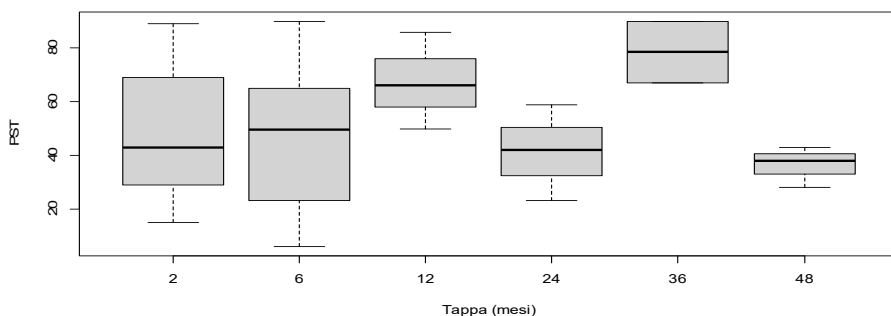


Grafico 2 – Boxplot PSTI

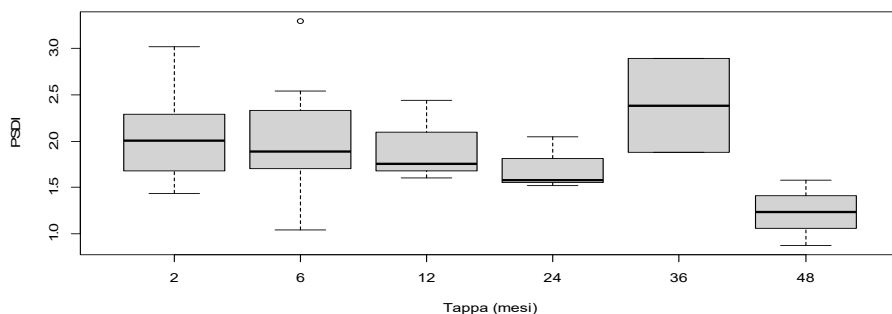


Proseguendo con l'osservazione della distribuzione delle medie della RAS, che valuta l'attivazione del processo di *recovery*, si osserva un andamento piuttosto regolare e costante registrando un lievissimo miglioramento ai 48 mesi.

Tenendo in considerazione il *cut-off* a 158, si nota come nella tappa1 con punteggi medi a 146,21 ($SD=20,92$) non si verifica un avvio del processo di *recovery*; nella tappa2, con media di 155,14 ($SD=33,24$) si rileva un maggior avvicinamento al valore di riferimento; in tappa3 si assiste a una lieve dimi-

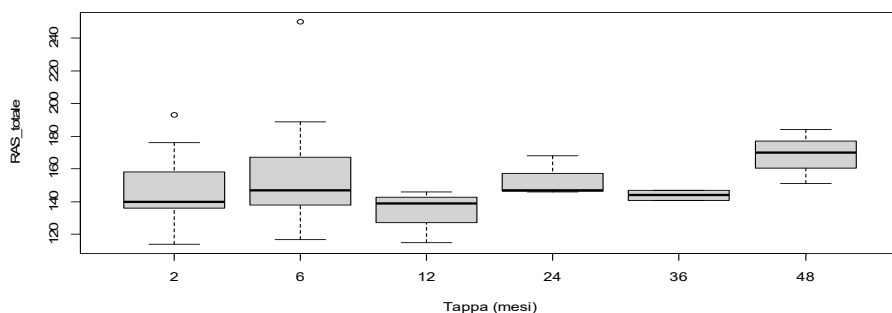
nuzione dei punteggi medi con valore 133,33 ($SD=16,26$) allontanandosi dal *cut-off*; in tappa4, i punteggi medi registrano 153,67 ($SD=12,42$)

Grafico 3 – Boxplot PSDI



riavvicinandosi a 158 e quindi segnalando un possibile movimento interno circa il processo di *recovery*; in tappa5, con una media di 144 ($SD=4,24$) si oscilla nuovamente fino però a raggiungere in tappa6 una media di 168,33 ($SD=16,56$) in cui si registra pienamente l'avvio interno di *recovery*.

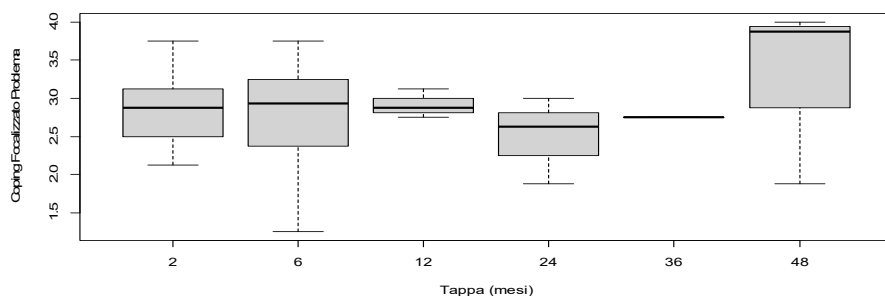
Grafico 4 – Boxplot RAS



La valutazione degli stili di coping, effettuata tramite Brief Cope, presenta un'analisi delle varie modalità di gestione delle situazioni stressanti, evidenziando le distribuzioni e le medie nelle varie tappe per ogni stile. Non verrà effettuata una descrizione dettagliata delle singole scale ma quanto risultato dal calcolo delle stesse negli stili di coping: coping focalizzato sul problema, coping focalizzato sull'emozione, coping evitante. Nel grafico 5, rispetto a un procedere piuttosto regolare del coping focalizzato sul problema si può osservare un impiego più massiccio ai 48 mesi, il che indica un aumento delle abilità

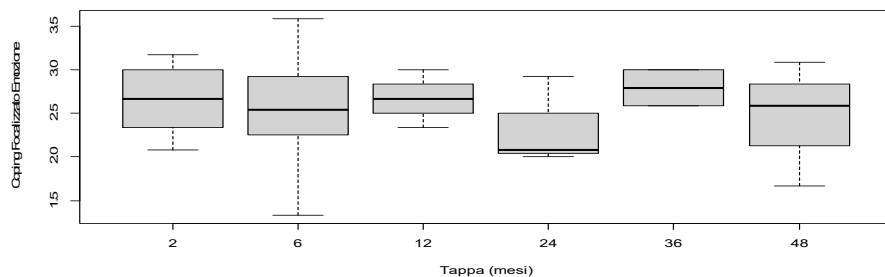
di problem solving e *reframing* positivo nel fronteggiamento di situazioni stressanti. Sembra essere una capacità già presente a 2 mesi – il punteggio medio si aggira intorno al 3, segnalando come i soggetti riportano di utilizzare strategie legate a una risoluzione dei problemi piuttosto razionale e focalizzata – che trova però un incremento importante nella tappa6, una fase piuttosto avanzata del percorso riabilitativo, ottenendo un punteggio medio che si aggira attorno a 4.

Grafico 5 – Boxplot Coping focalizzato sul problema



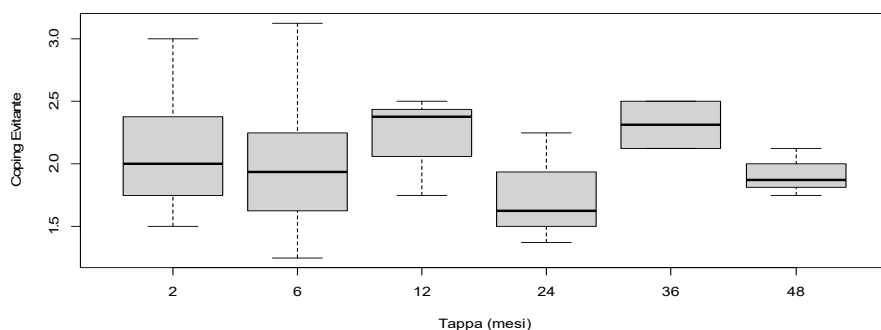
Per quanto riguarda, il coping focalizzato sull'emozione che fa riferimento, se in punteggi alti, a una buona capacità di regolazione emotiva in situazioni in cui emergono *stressors*, si osserva un andamento piuttosto stabile nei mesi, con movimenti quasi nulli che non segnalano oscillazioni rilevanti. I punteggi medi nelle varie tappe si muovono nella fascia 2,5-3, evidenziando come gli individui sentano di utilizzare mediamente strategie più legate alla regolazione emotiva in situazioni articolate.

Grafico 6 – Boxplot Coping focalizzato sull'emozione



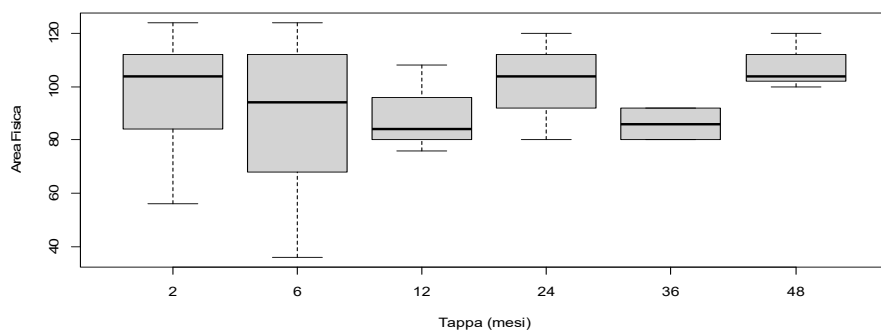
Rispetto all'utilizzo di uno stile di coping evitante, che si caratterizza per sforzi attivi sia cognitivi che emotivi nel ritirarsi da situazioni complesse, si osserva un movimento ondivago rispetto a un utilizzo minore ai 24 mesi per poi incrementarsi nella tappa successiva. I punteggi medi oscillano tra 1,5 e 2,5 indicando un utilizzo piuttosto basso di strategie di evitamento, sempre in un'ottica di autovalutazione che compiono gli individui.

Grafico 7 – Boxplot Coping evitante



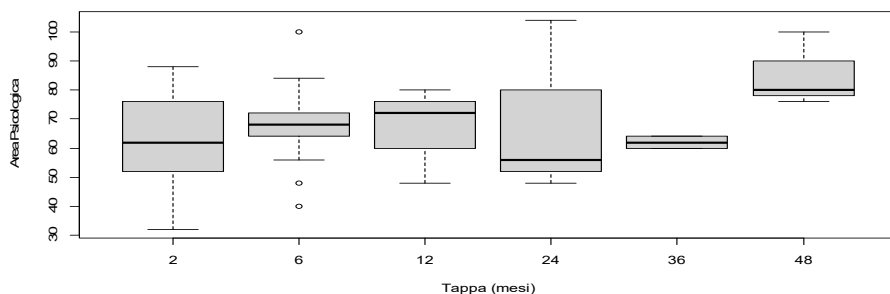
Rispetto alle aree indagate da WHOQOL (area fisica, psicologica, dei rapporti sociali e ambiente), i dati ottenuti faranno riferimento al *cut-off* 60 (Silva *et al.*, 2014) che definisce una buona qualità di vita. Per quanto concerne l'area fisica, i soggetti si collocano tutti oltre il 60 riportando leggere variazioni nel tempo il cui valore minimo si aggira attorno all'80 e il massimo attorno al 100 – in tappa6 si ha una media di 108,00 ($SD=10,58$), per cui con le citate oscillazioni l'area fisica risulta essere adeguata nell'autovalutazione compiuta dai soggetti.

Grafico 8 – Boxplot Area Fisica



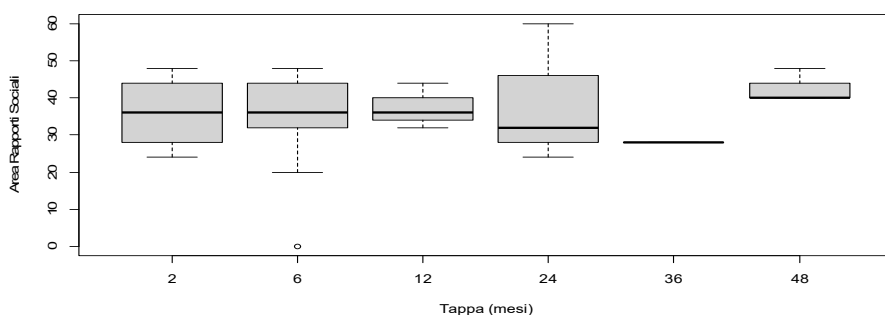
Nell'area psicologica, si osserva un valore a 2 mesi di 62,86 ($SD=15,08$), al limite con il *cut-off*, aspetto che si ritrova anche ai 24 mesi nonostante nelle due tappe precedenti si fosse registrato un leggero aumento oltre il valore di riferimento. Emerge però in tappa6, un aumento dei punteggi medi a 85,33 ($SD=12,86$) segnalando un benessere percepito maggiore dal punto di vista psicologico.

Grafico 9 – Boxplot Area Psicologica



L'area dei rapporti sociali sembra invece essere valutata come la più faticosa: infatti, i punteggi medi in nessuna tappa raggiungono il livello di *cut-off*. Si osserva una stabilità nella percezione problematica dei rapporti interpersonali senza però particolari oscillazioni; si registra in tappa6 un aumento dei punteggi con media 42,67 ($SD=12,86$), valore che rimane comunque lontano dal *cut-off* che segnala benessere nell'area descritta.

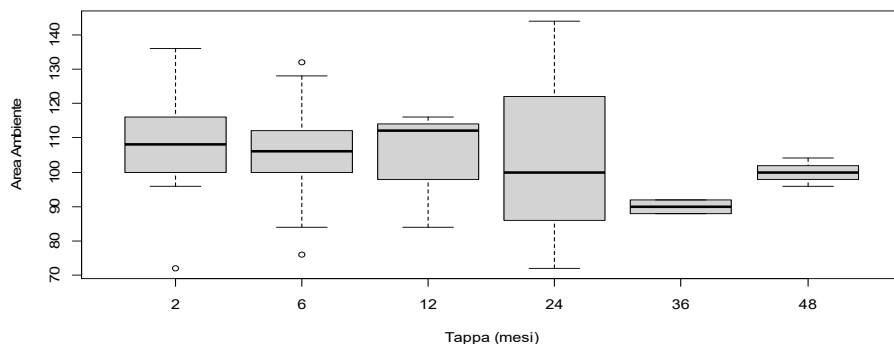
Grafico 10 – Boxplot Area Rapporti Sociali



L'area che indaga l'ambiente riporta buoni punteggi, tutti attorno a 100 – punteggio medio più alto in tappa3 con valore 104,00 ($SD=17,44$) – a eccezione di momenti in cui si registra una flessione: in tappa5 la media è 90,00

($SD=2,83$) che rimane comunque al di sopra del *cut-off* descrivendo una buona situazione rispetto all'area dell'ambiente.

Grafico 11 – Boxplot Area Ambiente



Passando ai test compilati dagli operatori di riferimento con la psicologia, la scala HoNOS è utilizzata per valutare l'esito delle cure in relazione alla complessità e alla gravità delle problematiche presenti.

Per una comprensione più accurata e un confronto tra punteggi è stata effettuata una conversione dalle medie dei punteggi ottenuti nella scala Likert 0 (nessun problema rilevato) – 4 (estrema gravità percepita) con cui si è effettuata la valutazione nelle varie aree.

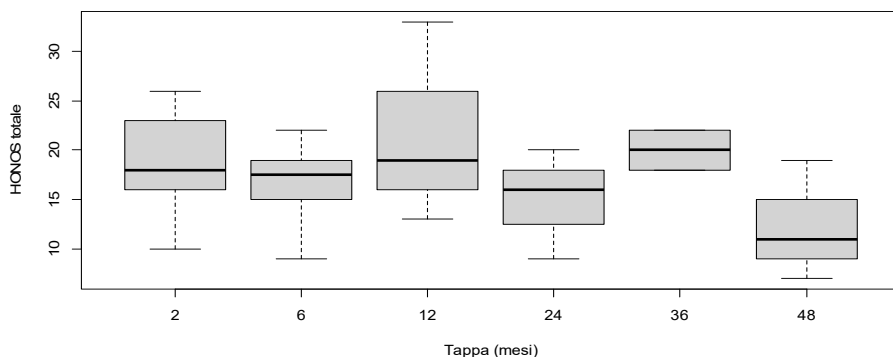
Come osservabile nel grafico 12, a 2 mesi, con una media di 18,93 ($SD=4,51$), il campione ottiene un punteggio di 1,6; mentre a 6 mesi, i punteggi medi sono 16,93 ($SD=3,41$) che convertiti diventano 1,4; a 12 mesi con media 21,67 ($SD=10,26$) si ottiene 1,8. Si osserva invece che a 24 mesi a media 15,00 ($SD=5,57$) corrisponde punteggio 1,2; a 36 con media 20,00 ($SD=2,8$) si sposta a 1,6 e infine, a 48 mesi, con media 12,33 ($SD=6,11$) si ha come punteggio totale 1,0. Si osserva che a 48 mesi si registrano punteggi più bassi che indicano un miglioramento rispetto alle problematicità indagate.

Rispetto alla valutazione effettuata tramite la scala Kennedy, che misura il livello di funzionamento globale del soggetto su una scala 0-100, si può notare un progressivo e complessivo aumento del funzionamento medio durante il percorso riabilitativo; nonostante ciò, si osserva che certe aree più compromesse impattano il funzionamento generale.

Utilizzando la VGF K per l'interpretazione dei punteggi, si nota come a 2 mesi dall'inserimento la media si assesta a 64,37 ($SD= 10,18$) cui corrisponde una sintomatologia lieve (come umore depresso, insonnia lieve...) con alcune difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico ma

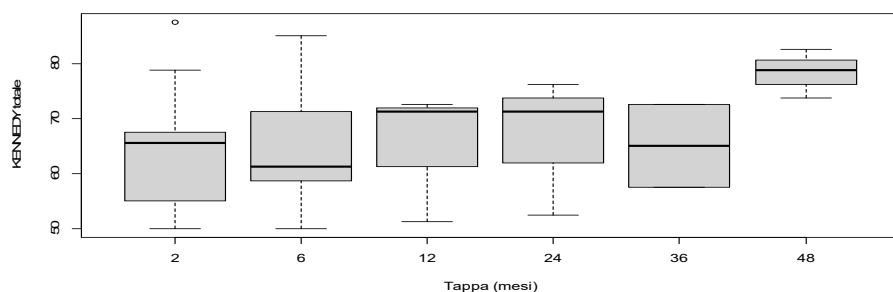
mantenendo comunque un funzionamento generale buono con alcune relazioni interpersonali significative.

Grafico 12 – Boxplot HoNOS



Nella tappa2, con una media di 64,82 ($SD=9,28$), si ha un quadro simile a quello della tappa1, si mantiene dunque una certa stabilità che si può osservare permanere per tutte le tappe successive, cioè nella tappa3 media 65,00 ($SD=11,92$); nella tappa4 media 66,67 ($SD=12,52$) e nella tappa5 media 65,00 ($SD=10,61$). In tappa6, si registra uno scostamento con media 78,33 ($SD=4,39$) in cui il funzionamento generale non necessariamente riporta sintomi; se presenti costituiscono reazioni transitorie e attendibili a stimoli psicosociali stressanti (es. difficoltà a concentrarsi dopo una discussione familiare). Inoltre, il funzionamento sociale, scolastico e lavorativo risulta alterato in modo lieve come può accadere quando si rimane indietro nello studio.

Grafico 13 – Boxplot Kennedy



Passando alle analisi descrittive del secondo database che prende in considerazione le dimissioni del 2023, la tab. 3 presenta un riassunto delle medie dei punteggi nelle due tappe considerate: valutazione iniziale all'ingresso e valutazione alle dimissioni. I valori riportati, che fanno riferimento quindi al punto di partenza e al punto finale del percorso riabilitativo, permettono uno sguardo rispetto all'andamento e al raggiungimento di determinati obiettivi.

Per quanto riguarda l'SCL-90-R, riproponiamo le stesse considerazioni rispetto alla conversione in punti T dei punteggi grezzi, in quanto l'eterogeneità del campione in termini di età e genere non risulta rilevante ai fini della nostra indagine; dunque, l'osservazione si limita ai punteggi grezzi ottenuti dalle analisi descrittive.

Relativamente al processo di *recovery* misurato dalla RAS, non si osserva l'avvio del processo perché non si raggiunge il *cut-off* né in fase iniziale né al termine, eppure si può comunque osservare un movimento interno rispetto all'aumento dei valori medi misurati.

Rispetto invece agli stili di coping utilizzati nelle situazioni complesse tramite Brief Cope, si nota un mantenimento del livello registrato a 2 mesi, se non una lieve discesa nell'impiego di tutti gli stili: per cui, è diminuito – seppur in lievissima misura – l'utilizzo di uno stile di coping focalizzato sul problema che prevede la messa in atto di strategie di *problem solving* e lo stile focalizzato sull'emozione, che richiede dunque una buona capacità di regolazione emotiva.

Contemporaneamente si è abbassato anche il punteggio medio relativo allo stile evitante, che riguarda modalità di evitamento che rifuggono dall'affrontare la situazione stressante e propone modalità che svincolano dalla gestione diretta del problema.

Nell'analisi fatta tramite WHOQOL sulla qualità di vita, si nota come i valori si collocano tutti oltre il *cut-off* mettendo in evidenza come ci sia un benessere percepito piuttosto diffuso nell'area indagata; emerge poi un miglioramento evidente nell'aumento delle medie che rispecchiano l'autovalutazione dei soggetti.

L'unica eccezione è costituita dall'area dei rapporti sociali che si manifesta come la più problematica per il tipo di utenza nonché probabilmente la più sfidante, che non raggiunge il *cut-off* in nessuna delle due fasi di valutazione.

Passando alle valutazioni effettuate dagli operatori con la psicologa rispetto a come hanno osservato e misurato il percorso degli utenti, sia per la scala HoNOS che per la scala Kennedy i punteggi medi non riportano scarti significativi tra la prima e l'ultima valutazione. Per la scala HoNOS, con

media 13,20 ($SD=6,06$) a 2 mesi si ottiene un punteggio in scala 1,1; mentre alle dimissioni con 14,00 ($SD=70,00$) si ha 1,17: entrambe appaiono come situazioni in cui non emergono gravità particolari, ma si è di fronte a situazioni piuttosto gestibili.

Nella scala Kennedy, per quanto le medie riportino un lieve aumento, i punteggi si inseriscono all'interno della stessa fascia di valutazione che descrive un funzionamento con sintomi lievi o che presenta alcune difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico ma riuscendo comunque a funzionare bene mantenendo delle relazioni interpersonali significative. Ci si colloca, con questi punteggi, in una fascia media che non presenta criticità.

Tab. 3 – Punteggi medi alle dimissioni

	2 mesi	Dimissioni
GSI	1,49 ($SD=0,77$)	0,84 ($SD=0,79$)
PST	60,00 ($SD=21,13$)	41,83 ($SD=29,02$)
PSDI	2,08 ($SD=0,61$)	1,35 ($SD=0,83$)
RAS - totale	137,60 ($SD=15,47$)	151,50 ($SD=21,35$)
Coping focalizzato sul problema	2,67 ($SD=0,26$)	2,39 ($SD=0,86$)
Coping focalizzato sull'emozione	2,68 ($SD=0,55$)	2,07 ($SD=0,81$)
Coping evitante	1,97 ($SD=0,41$)	1,64 ($SD=0,44$)
WHOQOL - area fisica	82,00 ($SD=31,07$)	108,67 ($SD=19,50$)
WHOQOL - area psicologica	63,00 ($SD=16,12$)	78,00 ($SD=14,70$)
WHOQOL - area rapporti sociali	41,00 ($SD=6,83$)	39,33 ($SD=12,75$)
WHOQOL - area ambiente	112,00 ($SD=9,80$)	119,33 ($SD=19,17$)
HoNOS - totale	13,20 ($SD=6,06$)	14,00 ($SD=70,00$)
Kennedy - totale	65,75 ($SD=12,11$)	70,00 ($SD=7,58$)

Analisi: database 1

Partendo dal primo database che raccoglie i dati ottenuti nel 2023 secondo le tappe illustrate, si è proceduto con le analisi *mixed models*.

Sono dunque emerse significatività sia nell'effetto variabile "tappa", con il tempo come variabile tipo fattore, sia per l'effetto variabile "mesi" con tempo

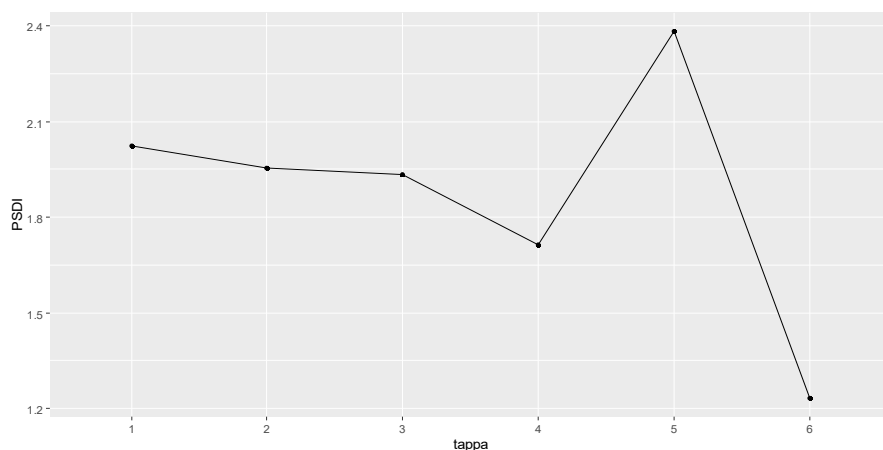
come variabile continua. Sono state inoltre effettuate delle analisi *post-hoc* perché si potessero evidenziare eventuali significatività nel confronto a tappe, ovvero rispetto a quanto rilevato e valutato in diversi momenti del percorso.

Si discuteranno di seguito le significatività per l'effetto variabile "tappa" con il tempo inteso come variabile tipo fattore e, in un secondo momento, l'effetto variabile "mesi".

Partendo da quanto misurato dall'SCL-90-R, si riporta significatività per l'indice globale PSDI, per la scala dell'ostilità, dell'ideazione paranoide e dello psicoticismo.

Per PSDI, come mostrato nel grafico 14, risulta significativa l'effetto tappa6 con valore 0.0203; condotti i confronti in *post-hoc*, è risultato significativo l'appaiamento con la tappa1, 2 e 5; nello specifico, è emerso che quanto registrato a 48 mesi è significativamente rilevante rispetto al percorso effettuato e c'è una differenza significativa nella comparazione con quanto emerso nella tappa1, 2 e 5. Si mette dunque in evidenza come i punteggi calcolati a 48 mesi, con una diminuzione del disagio percepito dal soggetto rispetto ai sintomi, indichi un miglioramento nella scala indagata – PSDI.

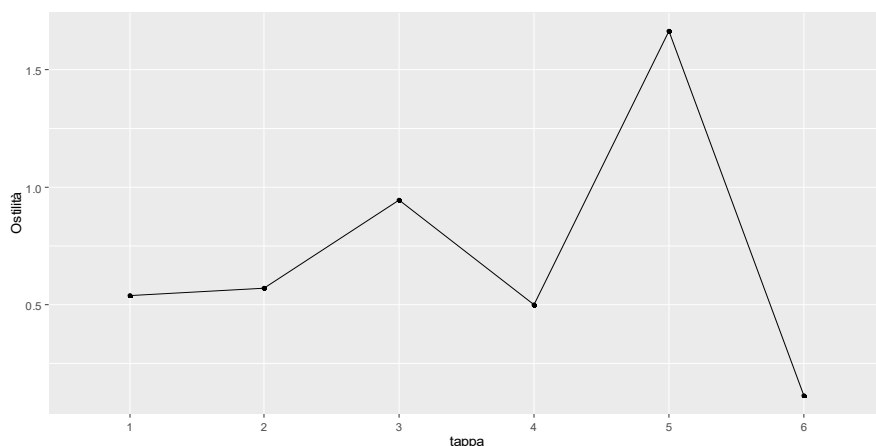
Grafico 14 – Boxplot mixed models PSDI



Per l'ostilità, è risultato significativo l'effetto tappa5 con .00995; come osservabile nel grafico 15 a 36 mesi si registra un aumento significativo dell'ostilità nell'autopercezione dei soggetti. In seguito alle analisi *post-hoc* risulta significativamente maggiore nel confronto con l'effetto tappa1, 2, 4 e 6. Dunque, effettuando una comparazione tra la tappa5 e le tappe 1, 2, 4 e 6 si ha una distanza tale che evidenzia uno scarto significativo che a 36 mesi ha visto un peggioramento circa l'ostilità in termini di pensieri, sentimenti o

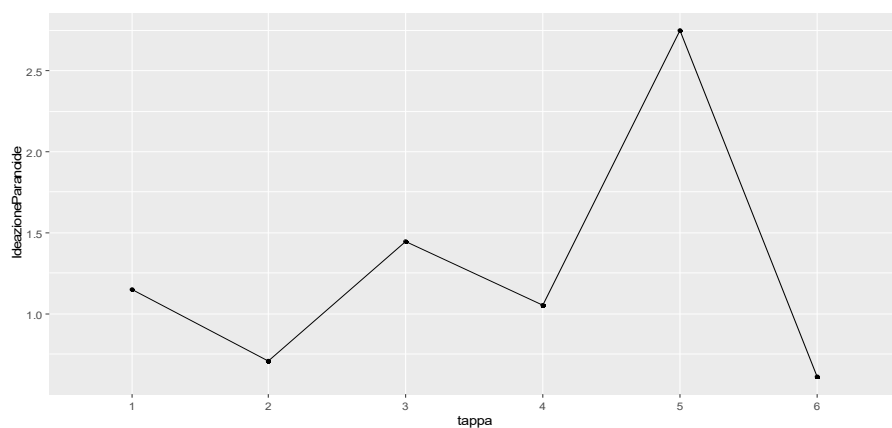
azioni includendo anche uno stato negativo di rabbia che raggruppa aggressività, irritabilità e rancore.

Grafico 15 – Boxplot mixed models Ostilità



L'ideazione paranoide risulta significativa nella tappa5 con .0168 marcando una significativa emersione del pensiero proiettivo, ostilità, sospettosità, grandiosità, riferimento a sé, paura di perdita dell'autonomia e deliri (Swanson, Bohnert e Smith, 1970). Nel *post-hoc*, la tappa5 risulta significativamente maggiore nel confronto con la tappa1, 2, 4 e 6; dunque, quanto rilevato a 36 mesi riporta una condizione significativamente ($p<.05$) più critica di quanto rilevato a 2, 6, 24 e 48 mesi.

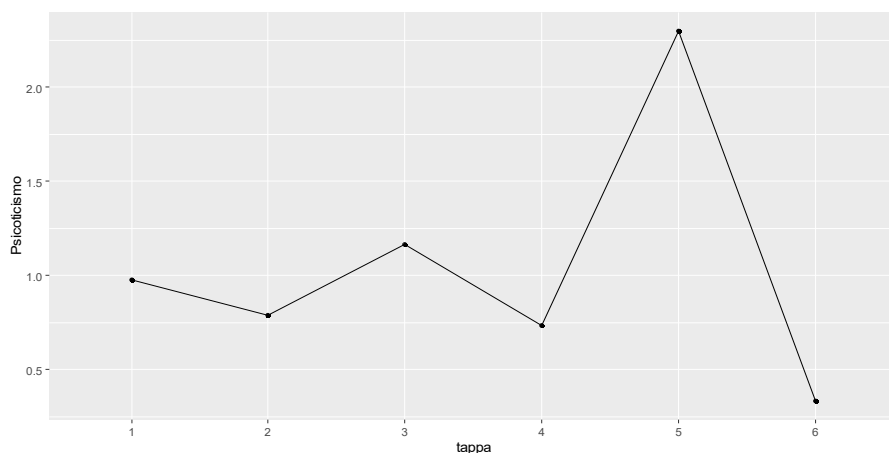
Grafico 16 – Boxplot mixed models Ideazione Paranoide



Lo psicoticismo presenta significatività nella tappa5 con .024 evidenziando come a 36 mesi si sia registrato un aumento significativo di quelli che sono i tratti caratteristici delle dimensioni, quindi uno stile di vita introverso, isolato, schizoide, in presenza in alcuni casi anche di sintomatologia positiva propria della schizofrenia (allucinazioni e disturbi del controllo del pensiero).

In *post-hoc*, è risultato significativo il confronto con le tappe1, 2, 4 e 6; dunque, a 36 mesi emerge un peggioramento della dimensione dello psicoticismo rispetto a quanto rilevato a 2, 6, 24 e 48 mesi, sempre muovendosi all'interno del continuum che oscilla da una moderata alienazione interpersonale fino alla vera e propria psicosi.

Grafico 17 – Boxplot mixed models Psicoticismo



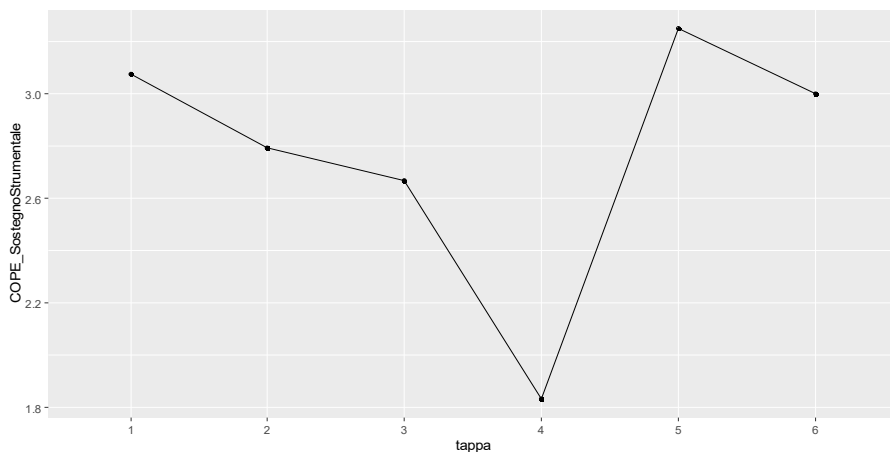
Per quanto riguarda la valutazione degli stili di coping misurati tramite Brief Cope, sono risultate significative le seguenti strategie: il sostegno strumentale, la religione, l'uso di sostanze e l'autocritica.

Il sostegno strumentale ha riportato significatività nella tappa1, che in *post-hoc* risulta significativo in relazione alla tappa4 - .0439, mettendo in luce come ci sia stata una diminuzione tra quanto rilevato a 2 mesi e quanto registrato a 24 mesi nella tendenza a far riferimento ad altri in termini di ricerca di consigli e aiuto in situazioni di difficoltà.

Il ricorso alla religione come strategia rispetto a situazioni di stress, riporta valore .00319 ($p < .05$) in corrispondenza della tappa3, registrando una diminuzione significativa dell'utilizzo della stessa.

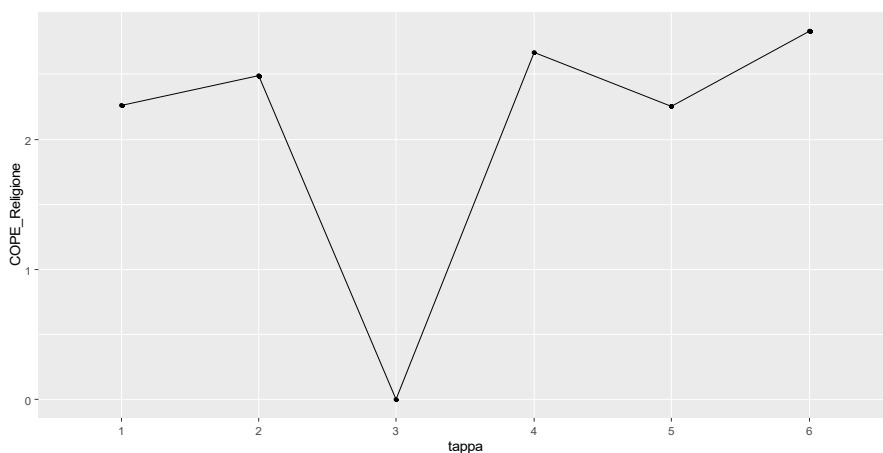
Nel *post-hoc*, il confronto con le tappe1, 2, 4, 5 e 6 risulta significativo, evidenziando come a 12 mesi l'affidarsi alla preghiera e alle proprie con-

Grafico 18 – Boxplot mixed models Sostegno Strumentale



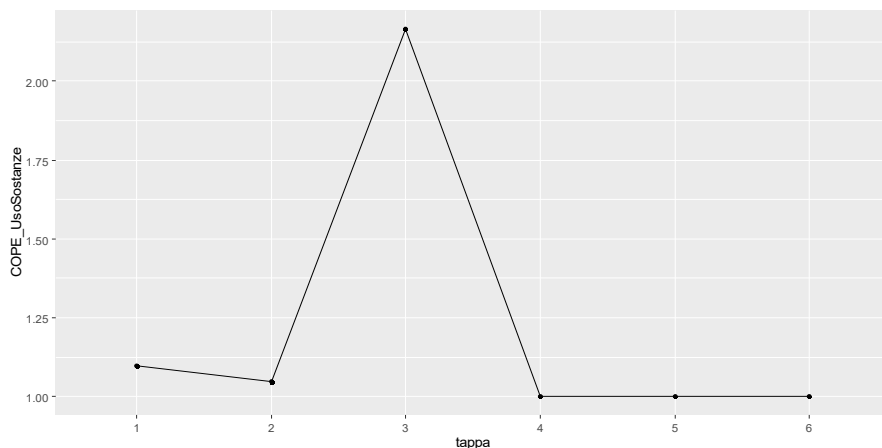
vinzioni religiose sia significativamente distante rispetto all'utilizzo che ne viene fatto nelle altre tappe, che risulta nettamente più massiccio.

Grafico 19 – Boxplot mixed models Religione



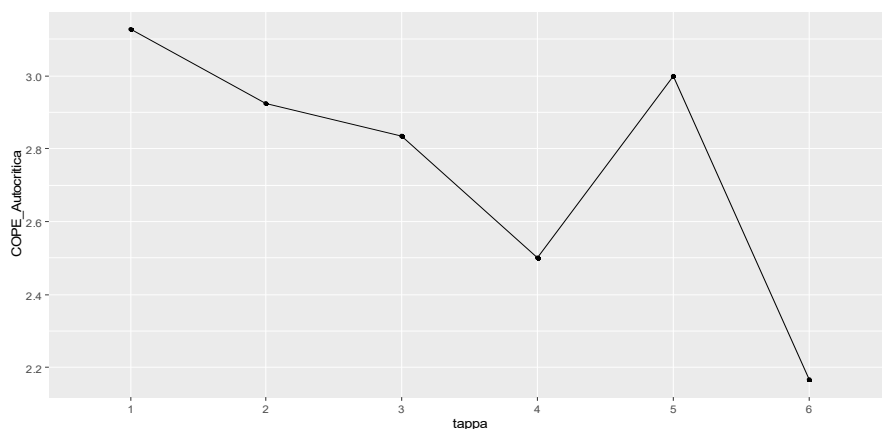
Con valore .0001, l'uso di sostanze in situazioni stressanti risulta significativo nella tappa3, a 12 mesi si registra dunque un aumento significativo del ricorso alla sostanza nel fronteggiamento di situazioni complesse. Nelle analisi *post-hoc*, si riscontra significatività nel confronto con le tappe 1(.0001); 2 (.0001); 4 (.0006); 5 (.0018); 6 (.006).

Grafico 20 – Boxplot mixed models Uso Sostanze.



Per lo stile di coping autocritica, si riporta significatività a 2 mesi con una tendenza ad attribuire a se stessi il verificarsi degli eventi. Nel *post-hoc*, si registra come confronto significativo quello con la tappa6 (.0435) riportando uno scarto nell'impiego della strategia che da 2 a 48 mesi subisce una riduzione importante.

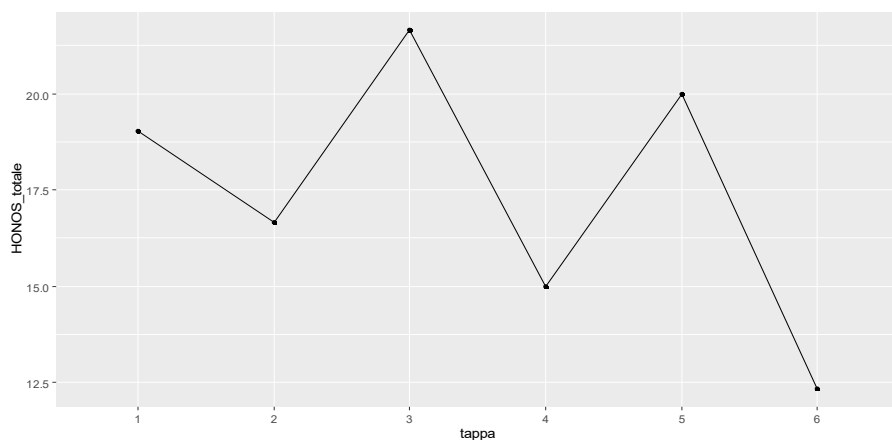
Grafico 21 – Boxplot mixed models Autocritica



Per la scala HoNOS, si ottiene significatività nel punteggio totale alla tappa6 (.0483) che, come si può osservare dal grafico 22, subisce una flessione significativa. Nelle analisi *post-hoc*, il confronto risulta significativo con le tappe 1 (.0478) e 3 (0.342) per cui $tappa6 < tappa1$, $tappa6 < tappa3$; dunque, emerge che a 48 mesi si è rilevata una diminuzione significativa delle criticità

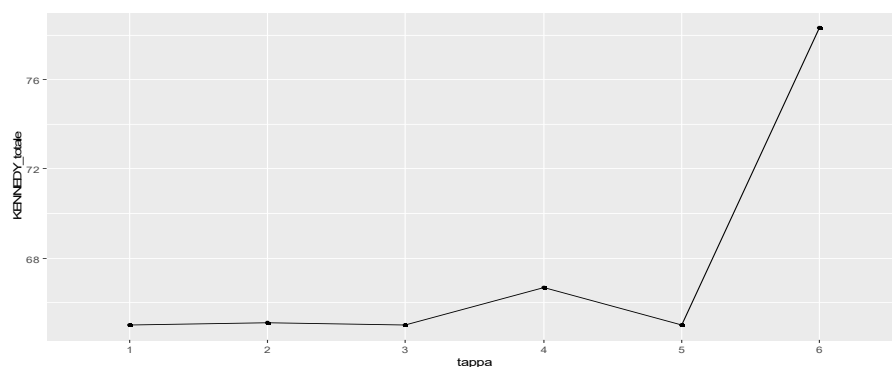
nelle aree indagate quali: problemi comportamentali, problemi legati a menomazioni, problemi legati a sintomi clinici e problemi psicosociali.

Grafico 22 – Boxplot mixed models scala HoNOS totale



Similmente alla scala HoNOS, nella scala Kennedy, si registra significatività alla tappa6 per quanto riguarda il punteggio totale (.0423) e nel confronto a coppie in *post-hoc* risulta maggiore delle tappe 1 (.0424) e 2 (.0438). Emerge dunque un aumento medio nel funzionamento globale dei soggetti a 48 mesi, specialmente nel confronto con quanto rilevato a 2 e 6 mesi; per cui in fase finale del percorso riabilitativo si ha un aumento significativo del funzionamento.

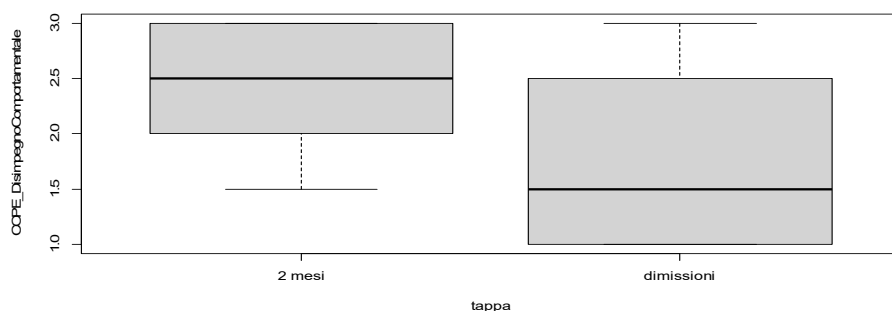
Grafico 23 – Boxplot mixed models scala Kennedy totale



Analisi: database 2

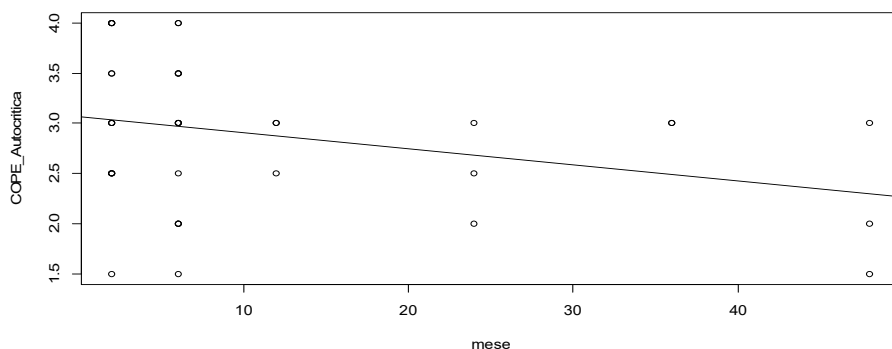
Infine, rispetto alle analisi effettuate sulle dimissioni 2023 che mettono quindi a confronto quanto rilevato all'inizio del percorso riabilitativo e al termine dello stesso, è risultato significativo con .03411 la scala di coping relativa al disimpegno comportamentale, inteso come la rinuncia ad affrontare la situazione complessa che si propone. Dunque, si osserva, tramite *t-test*, una diminuzione significativa dell'utilizzo della strategia sopra descritta nei tempi presi in considerazione.

Grafico 24 – Boxplot Disimpegno comportamentale



Infine, come accennato precedentemente, è stata presa in considerazione una valutazione dell'effetto variabile “mesi” come variabile continua; utile sottolineare che questo è stato fatto anche per la numerosità ridotta delle osservazioni all'interno di una tappa. È emerso dunque come significativo lo

Grafico 25 – Boxplot mixed models Autocritica con variabile “mesi”



stile di coping autocritica (.0497) in *slope* negativa, per cui c'è correlazione negativa tra autocritica del Brief Cope e il tempo per come è stato inteso: al crescere dei mesi diminuisce dunque l'utilizzo dello stile di coping autocritica. Durante il lavoro di riabilitazione, si osserva che andando avanti nel tempo la tendenza ad attribuirsi responsabilità per gli eventi che accadono diminuisce, aspetto chiaramente visibile osservando il grafico 25 in cui la variabile continua va diminuendo mettendo in luce una relazione inversa.

Conclusioni

L'obiettivo di questo lavoro è verificare l'efficacia di un percorso riabilitativo all'interno di un CDSM che propone attività *evidence based* nell'ottica di un processo di *recovery* utilizzando una batteria di test selezionati. La lettura proposta è in una prospettiva dinamica in cui i test sono stati strumenti per veicolare una comprensione del gruppo e dei soggetti in un'ottica di trasformazione di quelle convinzioni che sono state barriera alla loro evoluzione. Dunque, l'acquisizione di abilità attraverso il training non si verifica solamente con l'applicazione delle stesse, ma soprattutto attraverso una consapevolezza del significato che hanno acquisito all'interno della loro vita.

Procedendo con la somministrazione di test – SCL-90-R; Brief Cope; RAS; WHOQOL; scala Kennedy; scala HoNOS –, sono emerse significatività dalle analisi statistiche effettuate nei database di riferimento (il primo relativo ai dati raccolti nel 2023, il secondo rispetto alle dimissioni registrate nel 2023).

Rispetto a quanto misurato dall'SCL-90-R, è emersa significatività in 4 scale: PSDI, la dimensione dell'ostilità, dell'ideazione paranoide e infine dello psicoticismo. Per il PSDI, è risultata statisticamente significativa la tappa6, che nel confronto *post-hoc* ha riportato uno scarto con le tappe1, 2 e 5; questo sottolinea come i soggetti a 48 mesi riportino un disagio percepito rispetto alla sintomatologia nettamente inferiore a quanto registrato a 2, 6 e 36 mesi. Questo dato riflette il lavoro che viene fatto all'interno del CDSM nell'ottica di accettazione della propria sintomatologia: se all'inizio del percorso viene riportato un profondo disagio rispetto ai sintomi che si percepiscono nella massima egodistonia; a 48 mesi si osserva una diminuzione della difficoltà iniziale a vivere la dimensione sintomatologica. Nella fase più avanzata del percorso, l'esperienza riabilitativa ha lavorato ed è intervenuta sulla normalizzazione del sintomo e sul depotenziamento dell'aspetto terribile della sintomatologia che si teme possa riapparire. Ciò che è possibile osservare è la compiuta integrazione della sintomatologia nella vita, che non

costituisce più un elemento esterno su cui non si ha potere d'azione. È bene però sottolineare che interiorizzare la sintomatologia come parte del proprio vissuto e della propria quotidianità non si risolve in modo lineare nel cambiamento, perché il sintomo continua ad avere un'incidenza nella vita dei soggetti; ma quello che la diminuzione nell'indice globale PSDI mette in luce, è la capacità sviluppata di riconoscere i sintomi e nominarli, aspetto che riduce notevolmente il disagio rispetto agli stessi.

È inoltre molto interessante la significatività delle 3 scale che indagano l'ostilità, l'ideazione paranoide e lo psicoticismo: in tutte, si registra significatività alla tappa5 che nel confronto post-*hoc* si distanzia dalle prime due tappe (2 e 6 mesi) e da quella finale (48 mesi). A 36 mesi, dunque, si registra un aumento significativo di sentimenti, pensieri relativi a rabbia, aggressività e rancore; un ritiro schizoide più marcato o incremento della sintomatologia positiva; pensiero proiettivo più persistente, maggiore sospettosità, grandiosità e riferimento al sé con possibili deliri e paura di perdita dell'autonomia. Questo sembra riflettere il procedere del percorso riabilitativo che nelle prime fasi si struttura sull'accoglienza, permissività e disconferma di credenze erranee senza sollecitare aree scomode; addentrandosi invece nel processo di *recovery*, si giunge al momento in cui le richieste aumentano e spesso vengono scomodate aree che risultano più difficili da smussare. Di fronte alla richiesta di cambiamento, subentra inevitabilmente uno stato di regressione che può essere considerato propedeutico e necessario al cambiamento successivo; è proprio la resistenza che emerge che simboleggia l'approdo a un punto focale del percorso. Se dunque gli individui si sentono richiamati al cambiamento, reagiscono con una regressione che riporta in campo la sintomatologia diventando esplicitazione della difficoltà percepita ma anche manifestazione di star lavorando proprio sulle difese più strutturate che si oppongono alla *recovery*. Si fa riferimento alla fatica dell'utenza nell'affrontare i cambiamenti, si tratta di soggetti che leggono la realtà in maniera distorta e persecutoria per cui serve un lavoro di ristrutturazione della percezione della realtà che viene vissuto come estremamente faticoso. Si consideri inoltre il vissuto di fallimento che si portano dietro e per cui il cambiamento di paradigma richiede risorse psichiche ed emotive che necessitano tempo per dare risultati. Non è casuale che siano risultate significative proprio le 3 scale che meglio descrivono il tipo di utenza accolta dal CDSM e che fanno riferimento alla sintomatologia dell'area psicotica.

Per quanto riguarda invece gli stili di coping misurati tramite Brief Cope, sono risultati significativi quello relativo al sostegno strumentale, alla religione, all'uso di sostanze e all'autocritica. Relativamente all'utilizzo del sostegno strumentale, emerge come significativo a 2 mesi il riferirsi agli altri,

al chiedere aiuto e supporto che, nel *post-hoc*, risulta nettamente diminuito a 24 mesi. Questo aspetto si riconduce alla tendenza dell'utenza ad appoggiarsi all'esterno di fronte a situazioni complesse contrastando la spinta all'autonomia, nonché aspetto cardine del lavoro che viene fatto all'interno del CDSM. I dati, dunque, suggeriscono che il percorso riabilitativo sembra lavorare verso la riduzione della tendenza alla dipendenza che contraddistingue i soggetti in esame.

Se si considera invece la religione come stile di coping in un'ottica che include non qualcosa di strettamente spirituale ma fa riferimento a qualcosa di "magico" che interviene esternamente e solleva dalla responsabilità di farsi carico di quanto accade, allora si nota come a 12 mesi ci sia una riduzione significativa dell'impiego di questa strategia. Dunque, i soggetti, in corrispondenza della tappa3, sentono di poter abbandonare questa credenza in quanto il percorso riabilitativo li mette nella condizione di prendere consapevolezza di vari aspetti della propria malattia mentale senza però avanzare alcun tipo di richiesta rispetto al cambiamento. Quando invece subentra l'aspetto più richiestivo e sfidante, allora si assiste a una regressione – sempre in linea con una fatica di base che ancora al sintomo – che riporta a un reimpiego della strategia rimettendo il soggetto in una condizione di appoggio che delega all'esterno.

Per quanto riguarda l'uso di sostanze, emerge significatività in corrispondenza della tappa3 che in *post-hoc* si distanzia dalle tappe1, 2, 5 e 6; si tratta di un dato singolare che non sembra avere un riscontro diretto rispetto alla clinica osservata ma che pone sicuramente un interrogativo: si fa riferimento a un tipo di utenza non primariamente connotato per il ricorso alla sostanza in concomitanza di eventi complessi. Il dato potrebbe far riferimento piuttosto alla terapia farmacologica assunta e a un cambio della stessa: spesso può accadere che i farmaci vengano utilizzati come strumento di regolazione di stati interni intollerabili; si tratta quindi sempre della tendenza a scaricare all'esterno la responsabilità di ripristinare un equilibrio interno piuttosto che assumersi l'autorità della malattia.

Infine, per l'autocritica come stile di coping, la significatività a 2 mesi dall'ingresso si connette al *post-hoc* con i risultati ottenuti a 48 mesi descrivendo proprio l'andamento da una fase iniziale del percorso a un momento piuttosto avanzato; la tendenza ad attribuire a se stessi il corso degli eventi diminuisce notevolmente con il procedere del percorso riabilitativo.

Se inizialmente si può osservare uno spostamento massiccio della responsabilità all'esterno che potrebbe essere tradotto in "gli altri sono cattivi", durante il percorso si può giungere anche alla posizione diametralmente opposta di "io sono cattivo"; allora il lavoro riabilitativo prende vita nel momento

in cui si media in questa oscillazione e si transita verso una maggiore responsabilizzazione e consapevolezza rispetto al fatto che di fondo c'è una corresponsabilità nella storia di malattia e riconoscerne le parti significa riposizionarsi e permettersi di procedere nel percorso di *recovery* mediante un lavoro di rivalutazione dell'immagine di sé.

Per concludere, quanto emerso significativo per scala HoNOS e Kennedy restituisce lo stesso quadro: con una significatività in tappa6 per la HoNOS, che in *post-hoc* con tappe1 e 3 porta un confronto significativo, si nota una riduzione della problematicità complessiva che a 2 mesi era stata rilevata dall'équipe e che a 48 mesi si riduce significativamente. Allo stesso modo, per la scala Kennedy si rileva significatività in tappa6 che in *post-hoc* si confronta con tappe1 e 2: a 48 mesi si hanno punteggi significativamente più alti di quanto registrato a 2 e 6 mesi, dunque il funzionamento dei soggetti appare migliorato rispetto al punto di partenza. Questi dati, dunque, restituiscono un'immagine di individui che durante il lavoro di riabilitazione raggiungono progressi nelle varie aree di vita e nel funzionamento complessivo della propria persona.

Come sostenuto dalla United States Psychiatric Rehabilitation Association (2007), la riabilitazione psichiatrica ha come scopo quello di aiutare gli utenti a sviluppare tutta una serie di abilità che gli permettano di accedere alle risorse di cui necessitano per migliorare le possibilità di essere soddisfatti negli ambienti di vita, lavoro, studio e contesti sociali di loro scelta e quanto emerso da queste analisi sembra confermare il tipo di lavoro fatto.

Allo stesso tempo però, è parso controverso il fatto che non sia emersa alcuna significatività in corrispondenza della RAS, questo dato permette di innescare una riflessione circa la consapevolezza che l'utenza ha rispetto al percorso che ha in atto, quanto viene riconosciuto il processo e il lavoro fatto, ma allo stesso tempo riporta sempre al movimento lento che in termini di cambiamenti i soggetti fanno fatica a innescare. Riflessione che si applica anche a WHOQOL che misura la qualità di vita: in nessuna delle aree è stata rilevata significatività; questi dati sicuramente stimolano a una ripetizione futura delle analisi per osservare, anche attraverso un campionamento più ampio e più protratto nel tempo, eventuali cambiamenti e/o conferme.

In generale però, è bene sottolineare che anche se non raggiungono la significatività statistica si possono osservare oscillazioni che dimostrano un movimento di fondo.

Quello che però si può notare, è una significatività generale a 48 mesi per la maggior parte dei test: questo dato mette in luce come il cambiamento, per questo tipo di utenza, sia particolarmente lento e accidentato, la fatica e la resistenza al cambiamento rimangono punti cardine; per cui, pensare di otte-

nere significatività nei test in tempi brevi o cambiamenti evidenti nella clinica nelle prime tappe del percorso riabilitativo, sembra non rispecchiare l'andamento naturale di questa utenza specifica, anzi sembra forzare verso una direzione che si discosta da ciò che si vuole osservare.

In conclusione, il lavoro fatto all'interno del CDSM con attività *evidence based* e di gruppo si è servito dell'utilizzo di test per ottenere dati statistici che facessero emergere l'andamento e il processo, ma che sono stati poi utilizzati come punto di partenza per osservare un lavoro più ampio. Di fatto, si osserva un movimento che rispecchia un cambiamento promosso e veicolato dal gruppo che ha un ruolo attivo nell'evoluzione, si tratta dunque di un processo che, partendo dall'individuo, ha coinvolto poi le dinamiche createsi nel gruppo e di riflesso ha posto interrogativi all'équipe rispetto al loro approccio. Infatti, l'équipe stessa si è trovata a confrontarsi con dei risultati che non rispecchiavano quanto loro si aspettavano dal lavoro.

Questo è stato utile per riflettere rispetto a un'ottica che tende a focalizzarsi su aspetti singoli slegati dall'insieme e che favorisce una parcellizzazione del singolo; in questo modo si penalizza e limita una lettura più ampia che può invece restituire una visione complessa tenendo insieme i movimenti individuali nel gruppo e quelli del gruppo stesso. Tutto ciò ha innescato quindi un ritorno per l'équipe di lavoro che è stata assorbita dalle dinamiche attivate e che è stata costretta a riflettere sul proprio ruolo e su come la cura del gruppo passi attraverso la cura delle attività che non possono semplicemente orbitare ma devono acquisire un senso nel percorso riabilitativo. Ciò che ha permesso di allargare il campo d'azione è stato assumere la consapevolezza che focalizzarsi su quanto portato esclusivamente dal singolo risulta parziale, in quanto acquisisce significato e pregnanza nel momento in cui viene inserito in un movimento che coniuga più aspetti ed elementi portati dal gruppo; in questo modo si può osservare cosa sta realmente succedendo e se la direzione intrapresa è valida.

L'utilizzo di test si configura quindi come strumento all'interno di un lavoro di matrice più ampia che si pone l'obiettivo di osservare il movimento verso il cambiamento di soggetti che, all'interno di un CDSM, fruiscono di un servizio ma allo stesso tempo vivono quel servizio nella relazione di gruppo.

Questi dati permettono dunque di prendere atto dell'efficacia di certi interventi ma aprono anche a nuove considerazioni e futuri lavori per implementare ciò che ancora risulta poco approfondito, in un'ottica volta sempre a fornire strumenti perché gli individui si ingaggino in un processo di *recovery*.

Riferimenti bibliografici

- Anthony W.A., Cohen M.R., Farkas M. e Gagne C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation*. 2nd ed. Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Barbato A. (2006). Psychosocial Rehabilitation and Severe Mental Disorders: a Public Health Approach. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5, 3: 162-3.
- Carozza P. (2006). *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*. Milano: FrancoAngeli, 2016.
- Davidson L. (2012). *Il Recovery in psichiatria*. Trento: Erickson.
- Kennedy J. (2007). *Il funzionamento del paziente psichiatrico: manuale di valutazione. Verso un nuovo Asse V del DSM*. Milano: Raffaello Cortina.
- Siani R., Siciliani O. e Burti L. (1991). *Strategie di psicoterapia e riabilitazione. Gli psicotici e il servizio psichiatrico*. Milano: Feltrinelli.
- Silva P.A., Soares S.M., Santos J.F. e Silva L.B. (2014). Cut-off Point for WHOQOL-bref as a Measure of Quality of Life of Older Adults. *Revista de Saude Publica*, 48, 3: 390-397.
DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048004912
- Spivak M. (1987). Introduzione alla riabilitazione sociale: teoria, tecnologia e metodi di intervento. *Riv. Sperim. Freniatria*, CXI, 3: 522-574.
- Swanson D.W., Bohnert P.J. e Smith J.A. (1970). *The Paranoid*. Boston: Little, Brown & Company.