

ALMA MATER STUDIORUM – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

**DOTTORATO DI RICERCA IN PSICOLOGIA GENERALE E CLINICA
XXV CICLO**

Settore Concorsuale di afferenza: 11/E4

Settore scientifico-disciplinare di afferenza:

M-PSI/08 Psicologia Clinica

An exploration of empowerment of a forensic mental health service

Presentata dalla Dott.ssa Eglantina Dervishi

Coordinatore Dottorato

Chiar.ma Prof.ssa Piera Carla Cicogna

Relatore

Chiar.mo Prof. Giovanni De Plato

Esame Finale Anno 2013

Indice

Capitolo 1. Generalità sul concetto dell'empowerment

1.1	Introduzione	5
1.2	Il movimento dell'empowerment	6
1.3	Definizione dell'empowerment	8
1.3.1	Etimologia dell'empowerment	14
1.4	Il potere nell'empowerment	16
1.4.1	Teorie sul concetto di potere	18
1.4.2	Foucault e le dinamiche del potere	24
1.4.3	Il potere psichiatrico in Foucault	26
1.5	“L’istituzione totale” e l’empowerment	28
1.6	L’empowerment e i servizi di comunità	34

Capitolo 2: La psichiatria dei servizi e l'empowerment psicologico

2.1	L’empowerment psicologico della persona	37
2.2	I concetti di base dell’empowerment psicologico	38
2.3	Fattori empowering e fattori disempowering	45
2.3.1	Fattori empowering	46
2.3.2	Fattori disempowering	49
2.4	L’empowerment nei pazienti gravi	53
2.5	L’empowerment nell’equipe	58

Capitolo 3: Disegno di ricerca e risultati

3 Introduzione

3.1 Obiettivi generali e ipotesi	63
3.2 Metodo	65
3.3 Campione	67
3.3.1 Criteri di inclusione	71
3.3.2 Procedure	72
3.4 Raccolta dei dati	73
3.4.1 L'empowerment scale	73
3.5 Considerazioni etiche	77
3.6 Metodo statistico	77
- Risultati	79
- Discussioni	130
- Conclusioni	143
- Bibliografia	145
- Ringraziamenti	157

CAPITOLO I

Generalità sul concetto dell'empowerment

1.1 Introduzione

La riabilitazione é un processo importante nell'ambito psichiatrico. Il metodo della riabilitazione é stato un percorso di forti cambiamenti che oggi hanno portato ad una maggiore considerazione del paziente-cliente. Questa maggiore considerazione determinerebbe il successo o insuccesso del percorso riabilitativo. Tuttavia questo presupposto non é sempre rispettato, soprattutto se esploriamo il processo di riabilitazione dentro un ospedale psichiatrico giudiziario, come quello preso in considerazione per questa tesi.

Si vuole analizzare in questo studio la condizione di “empowered” come uno stato personale che aiuta il processo di riabilitazione in psichiatria. L'empowerment é un concetto assai astratto, ma molto in uso in alcuni gruppi svantaggiati, nei quali diventa un elemento chiave per produrre un cambiamento nella loro vita.

Una definizione di Empowerment é:

Il processo personale e politico per mezzo del quale gli utenti (consumers) della salute mentale ottengono convalidazione e reintegrano il loro senso di dignità é un valore” (McLean, 1995).

La nuova psichiatria fa uso di mezzi e strumenti di interventi che sono promotori dell'empowerment dei pazienti-clienti. Questo approccio negli anni novanta divenne “un tratto caratteristico delle professioni di aiuto” (Barnes e Bowl, 2003).

Si può parlare di empowerment in psichiatria, e specificamente dentro a un O.P.G.? Non é facile realizzare il processo di empowerment in un ambiente che é sfavorevole a una serie di interventi terapeutici, per il fatto che la sicurezza é un elemento decisivo e importante del funzionamento delle strutture di un'istituzione totale (Goffman).

Si puo' dire che l'empowerment é un elemento importante dentro ad un O.P.G, sia per lo staff che per i pazienti/pregiudicati. In questa tesi di cercherà di esplorare più a fondo questo elemento per meglio comprendere quali sono i fattori che determinano una condizione di

maggiore empowerment e l'efficacia degli interventi di empowerment nella struttura oggetto di studio.

Un O.P.G. é “un istituzione totale” e può essere definito come il luogo di residenza e di lavoro di persone che – tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo – si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato (Goffman, 1961). In queste istituzioni totali le persone che ci vivono cercano di adattarsi per poter andare avanti.

1.2 Il movimento dell'empowerment

“Dichiarazione universale dei diritti umani dell'uomo

Art.5 Nessun individuo potrà essere sottoposto

a trattamenti o punizioni crudeli, inumani o degradanti”

Il luogo di nascita di questo concetto é stato il Regno Unito laddove la Magna Carta Libertarume l'Harbeas Corpus erano consolidata da tempo. Nel 1845, l'Alleged Lunatic's Friends Society fondato da John Percival ed altri costituisce il primo sforzo organizzato per poter conseguire un cambiamento, nel riformare le strutture manicomiali e il sistema di assistenza (Barns e Bowl; (2003).

Lo stesso Percival e altre organizzazioni appartenenti alla nobiltà inglese, avrebbero narrato le proprie infelici esperienze nei manicomi, ponendosi in posizione critica verso i neonati servizi di psichiatria. Nobili inglesi fondarono nel 1913 la “Cental Association for Mental Welfare” finalizzata a promuovere servizi gestiti da volontari. Nel 1950 alcuni contenuti riferibili all'empowerment iniziano a comparire nella letteratura specialistica, Geller nel 2000 sostiene che già nel primo volume della rivista Psychiatric Service era incluso un articolo riguardante un club formato da pazienti, ex-pazienti, e familiari e uno su un organizzazione di familiari conosciuta come “Gli amici dei malati di mente”. Parte della missione di questo gruppo di amici era di cercare di ottenere atti legislativi favorevoli alla introduzione di migliori trattamenti (Stratico, 2009).

Dall'inizio degli anni '60, prevalentemente negli USA, “empowerment” é stata spesso la parola d'ordine di gruppi sociali (neri, donne, “matti”, ecc.) che rivendicavano il rispetto e

riconoscimento della propria identità, la fine della discriminazione e i loro diritti. Nella decada successiva la cultura dell'empowerment non fu appannaggio pressoché esclusivo di minoranze svantaggiate, poiché i suoi contenuti vennero generalizzati nel campo delle organizzazioni, del management, della ricerca sulla qualità totale con l'enfasi sulla centralità e la soddisfazione del cliente, della medicina, della pedagogia, della psicologia; va segnalato che è proprio in quest'ultimo ambito che sono stati prodotti i primi articoli che hanno fondato il moderno concetto, in particolare nelle discipline "psico". Fra tutti i lavori pubblicati citiamo quello pubblicato da Zimmerman (1990). L'empowerment viene definito da Stratico (2009) come un grido di libertà, e confronto con le istituzioni della psichiatria, di individui singoli e/o associati per ottenere le migliori condizioni di trattamento.

Gli anni settanta videro specie in USA, gruppi di ex-pazienti auto definiti "sopravvissuti" (survivors) all'esperienza manicomiale, contrapporsi frontalmente alla psichiatria ufficiale, in un contesto politico-culturale caratterizzato da una forte espressione dei vari movimenti di liberazione, che continuarono l'opera di rivendicazione già iniziata negli anni sessanta.

Si consolidarono le pratiche di self-help e alcuni piccoli gruppi locali riuscirono a dar vita ad organizzazioni importanti come la National Alliance of Mental Patients, che cominciarono a diffondere i servizi gestiti dai consumers. La produzione e il controllo dei servizi da parte di chi gli usava venne considerato "il primo dei principi filosofici dell'ideologia dell'empowerment" (McLean,1995), poiché quei servizi erano ritenuti al tempo gli unici in grado di essere culturalmente e operativamente alternativi a quelli dei "professionals", e in quanto tali furono" gli unici in grado di garantire il "vero" empowerment (Stratico, 2009).

Negli anni '80 – e '90 le nuove associazioni dei consumers portarono avanti l'evoluzione dei diritti e adottarono un servizio che doveva lavorare all'interno del sistema dei servizi di salute mentale. Nella seconda metà degli anni '90 divenne evidente (Mc Lean,1995) che molti servizi gestiti da "non professionals" erano non solo ben lunghi d'essere empowering, ma anzi riproponevano logiche di dominio e controllo che arrivavano fino all'oppressione: una tagliante testimonianza personale al riguardo ci viene da Gibson-Leek (2003)¹. La "scoperta" denunciata

1 Diversamente, Corrigan (2006) sulla base di uno studio che ha coinvolto 1.824 persone con disabilità psichiatrica, riconosce ai consumers-operated services nella forma di supporto fra pari, buone capacità dirisposta nelle dimeensioni dell' empowerment e dell'asesment della recovery.

da Mc Lean contribuì non poco a consolidare quella correzione di rotta già visibile nel decennio precedente : molti leader ed associazioni “sotterrano l’ascia di guerra “ bandita contro la psichiatria nei decenni precedenti per stimolare un lavoro innovativo : si può citare fra tanti Fisher, diagnosticato schizofrenico in gioventù, poi divenuto psichiatra e Direttore del “National Empowerment Center” in America che, nel 1994, affermò: “il nostro processo di guarigione basato sull’ empowerment richiede un sistema di produzione di salute che stimoli la responsabilità e il “self-help”. Questa posizione é tuttora ampiamente condivisa dal mondo associativo, che si apre a nuove azioni e da quello dei servizi psichiatrici che legittima gli operatori ad adottare la prospettiva dell’empowerment, posizione ampiamente condivisa dai consumers direttamente interessati. Il lavoro di Fisher, insieme alla approvazione che ne é derivata rende senza fondamento la critica rivolta ai professionisti da McLean (2000) quando scrive: “Con l’assorbimento di un concetto anti egemonico nel proprio vocabolario, e con l’inclusione dell’empowerment fra gli approcci del servizio,” l’industria della salute mentale ha inavvertitamente manovrato per trasformare un concetto politico in uno che possono con sicurezza controllare e promuovere “.

Per concludere l’excursus si fa riferimento a Geller, che gli anni ‘90 sulla base del lavoro di Rogers et. al del 1997 riuscì a definire e a rendere operativo il costrutto dell’empowerment dal punto di vista degli utenti e di costruire e validare una scala per misurarlo in vari contesti (Stratico, 2009).

1.3 Definizione dell’empowerment

Il concetto forte, di fondo, con cui si é interpretata l’iniziativa e questa ricerca, é stato quello di *empowerment*. Con questo termine ci si riferisce allo sviluppo di una maggiore padronanza sulla propria vita, alla Capacità di affermare i propri diritti e di partecipare alle scelte e alla programmazione dei servizi. In termini meno politici e ideologici, esso riferisce allo sviluppo delle potenzialità partecipative, espressive e decisionali dei soggetti.

La cultura dell’empowerment in Psichiatria é volta alla promozione del passaggio dall’ ”uomo-paziente” all’ “uomo-agente”: ossia di “una persona (...) che vuol determinare (al maggior grado possibile) le proprie scelte di vita assumendosene le responsabilità, che si impegna anche con altri per raggiungere obiettivi personali e/o collettivi, incluso quello di affrancarsi dalla cronica dipendenza dall’assistenza pubblica” (Straticò et al., 2002).

Gli stessi autori, inoltre, citando Mc Lean (1995), descrivono l'empowerment come "il processo personale e politico per mezzo del quale gli utenti della Salute Mentale ottengono convalidazioni e reintegrano il loro senso di dignità e valore". Tra gli strumenti riconosciuti validi al raggiungimento della condizione *empowered* vi è innanzitutto "l'erogazione di trattamenti di provata efficacia negoziati con il paziente, in particolare quelli che consentono l'aumento delle Capacità di coping (fronteggiamento), e di auto - monitoraggio della propria salute" (Straticò, op.cit.,25). Per precisare ulteriormente lo spirito generale del lavoro si potrebbe ricorrere ad espressioni forse un po' inflazionate e spesso ancora lontane dall'identificazione di una prassi corretta, come quella, di cultura della salute, che ha individuato nella umanizzazione e personalizzazione delle cure i propri valori etici. Analoghi concetti risultano più accessibili se si utilizza una terminologia più consona agli addetti ai lavori dell'ambito psicologico e se si parte da presupposti quali:

a) il nostro sviluppo di esseri umani non può prescindere dall'ambiente, nel senso più ampio del termine:

b) il nostro rapporto con l'ambiente non è deterministico, né causalistico, ma assolutamente dinamico: mente e mondo sono separati da una linea di confine più o meno spessa, permeabile: il nostro apparato percettivo- motorio. "A questa restituzione della corporeità giunge oggi la ricerca dei neuro-fisiologi Maturana e Varela, che ripensano l'idea di conoscenza a partire dall'organismo vivente inteso come auto-poietico"(Fiorani, 1998):

c) il nostro corpo inizia dove incontra sensorialmente quello dell'altro.
"Ne consegue che la Capacità di sentirsi in grado di influenzare l'ambiente è strettamente collegata all'esperienza interna della nostra oggettualità, che, a sua volta, ha contribuito a dare un'interpretazione dell'ambiente stesso. Per continuare ad essere radicali: *malattia* può considerarsi, allora, tutto ciò che si frappone a questo fluire di risonanze e corrispondenze, ciò che polarizza e nega connessioni (cervello-ambiente, sé-altro, ecc...); *salute* ciò che ha, diversamente da quanto citato, un presupposto etico; *cura*, infine, ciò che contribuisce a ripristinare e mantenere quanto ci caratterizza fundamentalmente come *umani*. Si è voluto conservare il tono assertivo delle affermazioni precedenti, per evidenziare come alcune indiscutibili, condivisibili verità possano lasciare intravedere un lato profondo nella loro fattiva applicazione" (Palena, 2006).

Noi sviluppiamo la percezione profonda di noi stessi, di individui distinti, autonomi, attraverso il costante confronto tra ciò che ci accomuna, ci riconosce e ciò che ci differenzia: la patologia fondamentale rende inaccettabile, contuso o totalizzante, e quindi paralizza, questo processo dinamico. Ancora una volta, uno dei più classici concetti psicoanalitici, ci ripresenta l'inevitabile legame con l'altro, le fondamenta della socialità dell'essere umano, da cui non si può prescindere (Palena, 2006).

Possiamo trovare delle connessioni tra sviluppo psichico individuale e sviluppo di progressive competenze sociali così come sono riassunte dal concetto dell'empowerment. Zimmerman (2000) che sottolinea tre livelli di analisi i quali anche se descritte separatamente, sono strettamente interconnessi: l'empowerment individuale, organizzativo e di comunità. Essi sono livelli interdipendenti e ognuno è causa e nello stesso tempo conseguenza dell'altro.

1. L'empowerment psicologico scaturisce dalla combinazione di tre principali componenti dell'empowerment:

- a. la *componente interpersonale*, ossia il **controllo percepito** e le credenze relative alla Capacità di influenzare le decisioni che riguardano la propria vita.
- b. la *componente interazionale*, ossia la **consapevolezza critica**, la Capacità di comprendere e analizzare il proprio ambiente sociale e politico che include la Capacità di comprendere quali siano gli agenti causali (quelli con potere autorevole), le loro risorse, i loro rapporti con il problema in questione, nonché i fattori che ne influenzano le decisioni.
- c. la *componente comportamentale*, ossia la **partecipazione**, cioè il tentativo di esercizio del controllo con un coinvolgimento di diversi individui.

2. L'empowerment organizzativo include i processi e le strutture organizzative che aumentano la partecipazione dei membri e migliorano l'efficacia dell'organizzazione nel raggiungere i propri scopi. Un'organizzazione che dà l'opportunità ai propri membri di aumentare il controllo sulla propria esistenza è definita organizzazione "empowering"; un'organizzazione che si sviluppa con successo e che influenza le decisioni politiche è definita un'organizzazione "empowered". Queste caratteristiche possono essere entrambi presenti in un'organizzazione.

3. L'empowerment di comunità attiene all'azione collettiva finalizzata a migliorare la qualità di vita e alle connessioni tra le organizzazioni e tra le agenzie presenti nella comunità. Attraverso l'empowerment di comunità si realizza la "comunità competente" (Iscoe, 1974) nella quale i cittadini hanno "le competenze, la motivazione e le risorse per intraprendere attività volte al miglioramento della vita" (Zimmerman, 2000).

La cultura dell'empowerment ha trovato implementazione concettuale ed applicazione pratica in molteplici ambiti disciplinari nonostante le critiche che vengono rivolte da alcuni gruppi nei confronti dell'empowerment. Tra questi il termine "buzz-word", letteralmente "parola con rumore di fondo", che si riferisce ad un concetto-ombrello o ad un'idea elusiva (Clark & Krupa, 2002). Marland & Marland (2000) lo definiscono come una "retorica senza senso". Potrebbe essere corretto tuttavia pensare che la teoria dell'empowerment nasce proprio da questo particolare modo di pensare, il che rende molto utile nelle pratiche di interventi sui consumatori e le strutture di salute mentale in generale.

Un'altra definizione di empowerment è fornita da Anthony e colleghi (2003) che fa riferimento al termine "riabilitazione": "La riabilitazione viene definita dalla sua finalità diretta ad aiutare le persone con disabilità ed aumentare la loro Capacità di funzionare con successo e di essere soddisfatte nell'ambiente della loro scelta con la minor quantità possibile di intervento professionale". In tale definizione si evidenziano anche i punti cruciali dell'intervento che sono quelli di sviluppare i punti di forza di una persona, delle sue potenziali risorse considerate fondamentali per recuperare la Capacità di vivere all'interno della comunità.

Non preferiamo utilizzare il termine empowerment nella nostra indagine, perché esso rappresenta in sé una soggettività che mette insieme molte dimensioni e livelli.

Una definizione proposta da Wallerstein (2006) contempla oltre all'aspetto psicologico anche quello organizzativo e di comunità introducendo un costrutto multi-livello, concetto che è stato proposto originariamente da Rappaport (1984): L'empowerment è un processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulla propria vita, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità

e la qualità della vita (Wallerstein, 2006). Nella sua analisi Wallerstein sottolinea una serie di caratteristiche dell'empowerment;

1. l'empowerment può essere interpretato sia come processo e sia come risultato (Swift & Levine; 1987).
2. l'empowerment é un concetto orientato all'azione con lo scopo di rimuovere gli ostacoli formali ed informali e trasformare le relazioni di potere tra le comunità, le istituzioni, ed il governo. Si basa sull'assunto che gli assetti culturali della comunità sono rafforzati attraverso il dialogo e l'azione (Freire, 1970).
3. l'empowerment si specifica rispetto alla cultura, alla società e alla popolazione e quindi **richiede che l'azione sia calata nel contesto locale.**
4. l'empowerment é una interazione dinamica tra l'acquisizione di maggiori competenze interne e il superamento degli ostacoli esterni per accedere alle risorse (Speer & Hughey, 1995; Wallerstein , 2006).

Una classificazione dell'empowerment é stata proposta da Cox & Parsons (1994), nella quale si afferma che le strategie d'intervento finalizzate all'empowerment si collocano lungo un continuum, che va dal livello individuale a quello socio-politico. In base al focus dell'intervento é possibile distinguere quattro dimensioni:

- a- Dimensione personale
- b- Dimensione interpersonale
- c- Dimensione micro-ambientale e organizzativa
- d- Dimensione macro-ambientale e sociopolitico

Questa classificazione é particolarmente interessante per il fatto che all'interno di un quadro concettuale si cerca di ricomporre due diversi approcci alla promozione della salute: - quella "bottom up" che contrasta l'empowerment di comunità da quello "top down" che caratterizza le campagne di prevenzione di sanità pubblica (Laverack & Labonte, 2000).

Per comprendere la multidimensionalità del costrutto di empowerment é necessario riflettere sulla complessità dell'essere umano.

Dobbiamo prendere atto che ogni essere umano costituisce in se stesso un cosmo. Esso comprende le sue molteplicità interiori, caratteristiche personali , una poli - esistenza del reale e

dell'immaginario, il sonno e la veglia, l'obbedienza e la trasgressione, l'ostentato e il segreto, etc. Ognuno contiene in sé galassie di sogni e fantasmi, impulsi insoddisfatti di desideri e amori, abissi di disgrazia, immensità di indifferenza congelata (Morin, 2002).

Sempre più spesso l'empowerment viene inteso come un processo di cambiamento (Cornell Empowerment Group,1989). Mc Clelland (1975) ha suggerito che per consentire alle persone di avere un maggiore controllo sulle proprie vite é necessario acquisire informazioni su se stessi e sul proprio ambiente e essere disposti a lavorare con gli altri per il cambiamento.

In una simile direzione vienedefinito l'empowerment come “un processo interattivo attraverso il quale l'esperienza personale e il cambiamento personale delle persone consentono di agire per ottenere influenze sull'organizzazione e istituzioni che riguardano le loro vite e le comunità in cui vivono (Whitmore, 1988).

Keiffers esamino l'empowerment in un studio empirico, e lo definisce come un processo di sviluppo che comprende quattro fasi:

- Ingresso (entry)
- Promozione (advancement)
- Costituzione (incorporation)
- Impegno (commitment)

La fase d'ingresso sembra essere motivata dall'esperienza del partecipante di qualche evento o condizione di minaccia al sé o alla famiglia (provocazione) . Nella fase di avanzamento tre sono i principali aspetti che sono importanti per continuare il processo di empowerment :

- Un rapporto di tuto-raggio
- Relazione di sostegno tra pari con un organizzazione collettiva
- Lo sviluppo di una comprensione critica delle relazioni sociali e politiche

L'obiettivo centrale della terza fase sembra essere lo sviluppo di una coscienza politica in crescita; in questa fase i partecipanti possono applicare le nuove competenze in continua espansione in ogni area della loro vita (Keiffer, 1984).

Nella definizione del costrutto dell'empowerment, dice infatti Claudia Piccardo riferendosi all'empowerment dei più deboli: “Del soggetto debole di cui ci si occupa sono visti ed enfatizzati i suoi diritti, le sue potenzialità e forze residuali piuttosto che i suoi deficit: questa attenzione alle

risorse personali é alla base della cosiddetta “forza” della prospettiva teorica e pratica dell’empowerment. (Claudia Piccardo, 2003).

1.3.1 Etimologia dell’empowerment

Quando parliamo dell’empowerment cerchiamo di avere un’idea del suo significato ovvero della sua etimologia. L’empowerment, cominciando dagli anni ‘90 in poi é diventato un termine molto utilizzato, tuttavia ancora oggi é pervaso da alcune ambiguitá.

Nel Dizionario “Thesaurus” e “Minore” della Oxford University Press (2001 e 2002) si definisce "empowerment" come "l' azione di potenziamento; “lo stato di essere autorizzato”e fu usato in questa forma sin dal 1849. Tuttavia, il verbo "empower", “to permit” mettere in grado, permettere, é usato per la prima volta nel 1667 da Milton nella sua famosa opera “Paradise Lost” poi presente in entrambi i dizionari, ci sono due definizioni originali della parola "empower" si tratta di "di dare il potere al momento, rendere potente "e" per acquisire o prendere il potere su”. Per molti autori l’empowerment é un dispositivo umanistico per migliorare la loro vita.

L’empowerment é un termine usato in tutte le discipline della sociologia, psicologia, politica, servizio di amministrazione, promozione della salute e le istruzioni (Barnes & Bowl , 2001). Gibson (1991) descrive la parola come viene applicata a gruppi diversi come donne, minoranze etniche, gli adulti piú anziani, le comunitá gay, le persone affette da AIDS, studenti, adolescenti, insegnanti ed infermieri. Il termine é diventato cosí popolare che alcuni considerano il suo utilizzo come una retorica priva di significato (Marland & Marland, 2000). Altri sostengono che la parola é utilizzata per creare un clima di correttezza morale che protegge i suoi utenti dalle critiche (Mullender & Ward, 1991). In questo panorama di supposizioni noi cercheremo di dare un’interpretazione che concerne il nostro campo di interesse.

- una piú letterale e frequente traduzione della parola empowerment come potenziamento, incremento del potere, accrescere in potere, rendere potenti;
- un’altra, piú libera traduzione tende a privilegiare il senso del concetto presentato nel campo del lavoro; in questi casi troviamo tradotto “empowerment” con, responsabilizzazione, (Scott e Jaffe, 2000), “sviluppo di possibilitá” (Bruscaglione, 1994).

Ho scelto tale “neologismo psichiatrico”, che userò talvolta al posto del termine inglese, per più ragioni: perché può rendere l’idea tanto del processo che della sua meta; perché conserva uno dei significati originari del verbo inglese: to empower come si legge nel Dizionario Etimologico pubblicato dalla casa editrice Sansoni (2003), contiene infatti la radice del sostantivo Middle English Power che compare in Inghilterra nel tredicesimo secolo. Deriva probabilmente dalla forma francese “poeir” che significava “essere capace”. Il verbo francese trova la sua origine nel verbo latino “potere” contrazione del sostantivo poti (signore che può) e del verbo esse (essere), traducibile, come “essere capace” (Stratico , 2009).

In America Latina in particolare per le teorie dell’empowerment in generale- é il riferimento ai lavori di Paulo Freire nello specifico alle opera “Conscientização. Teoria e pratica da libertario. Un introdução ao pensamento de Paulo Freire” (1979) e alla “Pedagogia degli oppressi” (1969) che costituiscono il fondamento dei movimenti di liberazione di questa regione. La teoria e la prassi di questo approccio parte dal processo di “coscientizzazione”, cioè il divenire consapevoli tanto delle condizioni obiettive (limiti e opportunità) nelle quali si vive, quanto delle possibilità di azione che si hanno. Egli giunge a definire la coscientizzazione come: “un compromesso storico”. É anche coscienza storica: é inserimento critico nella storia, implica che gli uomini assumano il compito di soggetti che fanno e rifanno il mondo. Esige che gli uomini creano la loro esistenza con il materiale che la vita offre a loro (Freire, 1980).

Si tratta di un processo equivalente a quello che Zimmermann (1999) chiama “consapevolezza critica” e che insieme al controllo e la partecipazione costituisce le tre pietre miliari di una teoria dell’empowerment: il controllo si riferisce alla Capacità, percepita o attuale, di influenzare le decisioni. La consapevolezza critica consiste nella comprensione del funzionamento delle strutture di potere e dei processi decisionali, di come i fattori in gioco vengono influenzati e le risorse mobilitate (cioè identificate, ottenute, gestite).

1.4 Il potere nell’empowerment

“Se spesso falliamo non é perché non abbiamo la Capacità di fare bene le cose, quanto piuttosto perché non sappiamo di averla”.

[A. J. Twerski, Sveglia Charlie Brown, Mondadori, Milano 2006]

Cercando di andare più a fondo alla discussione dell'empowerment e dello sviluppo di una teoria ad esso connessa, vogliamo affrontare un concetto che è molto legato all'empowerment, il potere. Il potere è un concetto chiave per la comprensione di processi di empowerment. La teoria di empowerment che sarà sviluppata ulteriormente trarrà ispirazione da una integrazione di due domini: da una comprensione delle teorie dell'empowerment e da un'analisi dei processi dell'empowerment. Ne deriva una "possibile una migliore comprensione degli stati di impotenza, pratiche di impotenza e processi con cui le persone e le comunità lottano per il controllo sulle loro vite e ambienti" (Converso & Hindrichs, 2009).

Il concetto di "potere" evoca rappresentazioni sia negative che positive, e a questa ambivalenza tra una faccia "oscura" e una "luminosa" si aggiunge l'impossibilità di definire il potere in termini certi, il quale può essere visto sia come risorsa, che in termini relazionali. Intendere il potere come risorsa significa comprendere l'empowerment come redistribuzione del potere tra chi ne possiede molto e chi ne ha meno; il "leader empowering" è colui che cede parte del proprio potere ai subordinati o un oppressore al quale gli oppressi sottraggono il potere" (Converso et al, 2009).

Il potere non è però un qualcosa che può essere semplicemente distribuito o trattenuto, esso si costituisce piuttosto in maniera interdipendente all'interno delle relazioni sociali. Già Max Weber (1905) aveva definito il potere come "possibilità di far valere, entro una relazione sociale, anche di fronte a un'opposizione, la propria volontà quale che sia la base di questa possibilità".

Il comportamento umano non può' in nessun modo essere assimilato al prodotto meccanico dell'obbedienza o dell'oppressione dei dati strutturali. Tale comportamento è sempre l'espressione e l'attuazione di una libertà, seppur minima. Esso si traduce in una scelta attraverso la quale l'attore coglie le opportunità che gli si offrono nel quadro dei vincoli che gli sono propri. Non è dunque mai totalmente prevedibile in quanto non è determinate ma, al contrario, sempre contingente (Crozier & Friedberg, 1977).

Il potere relazionale sottolinea quindi la non transitività del potere come risorsa e rimanda a un'interdipendenza reciproca. Sarebbe però riduttivo concepire l'empowerment come mero allargamento dei margini di libertà degli oppressi.

Il potere ha anche la dimensione dell'opportunità e della possibilità, del "poter fare". Il verbo potere nelle lingue romanze (potere, pouvoir, poder....) evoca l'opportunità, l'essere in grado di fare, mentre il sostantivo tedesco macht (potere) deriva dalla stessa radice etimologica del verbo machen, ossia fare, creare, realizzare, : un potere creativo che costruisce la realtà al posto di un potere distruttivo e manipolativo. Avere potere – essere empowered – in questa concezione significa non tanto detenere potere quanto avere la potenzialità e la Capacità di agire, ovvero Capacità di generare le attività necessarie, mobilitare le risorse, ottenere e utilizzare ciò che é indispensabile per mantenere o far evolvere i sistemi sociali organizzati nei quali gli attori sono impegnati e ai quali obiettivi di sopravvivenza e sviluppo sono fortemente interessati (Friedberg, 1993).

L'interdipendenza viene qui declinata con la condivisione, la reciprocità, la mutualità, e la solidarietà e viene rimandata alla dimensione partecipativa dell'empowerment, all'essere rafforzati dall'agire insieme con e non su gli altri. É qui che si manifesta la "forza buona" del potere dove l'empowerment si realizza come "processo di utilizzo totale delle potenzialità che insiste nella dinamica degli scambi inter-soggettivi degli attori" (Piccardo, 1995).

É pero necessario tenere presente entrambe le manifestazioni del potere. Guardare soltanto il suo lato "oscuro" porta a una concezione pessimistica e radicale della realtà dove la soluzione é cambiamento radicale con il rischio del paradosso di sostituire un potere con un altro, o abbandonarsi alla rassegnazione che niente cambierà mai. L'idea esclusiva di un potere "luminoso" che salva e libera comporta invece l'illusione utopistica di un organizzazione, una comunità o una società ideale.

Se ignorare la faccia positiva del potere significa rimuovere le sue potenzialità creative, chiudere gli occhi di fronte al suo lato oscuro equivale, ignorare gli meccanismi di sottomissione, esclusione e emarginazione che nelle nostre società esistono. Negare che tutti temiamo il potere ma contemporaneamente, magari a livello inconscio, lo desideriamo poiché ci conferisce prestigio e riconoscimento, significa cadere, in ultima analisi, in circoli viziosi basati su una dipendenza patologica piuttosto che su circoli virtuosi di liberazione (Converso & Hindrichs, 2009).

Sembra assai difficile giungere ad una visione del potere pluralistica e multidimensionale (Bacharach & Lawler, 1980), nella quale il potere é definito in termini relazionali e considerato un'esperienza interpersonale a carattere esistenziale, universale, inevitabile e pervasiva della vita sociale di tutti gli esseri umani. All'interno di questa visione non si parla di potere in termini negativi; . Come dice Foucault (1975), il potere é positivo, creativo, costruisce la realtà. Il potere é di chi lo esercita all'interno di una relazione, é una Capacita relazionale, indipendentemente dalla stratificazione gerarchica ovvero dell'essere "sopra"o essere "sotto" ; non c'è potere che non sia legittimato sulla base di qualche fonte di potere più o meno coercitiva, ma comunque legittimata da chi quella influenza sceglie liberamente di subirle (Piccardo, 1995).

La nozione del potere é tanto ambigua quanto ne é l'empowerment; abbiamo infatti visto come viene declinata in termini normativi e positivi, ottimistici e volontaristici.

Bennis & Nanus (1985), affermano che la leadership non é tanto l'esercizio del potere in se quanto l'empowerment di altri. Il significato dell'empowerment é poi esplicitato nei termini di condividere il potere, trasferirlo, delegarlo, il leader rinuncia a una parte del suo potere, esportandolo ai suoi collaboratori. Emerge qui ancora una volta la visione unilaterale e unidirezionale del potere.

1.4.1 Teorie sul concetto di potere

Nell'opera di Torbert (1991) la concezione del potere ha qualche linea di avvicinamento con quella di Mc Clelland (1975) di "potere socializzato". L'autore propone una concettualizzazione della leadership come, quella del manager che ha ottenuto il proprio successo personale, e cerca opportunità di successo per tutti gli attori organizzativi. La concezione del potere che emerge nei lavori di questo autore può essere definita intersoggettiva e inter-azionista, in essi é proposta la faccia "buona" del potere, a somma maggiore di zero, il potere che si crea e si moltiplica, non quello che viene elargito o sottratto, il potere che accresce le possibilità di espressività individuale, non quello che limita la libertà personale, il potere come risorsa di cooperazione e di scambio tra pari, il potere che non nega le conflittualità, le opposizioni e le polarità ma che intende trascenderle, cercando la reciprocità e l'armonia, e non la pace a tutti i costi, senza produrre guerra né dominio di una parte sull'altra. L'autore riconosce l'esistenza di un attività politica nelle organizzazioni cui é sostanzialmente attribuito un

connotato negative ancorchè mai tragico. Essa é infatti caratterizzata da; manipolazione, intimidazione e minacce sottili, gestione dell'informazione al proprio vantaggio, ricorso ai nomi di autorità superiori per averne l'approvazione, cautela nel dire la verità e ciò che si pensa, richiesta maggiorata delle risorse per assicurarsi l'ottenimento di quelle necessarie, espressione esclusiva delle ragioni a favore di una proposta e non di quelle contro. A tale attività viene contrapposta e proposta una diversa attività anch'essa definita "politica", che intende rappresentare un uso positivo del potere, un'azione caratterizzata da queste strategie; acquisire il livello più alto possibile di conoscenza in relazione al proprio lavoro (la conoscenza é potere vivificante), essere l'autorità di se stessi, consentirsi e incoraggiare l'espressività libera, impegnarsi in attività significative ed effettivamente necessarie; legittimare e ammettere gli errori propri e altrui e affrontarli prontamente, minimizzando gli sforzi difensivi e assumendosi le proprie responsabilità, impegnarsi nella sostanza più che nella forma, dire la verità, promettere solo ciò di cui si é relativamente certi, preservare l'integrità propria e altrui, non aggredire non essere arroganti né subire passivamente, dire quello che bisogna dire a coloro che devono sentirlo senza arroganza e aggressività (Tabella 1.1).

Nel lavoro di William Torbart dal titolo, *The power of Balance (1991)*, la visione dell'uomo e della società parte da un lato idealistico, ed é rivolta a coloro che amano i concetti caricati di speranza, e meno ai pragmatici positivisti e ai cinici, i quali non attribuiscono alle organizzazioni produttive la responsabilità di sviluppo della persona e della sua emancipazione ma principalmente quella del profitto.

Tabella 1.1 Le diverse manifestazioni del potere

Manifestazioni del potere positivo (politica dell'empowerment)	Manifestazioni del potere negativo (politica convenzionale)
Verità	Manipolazione
Rischio, coraggio	Intimidazione, aggressione
Competenza e conoscenza	Minaccia, ricatto, arroganza
Appropriazione del problema	Gestione personalistica e selettiva dell'informazione
Autogoverno e responsabilità	Appello ad autorità superiori per rafforzare le proprie idee
Rispetto di sé e dell'altro	Gestione calcolata delle relazioni
Espressività libera (del pensiero e delle emozioni)	Favorimento, per acquisire crediti o saldare debiti
Riconoscimento dell'errore e dell'apprendimento da esso	Compiacenza, dipendenza
Minimizzazione difensiva	Cautela
Promesse sicure	Menzogna
Ottenimento dei risultati (contrapposto a compiacenza)	Difensiva, attribuzione delle responsabilità ad altri
Assertività	Passività attesa di istruzioni prima di agire
Cultura delle relazioni tra pari	

L'empowerment é infatti definito nei termini di una funzione fondamentale dell'organizzazione i cui membri esercitano il "potere dell'equilibro", non l'equilibro del potere, oppure un potere sbilanciato, unilaterale e auto interessato. Il potere dell'equilibro é il potere esercitato da un manager o leader in grado di creare un sistema organizzativo autocorrettivo, capace di apprendimento continuo, ciò che significa instaurare una cultura di "pari", cioè costruire e mantenere relazioni improntate a mutualità e reciprocità, coinvolgimento, sfida comune, rischio, gestione delle contraddizioni e della conflittualità.

Incoraggiare gli individui ad uno sviluppo a livello personale e morale significa riconoscere i diversi stadi di sviluppo dell'uomo e specificare a quale di essi deve posizionarsi il leader per esercitare il potere (empowering). Gli stadi identificati da Tolbert sono sette e a ciascuno di essi corrisponde un diverso tipo di potere (Tabella 1.2).

Tabella 1.2 Stadi di sviluppo e tipi di potere

Stadi di sviluppo	Tipi di potere
Opportunistico	Unilaterale e unidirezionale
Diplomatico	Consensuale
Tecnico	Logico, razionale
Realizzativo	Integrazione dei tre tipi precedenti
Strategico	
Magico	Trasformativo
Ironico	

Il potere dello stadio opportunistico é fondato sull'obbedienza e sulla compiacenza di chi, pur di soddisfare le aspettative dell'autorit  e guadagnare accettazione, stima e protezione, accetta richieste unilateralmente concepite, rispetta ordini ed esegue fedelmente le indicazioni. Il potere allo stadio diplomatico é fondato invece sul consenso ottenuto sulla base di uno scambio di interessi, mentre allo stadio tecnico é associato il potere esercitato attraverso la strategia della persuasione, basata su argomentazioni logiche e razionali. Il potere dello stadio realizzabile comprende e integra i tre precedenti tipi.

Le tre fasi successive sono raggiunte da pochissimi individui e tanto meno dai managers; ad esse é associato, a diversi livelli, il potere trasformativo dell'equilibrio. La fase strategica dello sviluppo consiste nella Capacita di cogliere, nel contesto storico presente, i cambiamenti di valori che si verificheranno nel futuro; la fase magica nella Capacita di vedere ed esprimere la verit  relativa a ci  che impedisce lo sviluppo nella direzione strategica coerente con l'evoluzione di valori intravista; la fase ironica consiste nella Capacita di andare in quella direzione e arrivare appunto all'ironia di dover forzare le persone ad essere libere.

Il potere trasformativo é quello che consente di liberarsi e liberare, direbbe (Unger, 1987), dalla "falsa necessit " dei contesti formativi ereditati, di ci  che convenzionalmente é dato per

acquisito e scontato. Il potere trasformativo, che rende le strutture sociali “liberanti” e costruttrice di significato, é descrivibile nei seguenti termini;

- Trascende i propri interessi materiali, le idiosincrasie, le teorie circa la situazione presente, la limitatezza delle routine attuali e coglie, “nel modo in cui il passato si é trasformato nel presente, il modo in cui il futuro sta nascendo da esso”;
- Cerca continuamente la sfida e la contraddizione sino ad auto-mortificarsi. Preferirebbe non influenzare piuttosto che farlo in-appropriatamente;
- É rappresentato analogicamente. Cerca analogie tra la teoria generale e le valutazioni della situazione presente dell’organizzazione così come é percepita e agita da chi é all’interno e partecipa attivamente ad essa;
- Consente l’empowerment di tutti quelli che sono sotto il raggio della sua influenza, compresi quelli che si oppongono a essa (Torbert,1991).

Un altro autore, Mc Clelland (1983) usando le categorie dell’analisi psicologica e appoggiandosi ai contributi di Freud e Erickson, propone quattro stadi di sviluppo della strutturazione identitaria, i quali portano alla maturità adulta; nel primo stadio c’è la dipendenza necessaria in cui l’infante incorpora la forza di un altro esterno fino alla disponibilità, nel secondo stadio c’è l’affermazione dell’autonomia attraverso l’autocontrollo, nella terza fase c’è la competitività che si evidenzia nell’incontro con gli altri, nella quarta fase il comportamento di una persona é motivato dalla responsabilità e la maturità nelle interazioni con il mondo esterno, “da ciò che mi spinge a fare il mio dovere”. Per ognuno degli stadi vi é la possibilità di una soluzione evolutiva o regressiva nell’incontro con il potere sociale con gli altri significativi; così al mantenimento della dipendenza, dall’alienazione, alla polarizzazione mentale e comportamentale sul dominio aggressivo e fanatico, si contrappongono di volta in volta delle soluzioni evolutive che portano infine alla conquista dell’autogestione, contesto di una relazione improntata sulla vera reciprocità, e all’uso personale di un potere creativo e transitivo. Nel contributo di Mc Clelland il potere (sociale) si configura come componente necessario della soggettivazione del sapiens, la cui possibilità/Capacità di un uso generativo del potere può essere considerato anche come affidabile indicatore di benessere mentale (Mc Clelland, 1983).

Butler (2005), una filosofa femminista fra le più discusse per le sue riflessioni sul potere, sull'identità e sulla sessualità, percepisce il potere come la via della possibilità, della sperimentazione, della libertà, dunque parlare di potere significa parlare della possibilità stessa della soggettivazione, dimensione cui si accede, solo con un voltarsi, ripiegarsi fino al rivoltarsi del soggetto contro se stesso, come si può osservare in atti di rimprovero o nella malinconia. Nella dimensione individuale, il potere può essere inteso come un percorso che parte da una condizione empowering necessariamente subito che può arrivare (in condizioni sufficientemente buone) alla Capacità di utilizzare al meglio, in un esercizio di libertà e responsabilità, le proprie possibilità, le proprie risorse, e può infine arrivare alla consapevolezza, alla Capacità di far valere i propri diritti e partecipare alla vita comunitaria (contribuendo al suo cambiamento) (Butler, 2005).

Non c'è un campo specifico di applicazione per la nozione del potere, è un termine in larga misura “pluralistico per l'uso linguistico”, il potere raccoglie in se molti sinonimi che nelle loro diverse sfumature esprimono varie dimensioni implicate; autorità, dominio, influenza, potenza, ma anche il contrario; sottomissione, subordinazione, obbedienza, ma anche ribellione, resistenza. Si può dire che la nozione di potere serve per designare la Capacità da parte di un attore dato, di giungere a risultati prefissati, e di condurre delle azioni efficaci. Questa definizione il potere si lega al processo di Capacità, ci mostra inteso come potere sociale, che è un'altra caratterizzazione del potere; il “potere di” (fare qualcosa), l'attitudine a produrre risultati (Chazel, 1996).

Passiamo a un altro livello della dimensione del potere, da quella individuale a quella sociale, al livello dello stato, del potere politico, quello che si caratterizza per l'uso legittimo della forza e della coercizione. A livello collettivo essa è generata dalle minacce di violenza, dalle lotte per le condizioni materiali di vita e per lo status. Per analizzare più a fondo questi aspetti ci fermiamo sul lavoro di Locke (1690) e Hobbes (1651) - il contratto sociale che dà vita allo stato. L'ordine politico essendo frutto di un contratto fra uomini, ha un carattere “artificiale” che è proprio in ragione di questa artificialità del potere, si apre la possibilità del suo cambiamento ad opera dell'uomo che l'ha istituito. Per Locke – lo stato serve a meglio tutelare i diritti di libertà, pre-esistenti e difficilmente difendibili nello stato di natura; secondo Hobbes (1651) l'organizzazione politica viene invece posta all'origine della libertà, senza stato non ci

sono né diritti né libertà, l'autore chiarisce il carattere umano del conferimento di diritti ad un uomo solo o a un gruppo di uomini: - "dall'Arte vien creato quel gran Leviatano chiamato comunità politica o Stato". In una linea simile si trova il pensiero di Chazel (1991), il quale indagando più a fondo la natura del dominio e del suo rapporto con l'azione, usa un termine di "funzione oggettivata che disciplina le condotte", tramite risorse e regole che producono e riproducono senso e pratiche sociali. Chazel scrive -"bisogna ragionare non in termini di opposizione tra agente e struttura, ma di dipendenza reciproca dell'uno dall'altro, non bisogna attribuire alla struttura né carattere di onnipotenza né di permanenza "poiché ogni riproduzione degli assetti di potere é sempre anche produzione di nuovi assetti in virtù" della "Capacità trasformatrice della natura umana".

1.4.2 Foucault e le dinamiche del potere

Nel pensiero di Foucault la questione del potere é un concetto chiave. In due sue opere molto note, "Storia della follia nell'età classica" e "La nascita della clinica" l'autore si concentra non tanto sulla storia della psichiatria ma della follia. La follia come un fenomeno che già é parte della cultura. "Una storia dei limiti" e cioè - afferma Foucault - "di quei gesti oscuri, necessariamente dimenticati non appena compiuti, coi quali una cultura respinge qualcosa che sarà per lei l'esteriore; é lungo tutta la sua storia, questo vuoto scavato, questo spazio bianco per mezzo del quale si isola, la contraddistinguono quanto i suoi valori. (...). Interrogare una cultura sulle sue esperienze-limite significa interrogarla ai confini della storia, su una lacerazione che é come la nascita stessa della sua storia". Nella sua indagine alla follia lui si focalizza sull'esperienza della follia come determinazione del conflitto del senso e non senso, normalità e anormalità. Storia della follia é la storia di una grande separazione, dei limiti, in cui il diritto al potere é legittimato per alcuni e vietato ad altri. La separazione viene proprio nei luoghi della follia, tramite l'esclusione e il suo silenzio rispetto alle ragioni: -"la percezione che l'uomo occidentale ha del suo tempo, e del suo spazio lascia scorgere una struttura di rifiuto, partendo dalla quale si denuncia una parola in quanto non é linguaggio, un gesto in quanto non é opera, una figura in quanto non ha diritto a prendere posto nella storia. Questa struttura é significativa di ciò che é senso e non-senso, o piuttosto di quella reciprocità per cui essi sono legati l'uno all'altro; solo essa può rendere conto del fatto generale che non può esserci nella nostra cultura una ragione senza follia, per quanto la conoscenza razionale che si ha della follia la riduce e la

disarmi, fornendole il fragile statuto di accidente patologico. La necessità della follia lungo tutta la storia dell'Occidente (...) è legata alla possibilità della storia". In questo senso la storia della follia si costituisce da una separazione fra la follia e l'oggetto dell'esperienza. Negli anni successivi Foucault torna a occuparsi di psichiatria influenzato anche dai movimenti a partire dalla fine degli anni sessanta e alla metà degli anni settanta, dalle lotte condotte all'interno dei manicomi, degli ospedali, delle prigioni, nelle quali questioni come il potere e sapere sono riemerse al centro dell'attenzione. "Senza l'apertura politica realizzata in quegli anni"- confessa Foucault- "non avrei avuto il coraggio di riprendere il filo di questi problemi e di continuare la mia indagine sul versante della penalità, delle prigioni, delle discipline". Inoltre il suo lavoro è stato influenzato anche dai movimenti di antipsichiatria che in quegli anni si collega con i nomi di Laing, Cooper, Basaglia ed altri. Le sue analisi sulle relazioni di potere pongono il problema di indagare il potere non come un oggetto che ha le sue caratteristiche, ma come una serie di relazioni che si incontrano in ogni rapporto. Occorre considerare il potere come un meccanismo complesso di scambi continui, attraverso il quale si alimentano i saperi delle nostre società, relazioni entro le quali i soggetti si modificano da ciò che conoscono e di qui fanno esperienza. Il potere è produttivo, egli crea continuamente il sapere, e sono fondati proprio sul sapere gli effetti del potere. Il potere per Foucault è qualcosa che si muove all'interno di relazioni fra gli individui, i quali sono conduttori, punti di connessione attivi del potere "di modo che è assai difficile liberarsi dal potere, dato che, se il potere non avesse altra funzione che di escludere, di impedire o di punire, come un super-io freudiano, sarebbe sufficiente una presa di coscienza per sopprimere i suoi effetti o anche per sovvertirlo. Penso che il potere non si accontenti di funzionare come un super-io freudiano. Non si limita a reprimere, a limitare l'accesso alla realtà, a impedire la formulazione di un discorso: il potere lavora il corpo, penetra il comportamento, si mescola al desiderio e al piacere, ed è in questo lavoro che bisogna sorprenderlo, e questa analisi, che è difficile, è quella che va fatta". L'autore propone un'analisi del potere più sottile, entrare in soggettività, è una questione continuamente presente nelle relazioni, egli è il rapporto dell'equilibrio nel quale cambia continuamente - "questo problema centrale del potere che avevo ancora assai male isolato. (...) ...di che mai ho potuto parlare, per esempio, nella *Storia della Follia* o nella *Nascita della Clinica*, se non del potere? - Pure, ho piena consapevolezza di non avere praticamente adoperato questo termine e di non aver avuto a mia disposizione questo campo d'analisi. Posso dire che c'è stata certamente un'incapacità che era legata alla situazione

politica nella quale ci trovavamo”. Foucault attraverso le ricerche svolte durante i corsi al Collège de France, prende di mira l’analisi del problema tra sapere e potere, cercando di comprendere il funzionamento di questo ultimo in pratica.

1.4.3 Il potere psichiatrico in Foucault

Essendo questo aspetto molto vicino alla nostra ricerca ci sembra utile analizzare questa interazione tra potere – sapere – manicomio. Nel corso “Il Potere Psichiatrico” prende in esame la questione del potere tramite un’autocritica di alcuni concetti presentati da lui nella sua precedente opera “Storia della Follia”; cercando di chiarire alcune nozioni, come la violenza - “Quando si parla di violenza – ed è in quest’accezione che il termine continua a infastidirmi – s’intende sempre una nozione che implica il riferimento a un potere fisico, a un potere irregolare, passionale, oserei dire un potere scatenato”, lui afferma che il potere non violento, quello buono è un potere fisico e che faccia parte di una risposta razionale e calcolata, che rappresenta in se una strategia di potere. Ogni tipo di potere si applica tramite il corpo, è di natura fisica.

Una seconda nozione è la famiglia, la quale oggi nel campo della psichiatria e della riabilitazione è diventato un punto chiave molto importante per l’inserimento della persona nella comunità. “Il problema è quello di sapere in che modo il discorso psichiatrico, quello che nasce dunque dall’esercizio del potere psichiatrico, potrà diventare il discorso della famiglia, inteso sia come discorso vero della famiglia che come discorso vero sulla famiglia”.

Foucault intraccia il modello della famiglia nelle istituzioni manicomiale in un rapporto di esclusione, la famiglia non interviene e non gioca nessun ruolo per stabilire la follia di uno dei suoi membri, un atto che rende possibile a una autorità extrafamigliare la presa in carico della persona e la privazione dei diritti civili e famigliari. Risaliamo al concetto del malato pericoloso a sé e agli altri che è stato e lo è ancor oggi una rottura sul piano giuridico. Lui afferma che la famiglia non funge come modello, che sta alla base del rapporto di potere nella pratica psichiatrica, poiché l’ambiente familiare è incompatibile per realizzare il piano di guarigione del paziente, non si può guarire il folle all’interno della famiglia. Foucault prende il discorso dell’esclusione familiare e sociale come un metodo che è alla base del trattamento in psichiatria in quell’epoca, appoggiandosi su alcune ragioni; il principio di distrazione, allontanarlo dalla sua follia e renderlo incosciente ad essa, la famiglia è un fattore di alienazione e perciò va separata, la percezione alterata della realtà è un altro elemento che influenza il modo in cui il folle cerca

un motivo fuori da se stesso e nel tentativo di scaricare la colpa su ciò che lo circonda si sfoga con rabbia contro la sua famiglia. In questo clima diventa importante distaccarsi dalla famiglia, e inserire il folle in un altro ambiente per poterli far capire che queste sensazioni insensate provengono dalla sua malattia. Un'altra ragione sta nel fatto che esiste un rapporto di potere "cattivo" all'interno della famiglia che alimenta la follia. In questa linea si fondò e si costituì piano piano la struttura psichiatrica dell'Ottocento come strumento di guarigione, la quale si propone come una macchina per guarire, che non prende in nessun momento le vesti di una famiglia ideale. L'ospedale psichiatrico è pensato come una macchina per esercitare il potere, "se l'ospedale guarisce, è perché si tratta di una macchina panottica" Il processo di riabilitazione viene visto in un'ottica di esclusione sociale e familiare in cui il folle è sorvegliato continuamente in un ambiente chiuso. Lui individua l'esercizio di una forma terminale del potere disciplinare all'interno della nostra società, un potere disciplinare che ha una relazione simbiotica corpo – potere. Tramite questo potere disciplinare si può comprendere il meccanismo della psichiatria.

Una terza nozione è l'istituzione, lui afferma che il sapere psichiatrico si era costituito in relazione all'istituzionalizzazione della psichiatria. Il concetto d'istituzione è legato e si regola in accordo con quelli di individuo e collettività, ed in questa interazione ciò che è importante è la disposizione di potere. "Il potere è una procedura di individualizzazione. (...). Prima di riferirci alle istituzioni, dobbiamo preoccuparci dei rapporti di forza sottesi alle disposizioni tattiche che attraversano le istituzioni".

In un clima di cambiamenti del suo pensiero, lui ridimensiona la sua posizione sulla psichiatria e del modo in cui il potere viene espresso nella pratica psichiatrica, "anziché parlare di violenza, preferirei parlare di microfisica del potere; piuttosto che parlare di istituzioni, vorrei cercare di vedere quali sono le tattiche messe in opera nelle forze che si affrontano; invece di riferirmi al modello familiare, proverò a individuare la strategia di questi rapporti di potere e degli scontri che si svolgono all'interno della pratica psichiatrica. Nel suo ragionamento è evidente l'idea che il potere disciplinare sta alla base del funzionamento nelle istituzioni psichiatriche, il potere disciplinare è una modalità, del tutto specifica della nostra società, di quel che si potrebbe chiamare il contatto sinaptico "corpi-potere". La disciplina sta alla base dell'organizzazione dell'istituzione psichiatrica. "La disciplina è quindi un insieme di tecniche: attraverso di essa, i sistemi di potere propongono la singolarizzazione degli individui. È il potere

dell'individualizzazione, il cui strumento fondamentale risiede nell'esame. L'esame significa una sorveglianza permanente, classificatrice, che permette di suddividere gli individui, di giudicarli, di valutarli, di localizzarli, e così facendo, di utilizzarli al massimo. Attraverso l'esame, l'individualità diviene un elemento per l'esercizio del potere". Questo potere disciplinare diventa un elemento dell'esercizio del potere che è alla base del funzionamento della società, che viene focalizzato sull'individuo.

L'istituzione psichiatrica va pensata come un luogo che guarisce, seguendo il principio di Bentham (1983), l'ospedale è pensato come una macchina panottica per esercitare il potere, per indurlo, distribuirlo e applicarlo. Tramite questo tipo di visibilità permanente i folli vengono sorvegliati e guardati di continuo, distribuiti in una struttura a padiglioni disposti su tre lati e in ognuno di essi ci sono celle aperte sui due lati, così da consentire sempre il controllo dello sguardo del malato. Questa struttura se non è proprio come quella circolare del Panopticon, gli è molto fedele; i folli vengono isolati e sorvegliati dall'edificio della direzione che viene posto al centro di tutti i padiglioni e da tutta una serie di sguardi, ordinati gerarchicamente, di guardiani, infermieri sorveglianti e medici.

Questo tipo di approccio è cambiato molto in questi tempi e la riabilitazione si vede legata in modo molto stretto con il coinvolgimento della persona che soffre e altri gruppi di interesse come operatori sanitari, la famiglia, la comunità. Il lavoro di Foucault e il suo pensiero sulla psichiatria, la follia ed il potere resta sempre un materiale utile quando si riflette sulle pratiche psichiatriche.

1.5 “L’istituzione totale” e l’empowerment

“Una favola orientale racconta di un uomo cui strisciò in bocca, mentre dormiva, un serpente. Il serpente gli scivolò nello stomaco e vi si stabilì e di là impose all'uomo la sua volontà, così da privarlo della libertà. L'uomo era alla mercé del serpente: non apparteneva più a se stesso. Finché un mattino l'uomo sentì che il serpente se n'era andato e lui era di nuovo libero. Ma allora si accorse di non saper cosa fare della sua libertà: nel lungo periodo del dominio assoluto del serpente egli si era talmente abituato a sottomettere la sua propria volontà alla volontà di questo, i suoi propri desideri ai desideri di questo, i suoi propri impulsi agli impulsi di questo che aveva perso la Capacità di desiderare, di tendere a qualcosa, di agire autonomamente. In luogo della libertà aveva trovato il vuoto, perché la sua nuova essenza acquistata nella cattività

se ne era andata insieme col serpente, e a lui non restava che riconquistare a poco a poco il precedente contenuto umano della sua vita.

(Basaglia, 1967, p. 433).

Vivere o lavorare in un “istituzione totale” rende difficile realizzare l’empowerment sia per i pazienti/pregiudicati che per gli operatori. La nostra ricerca all’ O.P.G. di Tirana cercherà di esplorare se è possibile raggiungere qualche grado dell’empowerment sia nei pazienti/pregiudicati che nello staff.

L’Ospedale delle prigioni è stato costruito al tempo del Regno di Albania, circa 1930. Durante la dittatura comunista fu utilizzato come edificio di stoccaggio e poi passò sotto l’amministrazione del Centro Policlinico Universitario di Tirana. Fino al 1998 ha funzionato come un reparto speciale di questo centro e che veniva mantenuto con forze militari. Nel corso dell’anno (1998) il Consiglio dei Ministri, decise che l’Ospedale Generale delle Prigioni passasse sotto la giurisdizione del Ministero della Giustizia. La Capacità dell’ O.G.P. è di 128 persone. In questa istituzione c’è un reparto per gli pazienti/pregiudicati trattati con misura di sicurezza “trattamento sanitario obbligatorio” e “ricovero temporaneo in un istituzione psichiatrica dato dai rispettivi tribunali”. Il resto degli ammessi sono prigionieri con diversi tipi di malattie fisiche trattate in questa istituzione. Anche se non è un O.P.G.(ma un settore sottomesso al Centro Ospedaliero delle Prigioni) i pazienti/pregiudicati con disagio psichico occupano la maggior parte dei posti letto, e sebbene varino di tanto in tanto, esso rimane sempre affollamento per quanto riguarda i spazi necessari. L’O.P.G nasce come luogo in cui esercitare la difesa sociale nei confronti delle persone con problemi mentali che commettono reati e non possono essere ospitati in carcere perché soggetti non consapevoli ed insensibili al regime punitivo carcerario. Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari rappresentano oggi istituzioni che accolgono le persone che:

- 1) commettono reati
- 2) sono riconosciuti incapaci di intendere e volere per infermità di mente
- 3) sono riconosciuti socialmente pericolosi

Questo significa che la persona riconosciuta non imputabile per infermità mentale non esce dal circuito penale in quanto viene applicata una misura di sicurezza detentiva (m.s.d.).

Nell'O.P.G sono riunite due anime fondamentali, "cura e custodia". Il trattamento terapeutico individualizzato mira a favorire il recupero di una condizione di compenso e stabilità psichica nonché di adeguate Capacità e competenze individuali al fine di rendere possibile il reinserimento del pregiudicato nella società.

Gli elementi fondamentali del trattamento individualizzato sono (Piano riabilitativo del settore socio-sanitario dell'ospedale generale delle prigioni, categoria persone con misura di sicurezza trattamento sanitario obbligatorio):

- Attività clinico-diagnostica (psichiatra e psicologo)
- Attività educativa e di trattamento (educatore)
- Attività riabilitativa (tecnico della riabilitazione, educatore, infermiere)
- Attività di controllo e di sorveglianza (polizia penitenziaria)

La riabilitazione e il trattamento, rispettando i pieni diritti umani dei pazienti pregiudicati con disagio psichico sono i principi di lavoro di questa istituzione (l'O.P.G di Tirana), cioè "favorire l'empowerment in un ambiente controllato". Goffman (citò. in. Weinstein. 1982) chiama questi tipi di ambiente "istituzioni totali", impianti di ambienti controllati che sono stati appositamente designati e impostati per la popolazione dei pazienti/pregiudicati con disagio psichico. Egli sottolinea intanto alcune caratteristiche che simulano questi tipi di istituzioni; come la perdita di libertà, la depersonalizzazione, la mortificazione di sé, l'abuso del personale, il rifiuto sociale, la solitudine.

Per l'ammissione a tale struttura, due criteri devono essere soddisfatti: il paziente deve presentare un disturbo mentale che richiede un trattamento obbligatorio, e lui o lei deve presentare un rischio di essere pericoloso, violento o che ha propensione criminale. Questi ambienti controllati dovranno favorire un regime di assistenza sanitaria accoppiato con restrizioni di sicurezza posto su pazienti, e possono essere un speciale ospedale di massima sicurezza (Burrow, 1993a). A causa delle inclinazioni criminali e/o indicato da un pericoloso comportamento passato di questi pazienti, la loro gestione della salute comporta un controllo dell'ambiente interpersonale e fisico attraverso operazioni di sicurezza e di controlli necessari del potenziale di futura pericolosità (Burrow 1993b). Questa enfasi sul mantenimento del controllo ha implicazioni per la pratica infermieristica, e anche per gli altri operatori che vi lavorano. Bernier (1986) e Burrow (1993) sostengono che i temi della sicurezza, la detenzione e la condanna del sistema di giustizia penale spesso sono in contrasto con l'obiettivo di

miglioramento o mantenimento della salute mentale, comunemente indicato come terapia contro il dibattito della custodia. Questi si chiedono se sia possibile fornire un piano individualizzato, basato sulle esigenze del paziente, che tuteli, la promozione alla salute e alla cura.

Gli studi svolti sullo staff infermieristico hanno indicato che i pazienti forensi hanno caratteristiche uniche che influenzano le condizioni del trattamento e la fornitura dell'assistenza infermieristica (Phillips, 1983). Queste caratteristiche sono state documentate da Hammond (1983) e Burrow (1992) in pazienti che tutti i giorni esprimono aggressività, comportamento autodistruttivo e danni alla proprietà. Questi comportamenti difficili spesso creano un divario tra pazienti e il personale, determinando così l'atmosfera sentita da entrambe le parti in reparto.

Goffman (1961) sostiene che il clima morale è spesso visto in modo diverso da infermieri e pazienti. Gli infermieri possono sentire che stanno enfatizzando le cure psichiatriche nelle condizioni terapeutiche in cui usano interventi come i sistemi di privilegiamento e isolamento, di contenzione, e farmaci. I pazienti spesso percepiscono questi interventi stessi umilianti, punitivi o di contenimento forzato. In risposta a questo, Hendry (1983), in uno speciale ospedale di cura, ha sostenuto per una normalizzazione dei giorni dei pazienti all'ospedale l'utilizzo di un mezzo alternativo di assistenza attraverso il quale i pazienti fossero incoraggiati ad una maggiore enfasi sulla partecipazione al processo terapeutico. Uno studio condotto da Fogel e Martin (1992), che ha indagato la salute mentale delle donne incarcerate ha trovato una prevalenza di problemi di salute mentale. A fronte di questo gli autori sostengono che lo staff deve puntare ad accrescere il livello e la qualità del contatto materno-infantile durante la detenzione e anche la creazione di gruppi di auto-aiuto, consulenza, gestione dello stress e auto stima, come lavoro di valorizzazione delle donne detenute. All'interno degli ambienti ospedalieri, ci sono risorse riabilitative per i pazienti di tipo educativo, sociale, professionale, ricreativo e di riparazione – che possono essere utilizzate per incentivare la responsabilizzazione del gruppo di pazienti/pregiudicati alla fine di renderli pronti per il trasferimento. Purtroppo, gli studi hanno indicato che vi è stato scarso successo nel garantire la risocializzazione, riabilitazione e competenze lavorative dei pazienti forensi di questi ambienti (Norris, 1984).

Roberts (1983) e Freire (1971) hanno scritto su vari gruppi oppressi all'interno della nostra società, tra cui neri, ebrei e donne. Vorrei suggerire che i pazienti psichiatrici dovrebbero esseri aggiunti a questa lista. Freire ha individuato le caratteristiche principali del

comportamento opprimente intese come “la Capacita dei gruppi dominanti di identificare le loro norme e valori come quelli giusti in una società, e l' utilizzo di una potenza iniziale per farle rispettare”. Nella maggior parte dei casi di oppressione, il gruppo dominante sembra e si comporta in modo diverso dal gruppo subordinato. Roberts fa riferimento al “sindrome di aggressività sottomessa” in cui la persona può sentire aggressività verso l'oppressore, ma non é in grado di esprimere questo direttamente. Quindi l' aggressività può essere diretto internamente o in modo auto-distruttivo. Questa sindrome di aggressività sottomessa può essere utilizzata per analizzare come gli infermieri in ambienti controllati utilizzino i codici morali e legali della società per imporre loro norme e trattenere il paziente forense. Lo staff è distinguibile dal gruppo di pazienti per l'uniforme che comprende anche l'esibizione evidente di chiavi. L'aggressività dei pazienti/pregiudicati e i comportamenti autolesionistici sono visti dagli infermieri come sintomi di malattie mentali ma, secondo la sindrome di aggressività sottomessa, questi sarebbero comportamenti usuali per i gruppi oppressi. Le donne con problemi di salute mentale sono un gruppo oppresso. Ciò é evidente in quanto esse sono in una condizione di impotenza. I servizi di salute mentale non riescono a riconoscere le loro specifiche esigenze e i loro diritti e di conseguenza esse non sono in grado di sfruttare al meglio i servizi perché non possono portare con sé i propri figli, e raramente gli viene data la scelta di uno psichiatra o terapeuta di sesso femminile (Read e Wallcraft, 1992).

Kendall (1992) sollecita gli infermieri a distaccarsi dalla loro preoccupazione per l'adattamento alla fine di diventare leader nella lotta per l'emancipazione dalle opprimente forze cui sono soggetti molti pazienti. Il concetto di controllo ha anche un ruolo in questa discussione. Si ritiene che, per avere il controllo della propria vita si auspicabile, che il paziente assuma una postura passiva dipendente in molte, se non in tutte le interazioni di assistenza sanitaria (Bloom e Wilson, 1972). Lo staff medico, come gli altri professionisti, sono riusciti ad avere successo nell'ottenere i poteri istituzionali che determinano i limiti alla libertà e al potere del paziente (Reeder, 1972). L'idea di controllo é stata articolata nel lavoro di Antonovsky e colleghi (1972): essi sottolineano l'importanza della scelta individuale, del prendere decisioni e attivamente creare significato della propria vita, il che comprende la sensazione che gli eventi siano comprensibili piuttosto che sconcertanti.

Altri hanno sostenuto che questo non é vero per tutti gli individui e che alcuni pazienti possono sentirsi sollevati dall'esclusione del processo decisionale e l'onere di autonomia (O'Neil, 1984). Alcuni potrebbero infatti non desiderare di essere coinvolti in decisioni riguardanti il loro proprio trattamento (Lancaster, 1982). I ricercatori hanno dimostrato che avere il controllo su eventi é generalmente preferito dai soggetti e che il controllo ha effetti positivi, quali la riduzione di ansia e minori complicazioni (Wilson-Barnett e Fordham, 1982).

Studi hanno inoltre dimostrato che meno vincoli (istituzionali) sono associati a una maggiore livello di soddisfazione di vita, vigilanza e regolazione. Il modo in cui il paziente percepisce il controllo nelle attività quotidiane influenzerebbe il proprio senso di benessere (Chang, 1978). Le persone che credono di avere il controllo sulla propria vita hanno un Locus di controllo interno. Coloro che credono di non avere alcun controllo sugli eventi della loro vita, essendo questi determinati dal caso, il destino, il sistema o qualsiasi altra cosa, sono classificati come aventi un "Locus di controllo esterno" (Chang, 1980). L'ipotesi di Chang sul locus di controllo esterno potrebbe essere applicato con successo al paziente psichiatrico forense. Altri soggetti, in una posizione di potere, prendono decisioni in merito a tutti gli aspetti della vita del paziente, spesso senza considerare il suo parere e i suoi desideri.

Per concludere vorrei sottolineare che l'empowerment é un processo che coinvolge sia gli operatori dell'ospedale psichiatrico che i pazienti/pregiudicati. Hawks (1992) sostiene che l'ambiente per l'empowerment debba essere alimentato e curato, e debbano esservi presenti alcune condizioni che includono, fiducia, apertura, onestà, genuinità, comunicazione, accettazione delle persone come individui con rispetto reciproco, valore per gli altri, cortesia, e la condivisione di una visione comune tra i pazienti e lo staff. Gli operatori sanitari non possono mettere in condizione empowered le persone: solo le persone possono empowered loro stessi. Tuttavia, gli operatori possono aiutare i pazienti a sviluppare, proteggere e utilizzare le risorse che promuovono o favoriscono un senso di controllo e di auto-efficacia (Gibson,1991).

1.6 L'empowerment e i servizi di comunità

Abbiamo già affermato precedentemente che l'empowerment é un costrutto multi-dimensionale ed appunto ritornando sulla questione non possiamo non toccare i servizi di comunità e come questi interagiscono con l'empowerment. Le comunità "terapeutiche" hanno un

ruolo importante nel seguire il percorso delle persone con grave disagio psichico, quando questi ultimi sono fuori dalle istituzioni. Questa parte della catena ha sempre riscontrato grossi problemi nella pratica psichiatrica per il processo di capacitazione e l'inserimento dell'individuo nella comunità. Un servizio di comunità orientato verso l'empowerment dà la possibilità ai pazienti psichiatrici di fare il loro ingresso nella comunità in una maniera più morbida. Una comunità è un dominio locale che si caratterizza per i seguenti elementi: (1) un senso d'identità e di appartenenza a un gruppo, (2) comuni sistemi-simili di simboli di lingua, riti e cerimonie, (3) in comune valori e norme, (4) l'influenza reciproca dei membri della comunità, hanno influenza e sono influenzati dagli altri; (5) esigenze condivise e impegno per la loro riunione, e (6) hanno in comune una connessione emotiva tra di loro, storie comuni, azione, esperienze, e il sostegno reciproco. La comunità può essere geograficamente delimitata (ad esempio, un quartiere), ma non è necessariamente (ad esempio, un gruppo etnico). Inoltre, una zona di città o di utenza può essere solo un aggregato di persone che non interagiscono, possono includere numerose comunità, o può avere poco senso di comunità. Diversi quartieri all'interno di una città possono variare tra di loro nella misura in cui hanno un senso di comunità diverso (Klein, 1968; Sarason, 1984).

A livello comunitario si parla di empowerment quando si fa riferimento all'attivazione dei cittadini in relazione alle strutture sociopolitiche e allo sviluppo delle loro Capacità di incidere sulle trasformazioni sociali (Perkins & Zimmerman, 1995; Dallago, 2006; cit. in Nicoli et al 2010).

La definizione di comunità come concetto ci permette di chiarire al meglio il concetto dell'empowerment di comunità. L'empowerment, nel suo senso più generale, si riferisce alla Capacità delle persone di ottenere la comprensione e il controllo delle forze personali, sociali, economiche e politiche alla fine di intervenire per migliorare le loro situazioni di vita (Kindervatter, 1978; Gutierrez, 1988; Zimmerman & Rappaport, 1988).

Una comunità empowered è quella in cui gli individui e le organizzazioni contribuiscono con le loro competenze e le risorse a sforzi collettivi per soddisfare le rispettive esigenze. Attraverso tale partecipazione, gli individui e le organizzazioni all'interno di una comunità empowered forniscono un maggiore sostegno per gli altri, indirizzano i conflitti all'interno di essa, e guadagnano maggiore influenza e controllo sulla qualità della vita nella loro comunità. L'empowerment di comunità ha la Capacità di influenzare le decisioni e i cambiamenti in un

campo più grande del sistema sociale. Di conseguenza, l'empowerment a livello di comunità è collegata con l'empowerment a livello individuale e organizzativo (Schulz, 1994). Questa concettualizzazione è simile alla definizione della zona empowered la quale è composta dalla Capacità ed equità, in cui la Capacità è definita come uso del potere per risolvere i problemi e l'equità è definita come ottenimento di una giusta quota di risorse (Biegel, 1984).

Come queste strutture comunitarie si possono orientare verso la filosofia dell'empowerment nella promozione della salute mentale sottolineando i valori dell'empowerment, integrazione comunitaria e giustizia sociale?

Lo staff di trattamento in ospedale psichiatrico forense inizia il processo di inserimento del paziente nella comunità, determinando prima la disponibilità della persona per il rilascio e le esigenze. I pazienti sono passati attraverso un processo di integrazione all'interno dell'ospedale, distacandosi dal mondo esterno per un periodo di tempo, nel quale interrompono la maggior parte dei rapporti sociali e familiari che avevano, il re-inserimento diventa difficile e chiede in questa fase un adeguato passaggio dall'istituzione stessa e quelle di comunità prima che avvenga la dimissione. Generalmente la gente si muove attraverso il sistema sperimentando meno sicurezza, con più responsabilità e indipendenza (Chovil et al. 2004).

Una percentuale rilevante di persone con malattie mentali gravi continuano ad avere notevoli problemi con il funzionamento sociale e personale, molti anni dopo la dimissione, nonostante il buon trattamento in alcuni casi. La maggior parte non sono così disabilitati o con comportamenti disturbanti d'aver bisogno di cure ospedaliere a lungo termine, ma per loro rimane sempre il rischio di isolamento sociale, auto-abbandono, ricaduta nella fase acuta di malattia, l'incapacità di far fronte alle difficoltà e sfruttamento in contesti comunitari. Lo staff di riabilitazione comunitaria deve essere in grado di fornire una consistenza di input e concentrarsi sulla riabilitazione e il recupero (Nelson et al., 2001).

Gli approcci tradizionali verso le persone con gravi problemi di salute mentale hanno sottolineato l'importanza del controllo e delle competenze dei professionisti, la riduzione dei sintomi, e l'acquisizione delle competenze sociali. Tuttavia, sono stati sempre notati dei limiti per quanto riguarda il controllo professionale, la medicalizzazione, e l'approccio centrato sulla persona (Nelson et al., 2001).

Lo sviluppo della Comunità é necessaria per un approccio verso l'empowerment, l'uso nella comunità di tecniche di sviluppo e valori risulta in (Published in Great Britain by the Community Development Foundation):

- competenze e conoscenze per entrare in contatto con il processo decisionale, le strutture e le opportunità
- il senso di un destino comune, interessi comuni
- reti informali e di connessione sociale
- una maggiore responsabilizzazione personale (efficacia collettiva)
- meccanismi di supporto e responsabilità
- riduzione della disuguaglianza e delle barriere

Questi gruppi esterni composti da famigliari, professionisti, ex-pazienti, organizzazioni profit e non-profit, rappresentano in sé strutture comunitarie importanti per l'inserimento del paziente nella comunità. Lo sviluppo della Comunità é un elemento importante nel processo dell'empowerment, con il proprio insieme di valori e norme, includendo più persone coinvolte in un una migliore qualità del processo decisionale, con conseguente maggiore empowerment e la soddisfazione per le comunità. Lo sviluppo delle pratiche di comunità mira a incorporare a queste strutture e comprendere la democrazia di tutti i giorni in modo che tutti sappiano come possono influenzare decisioni come singoli cittadini, ma, più soprattutto, attraverso approcci collettivi che coinvolgono l'apprendimento, il dialogo e la negoziazione fra pari in un gruppo.

CAPITOLO II

LA PSICHIATRIA DEI SERVIZI E L'EMPOWERMENT PSICOLOGICO

2.1 L'empowerment psicologico della persona

Proseguendo il nostro percorso, diventa necessario definire altri concetti importanti per poter comprendere più a fondo “la microcultura personale dell’empowerment - oriented”. Oggi si cerca di non stigmatizzare in nessun modo la persona che ha dei problemi di salute mentale, e proprio per questo motivo che la terminologia per questa categoria è cambiata molto nei tempi e dal termine “folle” si è poi passati a quello di “paziente” a quello di “persona”.

Lopez (2007), definisce persona un “individuo in grado di realizzare al meglio le proprie potenzialità e di raggiungere i livelli più maturi di coesione e unità, in cui l’universalità della specie si lega alla singolarità dell’individuo”; “è quel conseguimento, quella meta, (...) dove l’individuo, grazie alla logica dei distinti, non viene riconosciuto più soltanto come altro ma anche come sé, ed è mantenuto nella differenza, preservato nella sua dignità oppositiva” diventa così un soggetto unitario, non alienato e non ridotto ad individuo”.

L’intuizione originaria è che esiste “qualcosa” all’interno delle persone, che influisce sul loro sentimento di benessere e sulla loro efficacia, che ha gli stessi effetti del “potere”, pur essendo diverso dal potere relazionale (basato sulle armi, o sui mezzi economici, o sul ruolo, o sulle Capacità); un potere che ha a che fare con variabili quali la motivazione, la sicurezza in sé, l’energia psichica, la tendenza a comprendere il luogo (“locus” of control) della causa di ciò che accade alla persona.

L’empowerment psicologico della singola persona e l’empowerment a livello di collettività (comunità, azienda, gruppo, fascia di popolazione) non possono essere evidentemente separati e disgiunti. Già Zimmerman e Rappaport nel loro primo elenco di fattori dell’empowerment evidenziavano la molteplicità di livelli dell’empowerment: “l’empowerment non è solo un costrutto psicologico individuale, è anche organizzativo, politico, sociologico, economico, spirituale” (Rappaport, 1987).

Claudia Piccardo (1995) nel suo libro “Empowerment: strategie di sviluppo organizzativo centrate sulla persona” focalizza e distingue tre possibili approcci:

1. l’approccio psicologico individuale di sviluppo delle potenzialità individuali (*self-empowerment*);
2. l’approccio psico-socio-politico ovvero del recupero dell’emarginazione individuale e **organizzativa**;
3. l’approccio socio-organizzativo centrato contemporaneamente sulle due leve dello sviluppo individuale e di quello organizzativo e impegnato contemporaneamente sulle variabili *hard* e *soft* dell’organizzazione, secondo la prospettiva socio-tecnica.

2.2 I concetti di base dell’empowerment psicologico

Alcuni concetti di base dell’empowerment psicologico della persona sono stati individuati, in buona parte, fin dai primi studi sull’empowerment. I lavori di Rogers et al. (1997) dimostrano che il concetto di empowerment può essere “operazionalizzabile” come costruito di cui è possibile una convalidazione empirica. Nella sua ricerca si mira a conseguire uno strumento in grado di esprimere l’essenza dell’empowerment e si è raggiunto un consenso su una definizione del concetto significativo per le persone con problemi di salute mentale identificando 15 caratteristiche significative dell’empowerment divise in 5. Gli item sono stati modellati su scale preesistenti quali L’internal – External Locus of Control Instrument (Rotter, 1966), la Self-Efficacy Scale (Sherer ed Adams, 1983) e la Rosenberg Self –Esteem Scale (Rosemberg, 1965):

1. Autostima – autoefficacia
2. Capacità - incapacità
3. Attivismo nella comunità
4. Ottimismo e controllo sul futuro
5. Rabbia giustificata

Via S. et al. (1999), ritengono che gli elementi che definiscono un processo dell’empowerment sono i seguenti:

- un processo di aiuto
- un partnership che prende in considerazione se stessi e gli altri
- una presa di decisione condivisa che utilizzi le risorse, le opportunità e l'autorità,
- la libertà di effettuare delle scelte e di accettare delle responsabilità.

Mackintosh N. (1995), parlando di self – empowerment, lo presenta come un approccio di educazione alla salute :

- centrato sull'individuo
- il cui scopo é facilitare la presa di decisione sviluppando una migliore immagine di sé e la stima di sé
- basato sull'idea che sviluppando la motivazione, la fiducia in sé e nelle proprie Capacita, l'individuo sia maggiormente in grado di identificare i propri bisogni di salute e di agire in modo da soddisfarli.

L'empowerment del paziente é presentato come il risultato di un'azione di educazione alla salute. Il quadro di azione non é precisato. Una strategia di self-empowerment ha come scopo quello di:

- promuovere convinzioni e attitudini che permettono di rinunciare a una ricompensa immediata per un beneficio ulteriore più importante.
- accrescere il controllo interno e la stima di sé e sviluppare competenze sociali come la \ Capacita di auto-affermarsi (assertiveness).

L'empowerment (www.torreluna.com) comprende alcuni aspetti molto importanti che scattano dalla condizione empowered:

- sentimento di responsabilità*, basato sull'investimento psicologico sull'locus of control” interno: cioè che dipende dalla persona. Nel caso contrario é l'investimento psicologico si riserva sull'esterno: e quindi sulla passività, la lamentela, il sentimento di de – responsabilizzazione:
- pensiero positivo operativo*: basato psicologicamente sull'investimento prevalente sulle risorse disponibili, invece che sull'investimento psicologico prevalente sulle risorse mancanti:

- c. *tendenza alla valorizzazione*: basata sull'investimento psicologico nelle caratteristiche positive possedute dalla persona, invece che nelle caratteristiche mancanti. Il contrario consisterebbe nella tendenza a sminuire il valore di sé e ad investire psicologicamente su ciò per cui la persona si sente criticabile e mancante con la conseguenza che vengano minate le basi per potersi orientare alla crescita e miglioramento.

- d. *fiducia di auto efficacia*: basata sull'investimento psicologico prevalente nella fiducia che la persona saprà trovare dentro di sé, quelle risorse che servono nel momento del bisogno. Il contrario sarebbe rappresentato dall'investimento prevalente sul timore di non saper trovare, pur avendole, le risorse dentro di sé quando ce n'è bisogno, per esempio di fronte alla innovazione.

- e. *speranzosità/ottimismo interveniente*: basata sull'investimento psicologico non solo sul timore ma anche sulla speranza di ciò che non è prevedibile e che è realmente fuori controllo, e che questo possa avere natura e conseguenze non solo negative ma anche positive. Ciò è rilevante anche per facilitare l'attenzione alle variabili intervenienti esterne ed alla possibilità che siano positive.

- f. *attenzione alla integrità della persona*: basata sull'investimento psicologico sull'aspetto per cui la persona è complessa e unica, anche se si declina diversamente in situazioni ed ambiti differenti (esempio: lavoro; famiglia; attività sociali). Il contrario è l'investimento psicologico prevalente sulla convinzione della necessità della declinazione diversa di sé nei vari ambiti e ruoli: al limite della separazione tra le parti diverse di sé, nelle varie situazioni. Queste dimensioni hanno il pregio di essere assai incisive nella spiegazione e nel funzionamento dell'empowerment. Hanno però il limite che sono poco influenzabili dalla persona: lo sono attraverso propri sforzi intenzionali, e l'intervento di aiuto da parte di un operatore professionale "empowerment oriented".

Judi Chamberlin dopo una esperienza con i servizi di salute mentale, in un periodo di grave disagio psichico, invece di rinforzare, ha indebolito ulteriormente il suo senso di sé e della sua Capacità di esercitare controllo sul proprio corso di vita:

“Undici anni fa passai cinque mesi, da paziente, in sei diversi ospedali psichiatrici. Fu un’ esperienza che mi demoralizzo nel modo più assoluto. Non che mi fossi mai ritenuta una persona dalla forza straordinaria, ma, dopo l’ospedalizzazione, mi sentivo semplicemente privo di valore... Passai anni interi con il timore che qualsiasi situazione di problema o difficoltà mi avrebbe portata, per ciò stesso, al crollo” (Chamberlin, 1988, p.5).

Judi Chamberlin (1997) in un articolo, nel tentativo di definire l’empowerment propone quindici elementi importanti della condizione empowered:

1. Avere il potere di prendere decisioni.

Essere capace di prendere decisioni, o "corrette" decisioni. L’atteggiamento paternalistico nel limitare il numero o la qualità delle decisioni che i professionisti hanno nei confronti dei loro clienti, si contrappone alla considerazione del giudizio del cliente in tutti gli aspetti, dando a esso la possibilità di prendere decisioni importanti circa la sua vita.

2. Avere accesso ad informazioni e risorse.

La possibilità di accedere a informazioni e risorse ti dà la possibilità di fare delle scelte oggettive in sé. Il processo decisionale non dovrebbe avvenire nel vuoto. Le decisioni sono meglio prese quando l’individuo ha informazioni sufficienti per valutare le possibili conseguenze delle varie scelte. Limitare la possibilità del cliente da parte dei professionisti pensando che così agiscono nel migliore interesse del cliente può diventare un’ profezia che si auto-avvera, in quanto, in mancanza di informazioni adeguate, i clienti possono fare scelte impulsive che confermano le convinzioni dei professionisti della loro inadeguatezza.

3. Avere un ventaglio di opzioni fra le quali poter scegliere per decidere.

Avere una serie di opzioni per poter fare delle scelte significative non è solo una questione di "Hamburger o hot dog" o "bowling o il nuoto. "Se si preferisce insalata, o la libreria”, una vita che ti dà la possibilità di avere una vasta gamma di scelte.

4. Assertività.

Assertività viene definita come uno stato in cui la persona è in grado di esprimere le proprie idee, le proprie esigenze ed i propri sentimenti in modo chiaro e diretto sapendo tener conto delle esigenze e dei sentimenti dell’altro. L’assertività in letteratura rappresenta l’equilibrio tra due forze estreme come la passività e l’aggressività. In una conclusione di

Vaccaro l'assertività si rappresenta così: “ si potrebbe affermare che l'assertività é l'esercizio della competenza sociale e della Capacità di coping. Si tratta di un modo appropriato di pensare, sentire, agire in situazioni relazionali e sociali. L'assertivo gestisce con competenza i bisogni contrastanti e persegue il successo personale nel pieno rispetto dei diritti altrui” (Vaccaro, 2008).

5. Sentire che ognuno può fare la differenza (avere speranza).

La sensazione che l'individuo può fare la differenza. La speranza é un elemento essenziale nella nostra definizione. Una persona che spera e che crede nella possibilità di cambiamenti e miglioramenti nel futuro, non una persona passiva che é senza speranza, che può pensare che é inutile fare uno sforzo. Ancora i professionisti della salute mentale che etichettano i loro clienti "incurabile" o "cronici" che bloccano la loro riabilitazione, ciononostante si aspettano che siano motivati in azioni che portano cambiamenti nella loro vita, nonostante la disperazione generale che tali etichette trasmettono.

6. Imparare a pensare criticamente, non farsi condizionare, vedere le cose in modo differente.

Imparare a pensare in modo critico é spesso il primo passo verso il cambiamento, vedere le cose in modo diverso. Ritenevamo che come parte del processo di diagnosi psichiatrica e trattamento, i clienti hanno avuto la loro vita, le loro storie personali, trasformati in "casi storie". Parte del processo dell'empowerment é il processo di recupero per queste storie di vita. Allo stesso modo, il processo dell'empowerment comprende una bonifica del proprio senso di competenza, e spesso il riconoscimento di rapporti nascosti di potere inerente alla situazione del trattamento. Nelle prime fasi di partecipazione ai gruppi di auto-aiuto, per esempio, é molto comune esprimere l'un l'altro le proprie storie, sia l'atto di raccontare e quello di essere ascoltati sono eventi importanti per i membri del gruppo.

7. Riconoscere ed esprimere la rabbia.

Imparare a conoscere ed esprimere rabbia. É difficile per i clienti esprimere la rabbia in modo appropriato. Questi atteggiamenti da parte delle persone con problemi di salute mentale sono spesso considerate dai professionisti di essere "scompensata" o "fuori di controllo. "Questo é vero anche quando la rabbia é legittima e sarebbe considerata così quando é espressa da una persona "normale", ed é così un esempio del modo in cui una qualità positiva diventa negativa, dopo che una persona viene diagnosticata. Poiché l'espressione della rabbia é stata spesso così

limitato, é comune per clienti di temere la loro rabbia e sopravvalutare il suo potere distruttivo. I clienti hanno bisogno di opportunità d'imparare sulla rabbia, di esprimere in modo sicuro, e a riconoscere i suoi limiti.

8. Non sentirsi soli, sentirsi parte di un gruppo.

Un elemento importante dello stato di benessere di una persona é l'abilità di mantenere contatti e interagire con altre persone. La sua dimensione di gruppo, riteniamo che sia un aspetto importante perché l'empowerment non mette l'individuo da solo, ma ha a che fare con l'esperienza di un senso di connessione con altre persone.

9. Capire che la persona ha dei diritti.

Il movimento di auto-aiuto tra i sopravvissuti psichiatrici é parte di un più vasto movimento che cerca di stabilire fondamentali diritti legali. Vediamo potenti parallelismi tra il nostro movimento e altri movimenti di oppressi e persone svantaggiate, tra cui minoranze razziali ed etniche, le donne, omosessuali, e le persone con disabilità. Parte di tutti questi movimenti é stata la lotta per la parità dei diritti. Attraverso la comprensione dei nostri diritti, si aumenta il nostro senso di forza e di fiducia in noi stessi. Andrews e colleghi, forniscono un decalogo dei diritti; Vaccaro ripropone allo stesso modo, affermando che “i diritti personali elencati sono validi per noi come per chiunque”,

- Ho il diritto di essere il giudice di ciò che faccio e penso.
- Ho il diritto di non assumermi la responsabilità di risolvere i problemi altrui.
- Ho il diritto di sbagliare.
- Ho il diritto di decidere per me stesso (...e assumerne la responsabilità)”.
- Ho il diritto di dire “no” senza sentirmi in colpa.
- Ho il diritto di non fornire spiegazioni o scuse per il mio comportamento.
- Ho il diritto di essere indipendente dalla benevolenza degli altri, e quando occorre fronteggiarli.
- Ho il diritto di esprimere i miei sentimenti positivi e negativi (Andrews et al, cit. in Stratico 2008,122).

10. Realizzare il cambiamento nella propria vita e nella propria comunità.

L'empowerment é qualcosa di più che un "sentimento" o un "senso," vediamo tali sentimenti come precursori all'azione. Quando una persona produce un cambiamento reale, con ciò lui aumenta la sensazione di padronanza e controllo sugli eventi della propria vita. Questo, a sua volta, porta a favorire in modo più effettivo questo cambiamento. Sottolineiamo che questo non é solo un cambiamento personale, ma anche nella dimensione di gruppo.

11. Imparare abilità (esempio la comunicazione) che uno considera importante.

Le Capacità di apprendimento che l'individuo definisce importanti é un altro aspetto che per alcuni professionisti della salute mentale rappresenta un problema, loro si lamentano che spesso i loro clienti hanno scarsa Capacità e non riescono a imparare nuove abilità, ma spesso le competenze che i professionisti definiscono come importanti non sono quelle che i clienti stessi trovano interessanti o importanti (ad esempio, fare il letto ogni giorno). Quando ai clienti viene data la possibilità di imparare cose che vogliono imparare, spesso i professionisti si sorprendono.

12. Cambiare la percezione altrui della propria competenza e Capacità di agire.

Cambiare la percezione dei professionisti di salute mentale verso i loro clienti nei confronti della incompetenza e inCapacità di agire. Le persone con diagnosi psichiatriche si devono stimolare nell'essere in grado di conoscere i propri bisogni e di dare seguito ad un'azione, così si diventa più capaci di cambiare la percezione degli altri di come si diventa più abili nel prendere il controllo della propria vita. Questa percezione dovrebbe cominciare a cambiare e il cliente che riconosce che sta cambiando il rispetto degli altri e delle percezioni su di sé, fa sì che aumenti la fiducia in sé stesso.

13. Uscire dal ghetto.

Uscendo allo scoperto, non sentirsi diverso. Questo é un termine che abbiamo preso dal movimento omosessuale. Le persone con svalutato status sociale scelgono spesso di nascondere questo fatto per non avere problemi. Tuttavia, questa decisione ha un prezzo sotto forma di riduzione dell'autostima e la paura di essere scoperte. Gli individui che hanno raggiunto il punto di dove possono rivelare la loro identità stanno mostrando fiducia in sé stessi.

14. La crescita e il cambiamento non finiscono mai e sono autogenerati.

La crescita e il cambiamento non hanno fine, lo sviluppo di una persona finisce, nel momento in cui la sua esistenza non c'è più. Volevamo sottolineare a questo punto che l'empowerment non è una destinazione, ma un viaggio dove nessuno raggiunge la fase finale in cui la crescita ulteriore e il cambiamento è inutile. La crescita personale è un processo che ci accompagna in tutta la nostra vita, essa nasce con noi e finisce con la nostra morte.

15. Aumentare la propria immagine positiva e vincere lo stigma.

Aumentare la propria immagine positiva e superare lo stigma è spesso il primo passo verso il cambiamento nel processo di riabilitazione per le persone con problemi di salute mentale. Quando una persona diventa più empowered, comincia a sentirsi più sicura e capace. Questo, a sua volta, porta a maggiore Capacità di gestire la propria vita, risultando in un miglioramento dell'immagine di sé. L'identità negativa del "paziente mentale" che è stato interiorizzata comincia a cambiare, comunicando e trasmettendo qualità positive.

2.3 Fattori empowering e fattori disempowering

Abbiamo parlato dell'empowerment e cercato di analizzare alcuni elementi importanti che rappresentano l'empowerment psicologico della persona. In questo contesto cercheremo di analizzare al meglio alcuni fattori empowering e fattori disempowering per poter capire i punti di forza e quelli che indeboliscono l'empowerment della persona.

L'empowerment viene visto come un processo nel quale la persona cresce pian-piano, e ciò ha un ruolo importante nella promozione alla salute, e potrà essere vista come un obiettivo generale nella presa in carico del paziente psichiatrico (grave).

2.3.1 Fattori Empowering

Elenchiamo tre fattori empowering importanti:

a. L'empowerment promosso.

La *de istituzionalizzazione* è un processo che ha avuto via in molti paesi europei, e viene visto come il primo passo verso l'empowerment. In questo senso le politiche e le normative definite a livello nazionale / internazionale mettono alla luce il ruolo dei attori politici nell'ampliare le

libertà e i diritti esigibili e promuovono la cittadinanza attiva. Una società aperta e una cultura liberale rappresentano una condizione ineliminabile di ordine generale necessaria per lo sviluppo dell'empowerment. Torrey afferma che “non si possono costruire buone pratiche a livello del paziente, trascurando la necessità di inquadrarle in politiche, nella dimensione locale e nazionale” (Torrey et al 2000). L'idea di questa libertà politica che è in relazione con la padronanza di sé derivano da teorizzazioni di dominio dell'individuo sul suo corpo (J.Locke) e dal idea di Kant che la felicità ognuno lo gusta al suo modo. La diversità dei caratteri che si contrastano tra loro e si espandono in direzioni diverse, necessità di salvaguardare le differenze e le minoranze, e a questo proposito si deve limitare la libertà della persona (Mill, 1869). In questo senso “La Società Aperta” si è fondato sui principi della centralità della persona e della democrazia che si realizza tramite di esse, e appunto questa classe che ci governa deve dimostrare di sapere prendere decisioni per il bene di tutti, e le persone devono avere anche la possibilità di rovesciare senza violenza, tramite le procedure della democrazia, i governi che non rispettano la volontà dei elettori (Popper, 1973). La democrazia scrive Todorov (2003), al riguardo non è sufficiente da solo, e il popolo potrebbe decidere che bisogna imporre forme estreme di violenza, non salva guadagnare più gli interessi dei più deboli del gruppo, ed è per questo che prediligono i regimi che rispettano i loro diritti alla libertà e alla democrazia liberale.

La de istituzionalizzazione (DI) diventa un punto chiave per il processo di empowerment, un OPG al primo sguardo ci presenta un ambito in qui è difficile realizzare questo percorso verso l'empowerment, e parlare di fattori empowering diventa un'impresa impossibile. Nei paesi dove lo stile democratico liberale come l'Albania e altri paesi del medio Oriente, è ancora nei primi passi o non è cominciato ancora e l'empowerment come processo non avanza. La DI secondo Priebe et.al. (2004) “è stata molto disomogeneo e frammentaria nel mondo occidentale e di fatto in molte nazioni non è mai cominciata. Sicuramente ha incontrato un vasto consenso nella maggior parte degli stati europei e nel mondo anglofono per oltre vent'anni mentre in altri continenti non è mai iniziato”.

I principi della democrazia e quelli dei diritti umani rappresentano elementi importanti in una società autonoma è uguale per tutti, che dà la possibilità a tutti gli individui di “avere potere” e di “esercitare potere” nei limiti previsti.

Parlando di fattori empowering, tutti quei diritti–libertà che godono le persone internate a un O.P.G. vanno ovviamente considerati come fattori empowering; libertà–diritti godute da convenzioni europee, (di qui l’Albania ha ratificato tutte, come necessarie per entrare a fare parte del Unione Europea) considerate innestate in un sistema giudiziario-sanitario universale e solidario, sotto la forma di tutela dei diritti fondamentali dell’uomo e tutela alla salute mentale e alla presa in carico del paziente. Tutti questi diritti –libertà che “godono” gli pregiudicati a un O.P.G. sono difficili da constatare se prendiamo in considerazione il fatto che gli pregiudicati sono sottoposti a un trattamento sanitari obbligatorio rispettando la misura di sicurezza datosi dal tribunale. Le iniziative legislative che hanno come scopo l’azione positivo per la realizzazione della parità e diritti per le categorie svantaggiate le quale fanno parte di questi fattori empowering.

Concludo la definizione con la citazione di Stratico (2008), “empowerment promosso–dalle politiche e dalle normative definite a livello nazionale/regionale in grado di ampliare le libertà e i diritti esigibili, e promuovere la cittadinanza attiva”.

b. Empowerment Facilitato

La dimensione che si prende di mira in questo caso é quella di comunità in un contesto locale, diventando così territorializzato, ed é proprio la struttura e il servizio di psichiatra che serve come sostegno di facilitare verso il singolo paziente/pregiudicato. La società trova per il paziente contesti di inclusione e di partecipazione che variano tra loro da quelle di organizzazione a quelle di volontariato e alle reti spontanee di inclusione, di solidarietà sociale, che si traducono in fonti di sostegno e risorse per queste categorie svantaggiate orientando e facilitando il loro inserimento nella comunità.

Crowfoot et al., (1983) sostiene che “ l’empowerment si può realizzare solo in interazione con gli altri, in gruppo, organizzazioni e comunità di persone che si sentono e agiscono insieme, una piccola organizzazione locale che si gestisce in modo democratico, diventa un veicolo a due dell’empowerment, sia per il cambiamento sociale anche per l’empowerment personale”. Questa dimensione ha un ruolo importante per il processo dell’empowerment, può essere percepito come facilitatore, ma se non si gestisce in modo adeguato può diventare un ostacolo, le buone reti di sostegno, le associazioni di pazienti e familiari sono il risultato di un lavoro che non ha mai fine e che continuano a svilupparsi in molte realtà della psichiatria di comunità.

c. L'empowerment "volute".

L'empowerment non si concede, anche ai pazienti psichiatrici più gravi devono in qualche misura volere il loro empowerment (Block, 1987, cit. in Stratico, 2008) afferma – "nessuno realmente conferisce poteri alle altre persone, non si concede agli altri una vera libertà, non si promulgano leggi in favore dell'auto- apprezzamento, ognuno deve iniziare da se stesso".

La partecipazione e il contributo dei "consumers" di salute mentale nella pianificazione del loro trattamento sono molto limitati, così come nella società in generale. "In queste condizioni, diventa quasi impossibile per le persone essere viste come valore e membri che contribuiscono nella società e che sono capaci di partecipare nella pianificazione e nella presa delle decisioni. Questa esclusione da una piena partecipazione ha portato a molte conseguenze negative, includendo servizi inappropriati, una limitata gamma di opportunità, ad una tendenza di iperprotezione e controllo delle persone con problemi di salute mentale e lasciando che gli altri parlino e decidano per loro" (Hutchison et al., 1999).

La persona deve riscoprirsi come persona intera che sente, reagisce e investe su se stesso ma senza sfuggire dall'altro come presenza significativa di supporto reciproco. "Empowerment è un processo di cambiamento interno ed esterno. Il processo interno è il senso della persona o la propria fede (credenza) alle sue Capacità di prendere decisioni e di risolvere i problemi. Il cambiamento esterno si esprime nella Capacità di agire e nell'implementare la conoscenza pratica, le informazioni, le competenze, la Capacità di altre nuove risorse acquisite nel corso del processo" (Parsons, 1988).

Essere consapevoli della propria vita, scegliere liberamente il percorso da intraprendere, coinvolgersi personalmente e assumersi delle responsabilità personale; "per alcuni consiste nell'iniziare un percorso per fronteggiare al meglio i sintomi, o di negoziazione dei trattamenti, per altri di acquisire o migliorare specifiche abilità che gli mettono in grado di cogliere un'opportunità ritenuta importante"(Stratico, 2008).

2.3.2 Fattori disempowering.

Lo stigma: Su un punto mi sa che siamo quasi tutti d'accordo, pazienti/pregiudicati, operatori di psichiatria, familiari, e ricercatori, che lo stigma costituisce un potente ostacolo per il processo di riabilitazione e per l'empowerment della persona. Lo stigma ha le sue radici nell'antica Grecia

e indica segni fatti su parti visibili del corpo per mostrare qualcosa di inusuale e negativa circa lo status morale di un individuo. Questi segni tagli o bruciature rendevano pubblico il fatto che l'individuo era uno schiavo, un criminale o un traditore. La malattia mentale é fortemente stigmatizzata e stigmatizzante. Il termine ha un carattere peggiorativo, é un marchio assegnato ad un individuo o ad una classe di individui. "Nella società una persona viene stigmatizzata quando un suo attributo, caratteristica o disturbo viene etichettato differente e inaccettabile, é questo stigma che deriva da paura e incomprendimento provoca: emarginazione, evitamento sociale solitudine, rabbia, senso di abbandono, colpevolizzazione e vergogna per la persona e per la sua famiglia, rischio di suicidio" (Asl Rieti).

Spesso le persone con problemi di salute mentale non riescono a impegnarsi in un trattamento. Il processo di stigmatizzazione é un fattore rilevante che si compone da quattro processi socio-cognitivi: idee, stereotipi, pregiudizi e la discriminazione. La società in generale dedurre la malattia mentale da quattro spunti: sintomi psichiatrici, dalle scarse competenze sociali, l'aspetto fisico, e le etichette (Corrigan, 2000; Penn & Martin, 1998). Molti dei sintomi di gravi malattie mentali come psicosi o schizofrenia, ad esempio, con i loro comportamenti inappropriati e bizzarri sono indicatori di manifestazione di malattia psichiatrica che producono reazioni stigmatizzanti (Link, Cullen, Frank, e Wozniak, 1987; Penn et al, 1994;. Socall & Holtgraves, 1992). Inoltre, anche delle scarse Capacita sociali che risultano da alcune malattie psichiatriche possono portare a risposte stigmatizzanti da parte degli altri (Bellack, Mueser, Morrison, Tierney, e Podell, 1990; Mueser, Bellack, Douglas, & Morrison, 1991). Allo stesso modo, anche l'aspetto personale povero può portare ad atteggiamenti stigmatizzanti, ad esempio, "una persona spettinata che é sulla panchina del parco deve essere un malato di mente "(Eagly, Ashmore, Makhijani, e Longo, 1991; Penn, Mueser, e Doonan, 1997).

Lo stigma influenza anche l'interfaccia tra malattia mentale e il sistema di giustizia penale. Gli operatori di polizia durante il processo di criminalizzazione di persone con malattie mentali, piuttosto che gli operatori del sistema di salute mentale, sono spesso costretti a rispondere alle crisi di salute mentale, contribuendo in tal modo per la crescente prevalenza di persone con gravi malattia mentale in carcere (Watson, Ottati, Corrigan, e Heyrman, citò. in Corrigan, 2004). Persone che presentano sintomi e segni di gravi malattie mentali hanno più probabilità di altri di essere arrestato dalla polizia (Teplin, 1984). Inoltre, le persone con la malattia mentale tendono a

trascorrere più tempo in carcere rispetto a quelli senza la malattia mentale (Steadman, McCarthy, e Morrissey, 1989). La crescente intolleranza degli autori di reati in generale ha portato a più severe leggi e ha ostacolato corrette pianificazioni del trattamento per i delinquenti malati di mente (Jemeka, Trupin, e Chiles, 1989, Lamb & Weinberger, 1998).

Stratico scrive – “lo stigma é un esperienza di offesa della dignità, di umiliazione, di discriminazione che attraversa tutte le società e le culture; non solo nelle società occidentali ed orientali ma anche nei paesi in via di sviluppo, dove anzi i pazienti si vedono negare l’accesso ai trattamenti e dopo l’identità perduta finiscono con perdere prima il nome e poi i diritti civili e politici. É un’esperienza che fa male anche quando sia “solo” sentita e non anche duramente subita... talvolta scrive Myers, lo stigma uccide...” (citò. in Stratico, 2008).

L’auto-stigmatizzazione: Un altro elemento che influenza l’empowerment di una persona é l’auto-stigmatizzazione che porta tanti malati di mente a interiorizzare attitudini svalutanti e discriminatori della società, a condividere il giudizio negativo e gli stereotipi sulla malattia mentale, ad anticipare la discriminazione degli altri e di conseguenza a sviluppare strategie di comportamento non addato come nascondere la malattia mentale e il ritiro sociale. Le persone affette da malattie mentali spesso devono affrontare un duplice problema: i sintomi della loro malattia mentale e lo stigma pubblico (Rusch et al. 2005). In fatti alcune persone con malattia mentale accettano i pregiudizi comuni e perdono l'autostima, di conseguenza l’auto-stigmatizzazione (Link BG, et al 2001) (di seguito denominato self-stigma). Il fatto che alcuni sviluppano una bassa autostima, mentre altri rimangono indifferenti alla stigmatizzazione o reagiscono con empowerment o rabbia giustificata é stato chiamato il "paradosso di autostigma e malattia mentale" (Corrigan et al ., 2002).

Corrigan e colleghi (2002) ha recentemente ipotizzato che due variabili influenzano la risposta personale alla stigmatizzazione pubblica: legittimità percepita della discriminazione e l'identificazione con il gruppo. “Se le persone con malattie mentali percepiscono come legittima la discriminazione, loro sono suscettibili ad avere una bassa autostima. Se invece considerano ingiusta la discriminazione, la loro reazione alla discriminazione percepita dipende dal livello di identificazione con il gruppo di persone con malattie mentali. Se non si identificano con questo gruppo, loro sono suscettibili di restare indifferenti, perché non credono che la stigmatizzazione pubblica si riferisce a loro. Se, tuttavia, mostrano un forte senso di identificazione con il gruppo,

loro sono suscettibili di reagire con rabbia giustificata ed empowerment. Il modello di risposta personale allo stigma associato alla malattia mentale dipende dal modo in cui si fanno le attribuzioni poiché le persone con differenti malattie mentali possono reagire in modo differente all'auto-stigmatizzazione”.

**«Non esistono persone normali e non,
ma donne e uomini con punti di forza e debolezza
ed è compito della società fare in modo che ciascuno
possa sentirsi libero, nessuno sentirsi solo»**

Franco Basaglia

Pericolosità sociale e T.S.O: La normalità è un termine soggettivo se si vede nel tempo. Da ieri ad oggi è stato in via di forti cambiamenti. Cercando di capire meglio gli fattori disempowering non possiamo non toccare il disagio psichico in quei casi in cui si fa uso di etichette come la “pericolosità sociale” e il “trattamento sanitario obbligatorio”. Nel nome della pericolosità sociale, l'individuo viene privato dalla maggior parte dei suoi diritti e viene rinchiuso a un OPG, e poi sottoposto al trattamento sanitario obbligatorio nei casi in cui:- una persona affetta da malattie mentali necessita di trattamenti sanitari urgenti, rifiuta il trattamento, o non è possibile prendere adeguate misure extraospedaliere. Queste forme di “prendersi cura” delle persone con malattie mentali sono lontane dal rispecchiare i diritti umani, i principi di riabilitazione e l'empowerment della persona.

Le relazioni asimmetriche: Quando c'è un rapporto asimmetrico la soluzione dei problemi può rivelarsi un compito impossibile. Il paziente viene visto come un individuo con un problema che può essere risolto dai professionisti della salute mentale. Questo approccio aumenta la difficoltà di esprimere sentimenti, idee e pensieri (Zoffmann, 2005). La mancanza del tempo che il paziente trascorre con il medico viene visto come un ostacolo nel processo di riabilitazione. Questo ha portato a relazioni a breve termine non sufficienti per stabilire un ambiente dove poter lavorare come una squadra (Paterson, 2001).

Il paternalismo: In uno studio danese di pazienti diabetici, un paziente descrive i professionisti: "mettono se stessi su un piedistallo". Inoltre i pazienti si sentono come destinatari di informazione professionale e non competenti come fonti di conoscenza (Zoffman, 2005). Lo

studio su uomini gay che vivono con l'HIV mostra che per alcune persone, il self-empowerment tende a creare problemi quando hanno a che fare con gli operatori sanitari. Questo é causato da uno scontro di ideologie: da un lato, il self-empowerment, filosofia che deduce autonomia, e dall'altro, la professione medica che impone autorità. Gli individui, con questa mentalità, hanno anche la tendenza a spostare la minaccia rappresentata dalla autorità mediche, costruendo un'immagine della medicina ortodossa, compresi i farmaci, come anatema di self-empowerment (Crossley, 1997). Lo studio canadese definisce l'empowerment come "incoraggiare le persone a partecipare come partner alla pari nelle decisioni circa l'assistenza sanitaria che ricevono e per i professionisti di valutare la possibilità di cedere il controllo quando un paziente rifiuta i loro consigli" (Paterson, p. 574). I partecipanti allo studio fornirono esempi di essere accolti con scetticismo e persino rabbia quando volevano influenzare le decisioni sulla loro cura. I professionisti sanitari dovevano invitare il paziente a partecipare alle decisioni di assistenza sanitaria, ma poi trascuravano l'ingresso fatto dal paziente.

Dipendenza: Uno studio di pazienti affette da malattia polmonare cronica mostra che un programma di riabilitazione trasforma i pazienti disempowered in grado di empowered. Si é anche trovato che persone che lasciano i gruppi di sostegno subito ,con meno risorse sono a rischio di caduta in uno stato di disempowered, in tal modo, si sottolinea che la riabilitazione deve essere visto come un processo continuo di supporto al cliente attraverso il loro "percorso alla malattia" (Toms.et al., 2002).

La diffidenza innescata dalla paura di perdere l'autonomia può causare alle persone di astenersi dal richiedere assistenza sanitaria, a causa del rischio di essere ricoverato in una casa di cura contro la sua volontà (Mc William et al. 1997).

Questi elencati e molti altri fattori disempowering si collocano fuori dalla portata dell'azione dei servizi e dei pazienti, é importante a questo punto non comportare atteggiamenti rinunciatori ed é a questo punto che si deve iniziare a riflettere su approcci di un servizio psichiatrico orientato verso l'empowerment.

2.4 *L'empowerment nei pazienti grazi.*

“ Ci tengo a far vedere che, se ho una malattia , posso funzionare bene come persona. Se avessi un gamba rotta, non mi metterei mai a dire :”Sono una gamba rotta”. Allo stesso identico modo, non bisognerebbe dire: ”Sono schizofrenico”...Mettiamo pure che uno faccia fatica a camminare, ma se anche fosse, questa condizione non dovrebbe servire a definire tutta la sua vita...Non é che voglio essere uno schizofrenico “che si comporta bene”- come dire: “Anche se ha avuto una malattia mentale , é una brava persona...non é vero?”: voglio, semplicemente , che la mia malattia sia dimenticata. Non é qualcosa di cui andare orgogliosi, é soltanto una maledetta seccatura. Odio che mi diano dello schizofrenico” (cit. in Barham & Barnes, 1999, p.140).

La sofferenza psichica può restare un'esperienza temporanea o intermittente, ma può anche condizionare l'identità di una persona nella sua interezza. Sopra abbiamo citato le parole di un giovane diagnosticato con schizofrenia, che racconta l'effetto devastante che questa ha avuto su di lui. Il disagio psichico grave può colpire chiunque, a prescindere dall'età, classe sociale, genere o etnia. Per alcuni entrare in un ospedale psichiatrico non vuol dire accedere a un luogo sicuro e protetto, quando trovarsi ancora una volta in un ambiente a rischio - che questo venga dal personale della struttura e/o dagli altri pazienti (Wood & Copperman, 1996).

In alcune circostanze per poter controllare gli effetti del disagio psichico grave i servizi psichiatrici possono prendere talvolta una funzione protettiva, anche quando non sono affatto bene accettati. É importante riconoscere che ci sono realmente circostanze in cui simili interventi possono creare, sul lungo periodo, condizioni favorevoli all'empowerment, e in cui il mancato intervento degli operatori della salute mentale rappresenta, per converse, la risposta più dannosa. Gli stessi utenti della psichiatria sottoposti a trattamento sanitario obbligatorio non sempre ne negherebbero la necessità (Campbell, 1997). Un problema principale sollevato dal disagio psichico da quelli che sono affetti, sia per quelli che lo vivono indirettamente, si rappresenta da una continua oscillazione di stati d'animo e comportamenti diversi che esso provoca. Questa imprevedibilità complica la vita relazionale delle persone e rischia di spezzare anche i legami sociali più consolidate. C'è sempre una relazione ambivalente tra salute mentale e vita familiare. Nell'ambito di quanti fanno ingresso in ospedali psichiatrici, infatti, fra gli uomini prevalgono i single mentre la maggior parte delle donne sono sposate (Barnes & Maple, 1992), e

da molte ricerche risulta che le donne sposate presentano, una minore esposizione a sindromi psicotiche e nevrotiche rispetto alle donne non sposate (Nazroo, 1997). La convivenza con una persona con problemi di salute mentale può essere fonte di enormi difficoltà per tutte le persone coinvolte; anche sul piano delle modalità di cure e – più in generale - delle scelte di vita possono nascere, con estrema facilità, situazioni di conflitto (Lefley, 1996).

In alcuni studi citati da Ruggero e Tansella (2002) la soddisfazione per il servizio è il principale predittore della qualità della vita soggettivamente percepita, altri studi fatti da Ruggeri et al (2003) su 404 persone con schizofrenia in cinque siti europei scopre che la soddisfazione dei pazienti nell'interazione con i servizi è collegata alla percezione di ciascun paziente che la cura ricevuta è stata ritagliata proprio sul suo problema; documentando in questo modo l'importanza e la necessità di progettare trattamenti individualizzati.

La riabilitazione in psichiatria è orientata da tempo dai principi filosofici dell'empowerment, competenza e recovery (Stromwall et al., 2003) ponendo come scopo principale il raggiungimento di obiettivi personalizzati di salute entro un limite di tempo definito: lo scopo dell'intervento riabilitativo è "guadagnare salute".

L'empowerment viene definito come un processo, come una strategia di Capacitazione dei pazienti/pregiudicati con grave disagio psichico, e a nostro parere sembra essere una buona pratica riabilitativa. "La base filosofica della riabilitazione in psichiatria è di insegnare alle persone con grave problemi di salute mentale le abilità che necessitano per poter funzionare normalmente nella comunità" (cit. in. Stromwall et al., 2003).

Alcuni elementi sembrano avere un ruolo importante nel processo dell'empowerment di una persona con grave disagio psichico, sotto cercheremo di spiegare alcuni di loro:

1 Il principio di autonomia, che permette alla persona di essere giudice di se stesso ed assertore dei propri valori e diritti nelle sue scelte. L'autonomia è la Capacità acquisita di funzionare produttivamente nel sociale....una persona autonoma è quello che vuole integrarsi, verificarsi, misurarsi, spendersi in formazioni complesse con altri, con i partner di ogni comunicazione, con la famiglia, con i colleghi, con gli amici, con i compagni di strada ecc (Trentini 2003, cit in Stratico 2009). La malattia mentale grave in se colpisce la libertà dei pazienti/pregiudicati in molti sensi, come quella giuridica, medica, sociale di prendere decisioni autonome. I pazienti /pregiudicati sono degni di cura e di attenzione come tutti gli altri pazienti.

2 La responsabilizzazione é un elemento importante in tutti i due i gruppi, sia da parte degli operatori - i quali sono responsabili per raggiungere l'obiettivo, ridurre il bisogno di assistenza, e da parte del paziente - acquisizione per passare da oggetto del Diritto a soggetto che esercita diritti. La responsabilizzazione del paziente verso il trattamento comprende alcuni indicatori :

- Una più matura Capacità del paziente di individuare/negoziare in modo realistico, e a partire da questo,
- Un iniziale aumento della compliance al trattamento, seguito da un'adesione che arriva infine alla condivisione dei suoi obiettivi (cit. in Stratico, 2009).

3 “Internal locus of control” presentato da Rotter (1996) un concetto base nella letteratura dell'empowerment, porta i soggetti a considerare causa determinante dell'azione e ad assumersene una proporzionale responsabilità, invece l'external locus of control attribuisce a fattori esterni gli esiti delle azioni. Uno studio sostiene che l'attribuimento delle responsabilità all'esterno riduce il benessere soggettivo in maniera significativa (Vaillant, 2004).

4 L'autostima viene intesa come “grado di positività /negatività della propria autovalutazione. L'autovalutazione in sé può riguardare l'autostima globale, che secondo Micheli (1998) é un giudizio complesso sul proprio valore, sensazione di meritare valore e considerazioni o di non meritare (Micheli e Castelfranchi, 1995, cit. in Stratico, 2009). L'autostima globale é la più importante ai fini del benessere psicologico della persona. I livelli di autostima e la stabilità di tale livello costituiscono variabili fondamentali della personalità. Permettono di fare previsioni sul comportamento e sullo stato di benessere mentale. I pazienti gravi con bassa autostima, tendono a credere di non avere sufficiente potere interno (qualità, doti, competenze) per raggiungere i propri scopi.

5 L'approccio delle Capacità sta alla base del concetto di sviluppo umano definito da UNDP come un processo di ampliamento delle possibilità di scelta umana. Lo sviluppo umano e sostenibile, si basa su quattro pilastri: eguaglianza, sostenibilità, partecipazione, produttività (UNDP, 1995).

Tale approccio restituisce dignità alla persona attraverso la centralità dell'essere umano. Infatti, le risorse, come il reddito e i beni, rimangono importanti ma sono considerate mezzi per generare

i funzionamenti (ovvero i risultati raggiunti) e le *capability* (ovvero le libertà di conseguire tali risultati). L'insieme delle *capability* o *capability set* è composto dall'insieme di opportunità/Capacità della persona. L'idea che sta alla base dell'approccio delle *capability* è che gli assetti sociali dovrebbero tendere ad espandere le *capability* delle persone, ossia la loro libertà di promuovere o raggiungere i *beings*, *doings* e *becomings* a cui essi stessi danno valore, sia a livello individuale che per la società nel suo complesso. Una condizione essenziale perché si possa parlare di progresso, sviluppo o riduzione della povertà è che le persone abbiano maggiori libertà (intese come opportunità). In altre parole, lo sviluppo può essere visto come un processo di espansione delle opportunità e delle libertà di cui le persone possono effettivamente godere (Sen 1999; Sen 2009, p. 17). L'approccio delle *capability* ritiene che focalizzare l'attenzione sulla libertà sia un modo più accurato di valutare quello a cui le persone danno effettivamente importanza. Utilizzare tale approccio significa allargare lo spazio informativo su cui basare le decisioni, includendo aspetti non materiali, come la dignità, il rispetto verso se stessi e gli altri, l'amore e le attenzioni (intese come *care*).

6 L'auto – efficacia riguarda prima di tutto un giudizio positivo sulle proprie Capacità, un concetto presentato da Bandura nel 1982. L'autore in numerose ricerche sperimentale deriva al fatto che i meccanismi dell'auto-efficacia influenzano i nostri pensieri, comportamenti e la sfera emozionale (Bandura, 1982). L'auto-efficacia può essere definita come fiducia nelle proprie Capacità di agire in modo efficace per definire e conseguire con successo fini e obiettivi personali.

Rosenfield (1992) e i suoi colleghi hanno cercato di studiare l'empowerment nel contesto di riabilitazione psicosociale, loro hanno trovato che l'empowerment si associa con molti aspetti di qualità della vita, ma non si associa con la soddisfazione dal loro lavoro e lo status finanziario.

I singoli individui che devono riprendere il controllo dei propri problemi, la maniera in cui vengono trattati e le loro vite. A livello individuale, i pazienti con grave disagio psichico devono riacquistare il proprio controllo, nella seguente maniera:

- sviluppando e rinforzando la maniera in cui affrontano le proprie difficoltà (per esempio attraverso una programmazione del recupero della persona).
- avendo un'influenza diretta per quanto riguarda i trattamenti e le cure che ricevono, e

preparandosi per eventuali crisi così che possano avere da che dire anche durante periodi di stress acuto (per esempio attraverso dichiarazioni anticipate); e

- lavorando per le loro ambizioni e obiettivi, che potrebbero per esempio includere impiego, educazione, un ruolo più importante nella famiglia e relazioni. Questo include esigere diritti e prendendosi responsabilità che creino e massimizzano libertà che darebbero agli utenti di servizi di salute mentale un pari stato nella società, favorendo:

a. Rispetto, indipendenza e protezione nelle forme di: diritto alla privacy, ricevendo ed esercitando i pieni diritti e le responsabilità di cittadini, ed essendo liberi da ogni forma di discriminazione ; benefici che garantiscano uno standard di vita decente, la scelta del luogo di residenza e la tipologia di abitazioni con pieni diritti di usufrutto, assicurazione dei diritti di proprietà, accesso a rappresentanza legale gratuita e assenza di coercizione;

b. Scelta ed opportunità di sviluppo personale ed inclusione sociale nelle forme di uguale accesso all'informazione, all'impiego, e al supporto da parte di pari;

c. Sviluppo personale attraverso opportunità per l'educazione e lo svago: scuole, università e biblioteche, e accesso ad internet, varie attività di svago, viaggi; e

d. Inclusione sociale nei termini di accesso alle attività pubbliche, senza restrizioni per far parte di associazioni, e senza limitazioni per quanto riguarda l'assicurazione sanitaria o per ottenere prestiti bancari.

I lavori di Rogers et al.,1997, proposero quindici attributi dell'empowerment emerse dai leader del movimento di auto-aiuto. Dando l'identikit della persona empowered come un soggetto che ha un senso del proprio valore, della propria efficacia e della propria Capacità, che identifica la rabbia come una forza che può inescare il cambiamento sociale, e che è ottimista sulla propria Capacità di esercitare il controllo sul corso della vita; questa persona riconosce l'importanza del gruppo o della comunità nel determinare il cambiamento, ma dà anche molto valore all'iniziativa personale.

2.5 *L'empowerment nell'equipe*

*“L'empowerment in psichiatria,
verso i pazienti, e verso i componenti gruppi di lavoro,
può essere inteso e definito come
consapevole e responsabile
progettualità generativa della persona”*

E. Stratico

In alcune categorie professionali specificamente quelle di psichiatria, l'impatto delle condizioni di lavoro e di stress lavorativo, sullo stato del benessere e della salute delle persone è ampiamente documentata. Tuttavia, lo sviluppo di disagio e malattia non è considerata come diretta conseguenza di condizioni di lavoro stressanti solo, ma piuttosto come conseguenza di una delle reazioni inadeguate singoli o inadeguate quadri organizzativi o una combinazione di entrambi (Reinhold K, Rainer P, 1995). Coinvolgendo il personale in una cultura dell'empowerment si permette loro d'usare le proprie conoscenze, esperienze, motivazioni per realizzare dei compiti che vanno a beneficio del paziente e dell'organizzazione, con modalità tangibili e intangibili, provando un senso di soddisfazione per ciò che fanno.

I risultati di uno studio condotto da Timothy A. Judge e colleghi (2001) indicano che l'autostima, locus of control, stabilità emotiva, e l'autoefficacia sono predittori significativi sia di soddisfazione sul lavoro (job satisfaction) che di prestazioni di lavoro (job performance).

Giudice et al. (1997) ipotizzarono che l'auto-valutazione sarebbe correlata alla soddisfazione dal lavoro attraverso modi sia diretta che indiretta. Questo studio tende a supportare l'ipotesi che l'autostima, self-efficacy generalizzata, locus of control, e neuroticismo sono ciascuno indipendentemente significativamente correlati con la soddisfazione sul lavoro. Anche se i rapporti di questi tratti di soddisfazione sul lavoro sono state discusse in recensioni della letteratura rispetto all'autostima (Tharenou, 1979), il locus of control (Spector, 1982), e la stabilità emotiva (Furnham & Zacherl, 1986), l'esatta grandezza di queste relazioni, e la variabilità in questi rapporti tra gli studi, non è stata stabilita. (cit. in Judge et al. 2001, p. 81). Per poter empowering una struttura è necessario lavorare con gli operatori per non farli sentire impotenti e inefficaci. Gli operatori impotenti sono meno soddisfatti del proprio lavoro e più

suscettibile di burnout e de-personalizzazione. L'empowerment per gli operatori può essere costituito da tre componenti:

- un posto di lavoro che ha le strutture necessarie per promuovere l'empowerment,
- la convinzione psicologica nella propria Capacità di essere autonomi,
- e il riconoscimento che vi è il potere nelle relazioni e la cura che gli operatori forniscono.

Una comprensione più approfondita di queste tre componenti può aiutare gli operatori a diventare autonomi e capaci di utilizzare il loro empowerment per la migliore assistenza al paziente (Manojlovich, 2007). Per la Capacitazione del paziente grave non bastano, un servizio ed un approccio derivati dalla cultura dell'empowerment, è necessario che si persegua anche l'empowerment del gruppo di lavoro; “è mia ferma convinzione che i processi necessari al conseguimento della metà indicate troveranno comprensione, sostegno, alimento, forza e prefigurazione da un processo parallelo e sinergico che coinvolga i singoli operatori e l'equipe nel suo complesso; ovvero da un processo nutrito dagli stessi valori e dalle stesse logiche indicate per l'empowerment dei pazienti” (cit. in Stratico, 2009).

Empowerment sembra destinato a fornire un concetto ombrello di sviluppo professionale nei operatori sanitari e specificamente per lo staff infermieristico (Kuokkanen et al 2000; Bradbury-Jones et al 2008). Inoltre, lo scopo della pratica degli operatori empowered è quello di empowering i pazienti verso un funzionamento ottimale e una salute migliore (Laschinger et al.,2010). La percezione degli operatori sul loro empowerment è stato studiato da Laschinger il quale sostiene che le percezioni personali dello staff sull'empowerment strutturale si lega in modo positivo con l'impegno sul lavoro, e alla percipità efficacia dal lavoro (Laschinger et al. 2009). J.L.G Gutierrez et al. (2005) hanno mostrato che tra le dimensioni della personalità e il benessere soggettivo c'è una forte correlazione. C'era un'associazione positiva tra l'apertura all'esperienza e le componenti positive e negative d'affetto. Variabili demografici (sesso, età e stato della relazione) si associano in modo differente al benessere soggettivo, e la spiegazione per queste associazioni è altamente probabile che si trovi nei legami tra le variabili demografiche e di personalità. L'empowerment del gruppo di lavoro condiziona fortemente quello del paziente non solo perché i servizi orientati alla riabilitazione e recovery (e quindi all'empowerment)

necessitano di professionisti che credono di poter fare in positivo la differenza, ma soprattutto perché, come afferma Blanchard (2007) “un personale deresponsabilizzato e trattato scorrettamente non si fa carico di aver cura del paziente e con il tempo, ostacola il conseguimento dei risultati voluti”. Le ricerche di Pearlin et al., (1981), e Lazarus (1984) dimostrano che le persone che si sentono impotenti o che hanno un locus of control esterno sono stati trovati ad affrontare i problemi in maniera passiva e emotiva, con disimpegno comportamentale o mentale, con negazione, elusione e l' uso di droghe, mentre le persone che si sentono autorizzati e in possesso di una locus of control interno tendono ad usare strategie più attive che mirano a risolvere i problemi con strategie di coping come la pianificazione attiva, l'azione concentrata al problema, e nel cercare il supporto sociale (Carver, Scheier & Weintraub 1989). Sulla base di questi risultati di ricerca la teoria dell'empowerment suggerisce che dando alle persone la possibilità di una partecipazione attiva sul posto di lavoro, li avrebbe aiutati a superare sentimenti di impotenza, e di impotenza appresa, e quindi di riattivare le proprie competenze nascoste attivamente per far fronte allo stress e ai rischi per la salute. Per quanto riguarda la correlazione tra la qualità di vita e lavoro, si può presumere che affrontare lo stress sul lavoro in modo più adeguato non solo ridurre gli effetti negativi dello stress sulla salute, ma anche aumenta la soddisfazione personale dalle condizioni di lavoro e l' identità istituzionale del personale.

In uno studio di (supportato da Bartlett e colleghi 2000); Svediene et al (2009), il livello di formazione degli infermieri influenza la percezione degli infermieri sulla loro competenza e l'uso della competenza nella pratica. Gli operatori che esercitano in un ambiente sanitario di oggi si trovano ad affrontare dilemmi morali ed etiche sempre più complesse. Gli operatori incontrano questi dilemmi in situazioni in cui la loro Capacità di fare la cosa giusta é spesso ostacolata da valori contrastanti e le credenze di altri operatori sanitari. In queste circostanze, confermando il loro impegno a pazienti richiede notevole coraggio morale. Questi aspetti sottolineano la necessità che tutti gli operatori in tutti i ruoli attraverso tutte le impostazioni si impegnino a lavorare verso la creazione di ambienti di lavoro che supportano il coraggio morale. Le strutture organizzative che supportano il coraggio morale si evidenziano da questi elementi: la missione dell'organizzazione, la visione e i valori, modelli di cura, strutture empowered, una gestione condivisa, comunicazione, una giusta cultura, e la leadership che promuove il coraggio morale (La Sala et al, 2010). L'empowerment degli operatori é stato identificato come un attributo

importante, che é essenziale per il funzionamento efficace di un'organizzazione (Palmier, 1998). Discussioni teoriche sull'empowerment strutturale e la sua relazione con lo sviluppo dell'empowerment negli operatori sono abbondanti nella letteratura (Kanter, 1993; Kluska, Laschinger-Spence & Kerr, 2004; Sui, Laschinger & Vingilis, 2006). L'empowerment é stato anche dimostrato di essere essenziale per gli obiettivi, gli esiti e la condivisione di modelli di governo (Anthony, 2004; Erickson, Hamilton, Jones & Ditomassi, 2003; cit.in Larkin et al., 2008).

Per concludere per quanto riguarda l'approccio dell'empowerment nelle istituzioni di psichiatria: “la Capacitazione –maturazione-emancipazione delle persone componenti, il gruppo di lavoro, promossa é facilitata da una leadership che, nel perseguire gli obiettivi indicati nella missione, esercitino responsabilmente nei loro confronti una funzione generativa. Di conseguenza: sar  empowering quell'approccio, quel tipo di mentalit , che nell'organizzazione punter  sulle persone, sulla loro responsabile, autodeterminazione verso i processi, i prodotti, e i pazienti” cit. in. Stratico 2009.

\

Capitolo III

Metodologia di ricerca

3 *Introduzione*

Le motivazioni che hanno promosso l'impostazione di questo disegno di ricerca sull'empowerment al Ospedale Generale delle Prigioni di Tirana derivano fondamentalmente da due aspetti: in primo luogo dall'importanza riconosciuta dalla letteratura scientifica internazionale, di un'adeguata comprensione del processo dell'empowerment in psichiatria forense, per una adeguata capacitazione dell'individuo, e per un inserimento e adattamento ottimale nella comunità. In secondo luogo dalla conseguente necessità di individuare gli interventi per la promozione della salute mentale e del benessere generale dell'individuo, e la prevenzione del peggioramento del disagio psichico in un'istituzione, orientata all'empowerment. La scelta di concentrare l'osservazione su questa specifica istituzione è emersa dalla carenza di attenzione, interventi e di studi specifici nell'ambito di psichiatria forense in Albania. Lo studio mira ad esplorare la condizione empowered tra i pazienti/pregiudicati e lo staff dei operatori coinvolti nel piano di riabilitazione dei pazienti forense al reparto psichiatrico forense dell'Ospedale Generale delle Prigioni di Tirana, Albania, ed a conseguire risultati di ordine descrittivo referenziale ed esplorativo.

3.1 *Finalità e obiettivi*

Lo studio si interessa a un numero di obiettivi e finalità in relazione alla condizione dell'empowerment personale nei pazienti/pregiudicati e nei membri dello staff che lavorano al Centro Ospedaliero delle Prigioni. L'empowerment personale è composto da cinque dimensioni che ben caratterizzano questo costrutto (Rogers *et al.*,1997). La relazione dell'empowerment con la qualità di vita nello staff e pazienti/pregiudicati è oggetto di studio con un particolare focus sul comportamento e il funzionamento del paziente/pregiudicato in ospedale.

Gli obiettivi sono:

1. Il primo obiettivo é quello di valutare le caratteristiche psichometriche degli strumenti impiegati per la rivelazione dei diversi aspetti dell'empowerment personale. In primo luogo, si é interessati a stabilire validità e attendibilità delle scale sull'empowerment nelle sue cinque dimensioni, e della qualità di vita nei due gruppi dello staff e dei pazienti / pregiudicati. Inoltre, ci si propone di verificare se L'empowerment scale e "Quality of Life Questionnaire", risultino sufficientemente adeguate alla misurazione del costrutto nei due gruppi e ai dati socio-demografici oggetto di osservazione.

2. Valutazione dell'empowerment dei pazienti/pregiudicati nel settore psichiatrico presso l'Ospedale

Generale delle Prigioni nelle cinque dimensioni.

- La relazione tra autostima e autoefficacia con l'empowerment personale.
- La relazione tra Capacita – inCapacita con l'empowerment personale.
- La relazione tra attivismo nella comunità con l'empowerment personale.
- La relazione tra ottimismo e controllo sull'futur con l'empowerment personale.
- La relazione tra rabbia giustificata con l'empowerment personale.

3. Valutazione dell'empowerment dello staff nel settore psichiatrico presso l'Ospedale Generale delle Prigioni nelle cinque dimensioni:

- La relazione tra autostima e autoefficacia con l'empowerment personale.
- La relazione tra Capacita – inCapacita con l'empowerment personale.
- La relazione tra attivismo nella comunità con l'empowerment personale.
- La relazione tra ottimismo e controllo sull'future con l'empowerment personale.
- La relazione tra rabbia giustificata con l'empowerment personale.

4. Analisi delle dimensioni dell'empowerment psicologico dei pazienti/pregiudicati e dello staff nel settore psichiatrico presso l' Ospedale Generale delle Prigioni.

- Analisi dell'empowerment dello staff e la sua relazione con altri fattori come età, sesso, stato civile, posizione di lavoro.

- Analisi dell'empowerment dei pazienti/pregiudicati e la sua relazione con altri fattori come età, sesso, stato civile, reato commesso, anni di permanenza al O.P.G, diagnosi del ricovero.

- Comparazione dei due gruppi riguardo all grado dell empowerment percepito

5. Analisi della relazione tra qualità della vita e dell'empowerment psicologico dei pazienti/pregiudicati nel settore psichiatrico presso l'Ospedale Generale delle Prigioni.

- La relazione tra benessere generale percepita e l'empowerment personale.

- La relazione tra lavoro ed istruzione e l'empowerment personale.

- La relazione tra attività del tempo libero e l'empowerment.

- La relazione tra religione ed empowerment.

- La relazione tra situazione finanziaria e l'empowerment.

- La relazione tra situazione abitativa e l'empowerment.

- La relazione tra situazione legale e sicurezza ed l'empowerment.

- La relazione tra relazioni familiari e l'empowerment.

- La relazione tra relazioni sociali e l'empowerment.

- La relazione tra salute , condizioni emotive attraverso sentimenti di tipo positivo/negativo e l'empowerment

- La relazione tra concetto di sé e l'empowerment.

6. Analisi della relazione tra comportamento in ospedale e dell'empowerment psicologico dei pazienti / pregiudicati nel settore psichiatrico presso l'Ospedale Generale delle Prigioni.

- La relazione tra comportamento in reparto e l'empowerment.

- La relazione tra contatti con il mondo esterno e l'empowerment.

- La relazione tra risorse specifiche secondo l'opinione dei infermieri e l'empowerment.

- La relazione tra fattori di rischio specifico e l'empowerment

7. Analisi della relazione tra qualità di vita e dell'empowerment psicologico dello staff nel settore psichiatrico presso l'Ospedale Generale delle Prigioni.

- La relazione tra benessere generale percepita e l'empowerment personale.

- La relazione tra lavoro ed istruzione e l'empowerment personale.

- La relazione tra attività del tempo libero e l'empowerment.

- La relazione tra religione ed empowerment.

- La relazione tra situazione finanziaria e l'empowerment.

- La relazione tra situazione abitativa e l'empowerment.

- La relazione tra situazione legale e sicurezza e l'empowerment.

- La relazione tra relazioni familiari e l'empowerment.

- La relazione tra relazioni sociali e l'empowerment.

- La relazione tra salute , condizioni emotive attraverso sentimenti di tipo positivo/negativo e l'empowerment.

- La relazione tra concetto di sé e l'empowerment.

3.2 Disegni della ricerca

La ricerca é stata divisa in tre fasi: nella prima fase ci si é occupato della traduzione e adattamento dei strumenti tramite un focus-gruppo. Si é usato un test – pilota per poter avere un affidabilità accettabile degli strumenti usati in questa ricerca. Nella seconda fase si é proceduto con la somministrazione degli strumenti nei due gruppi prescelti per la ricerca. Nella terza fase si é proceduto alle analisi dei risultati ottenuti. Nella traduzione in Albanese si é cercato di mantenere il più possibile, il significato che gli item avevano nella versione originale, in due direzioni:

- Mantenere la validità di contenuto degli strumenti

- Consentire il confronto con altri, che si sono avvalsi delle versioni originali degli strumenti.

Dopo aver tradotto e adattato gli strumenti della ricerca abbiamo discusso gli item dei questionari in un focus - gruppo che si è realizzato presso il settore psichiatrico dell’Ospedale Generale delle Prigioni di Tirana, Albania. Vi hanno partecipato 15 soggetti: cinque pazienti maschi diagnosticati con schizofrenia, quattro pazienti femmine con schizofrenia, una psicologa femmina e un assistente sociale maschio, un infermiere maschio, un infermiere una femmina, un poliziotto maschio, e una operatrice sanitaria (addetta alle pulizie). Gli items sono stati letti uno ed è stato chiesto ai presenti di discutere fra di loro su pertinenza, importanza e chiarezza di ciascuno di essi. Gli item hanno avuto un giudizio positive su tutti gli aspetti, confermando così la loro formulazione.

Un test-pilota è stato effettuato per poter misurare la coerenza interna degli strumenti usati, nel quale hanno partecipato 15 soggetti: otto (8) pazienti/pregiudicati e sette (7) operatori dello staff nel reparto psichiatrico giudiziario dell’Ospedale Generale delle Prigioni di Tirana. Per la validità interna della scala è stato usato come indice l’alpha di Cronbach per la misurazione della coerenza interna dello strumento in un campione di 15 soggetti.

Per poter analizzare alcune questioni che non erano molto chiare dalle analisi abbiamo realizzato due focus-gruppi con cinque pazienti per discutere alcuni item per poter capire meglio la percezione sulla qualità della vita e l’empowerment. Cinque operatori sono stato scelti per poter discutere sulle dimensioni di Capacita/inCapacita e rabbia giustificata le quali presentavano un punteggio con differenze significative.

Tabella 3.1 *I valori di Cronbach’s alpha per le 5 sottoscale e per l’intera scala (N=15)*

Subscale	Alpha	P
Autostima – autoefficacia	.821	<.001
Capacita – inCapacita	.622	<.001
Attivismo nella comunità e autonomia	.611	<.001
Ottimismo e controllo sul futuro	.354	<.001
Rabbia giustificata	.401	<.001
Whole questionnaire	.801	<.001

I parametri psicometrici hanno rivelato un indice di affidabilità con un Alpha di Cronbach che va da un range 0.354 – 0.81 e dopo questa fase abbiamo cominaciato la somministrazione dei strumenti.

3.3 Campione

Per realizzare gli obiettivi dello studio sono stati selezionati, nel reparto psichiatrico forense due gruppi: quello dei 89 pazienti e quello dei 68 operatori di questa istituzione.

a. Sezione Pazienti / pregiudicati

Questo reparto copre tutto il territorio del nostro paese. Da questo punto di vista possiamo affermare che il campione é significativo. Un ampio campione di pazienti forense, in qui 78 (87 %) erano maschi, e 10 (11.2%) erano femmine di, età compresa tra i 18 – 25 anni erano 9 (10.1 %), la maggior parte dei pazienti/pregiudicati 31 (34.8%) tra i 26- 35 anni, tra i 36 – 45 anni erano 25 (28.1%), tra i 46- 55 anni d'età erano 13 (14.6%), tra i 56 -65 anni erano 9 (10.1%) e tra i 65 in più erano 2 (2.2%) pazienti. Di questi pazienti 25 (28.1) erano coniugato/a, 14 (15.7% erano divorziato/a, 5 (5.6%) erano vedovo/a, un elevato numero di soggetti 43 (48.3%) erano celibe (single), e 2 (2.2%) convivevano con un partner. Con una differenza significativa si presenta il punteggio per i pazienti/pregiudicati, diagnosticati con schizofrenia 59 (66.3%), con psicosi 20 (22.5%), con disturbo paranoide 4 (4.5%), con epilessia 1 (1.1%), con disturb di personalità 3 (3.4%), con disturbi schizoaffettivo 2 (2.2%) del campione totale dei pazienti forense al reparto psichiatrico.

Tabella 3.2 Statistiche Descrittive delle caratteristiche generale dei pazienti/pregiudicati (N=89)

Variabile	N	%
Sesso		
Femmina	10	11.2
Maschio	79	88.8
Fascia d'età (anni)		
18-25	9	10.1

26- 35	31	34.8
36- 45	25	28.1
46-55	13	14.6
56-65	9	10.1
>65	2	2.2
Stato civile		
Coniugato/a	25	28.1
Convivenza	2	2.2
Divorziato/a	14	15.7
Single	43	48.3
Vedovo/a	5	5.6
Reato		
Danno alla proprietà' privata	8	9.0
Furto	11	12.4
Omicidio	52	58.4
Tentato omicidio	15	16.9
Traffico	3	3.4
Diagnosi		
Disturbo paranoide	4	4.5
Disturbo di personalità	3	3.4
Disturbo schizoaffettivo	2	2.2
Epilessia	1	1.1
Psicosi	20	22.5
Schisofrenia	59	66.3
Permanenza in OPG		
2 settimane – 3 mesi	16	18.0
6 mesi – 1 anno	18	20.2
2 anni – 5 anni	35	39.3
6 anni – 10 anni	18	20.2
> 10 anni	2	2.2

Nello studio hanno partecipato 89 pazienti di età media 39.2 (\pm 12.6), tra i quali 79(88%) dei pazienti erano maschi invece 10 (11.2%) erano femmine con differenze staticamente significative tra di loro. Si nota una predominanza dei pazienti/pregiudicati in fascia di età tra i 26 – 35 anni con 31 (34.8%) dei casi, seguita dai pazienti/pregiudicati in fascia d'età tra i 36-45 anni con 25 (28.1%) dei casi, per la fascia d'età tra i 46-55 anni con 13 (14.6%) dei casi. La categoria dei pazienti/pregiudicati compresi nella fascia d'età tra 18-25 anni e 56-65 anni rappresentano 9 (10.1%) dei casi. Invece la categoria dei pazienti/pregiudicati nella fascia d'età >65 anni in poi si presenta solo con 2 (2.2%) dei casi. La differenza secondo la fascia d'età è statisticamente significativa $\chi^2 = 40.5$ df = 5 p<0.01. La maggior parte dei pazienti/pregiudicati 43 (48.3%) è single, seguita da 25(28%) pazienti/pregiudicati che sono coniugati, e 14 (15.7%) dei pazienti/pregiudicati risultano divorziati. Vedovo risulta il 5 (5.6 %) dei pazienti/pregiudicati, e solo il 2(2.2%)dei pazienti/pregiudicati risulta conviveva. La differenza a secondo dello stato civile è statisticamente significativo $\chi^2 = 62.6$ df = 4 p<0.01. Differenze statisticamente significative si notano anche per il reato dei pazienti /pregiudicati $\chi^2 = 86.4$ df = 4 p<0.01. Anche per quando riguarda le altre categorie come la diagnosi si vede una differenza statisticamente significativa $\chi^2 = 174.6$ df = 5 p<0.01, per la permanenza dei pazienti/pregiudicati al Ospedale Psichiatrico Giudiziario si nota una differenza statisticamente significativa $\chi^2 = 30.8$ df = 4 p<0.01.

Tra di loro 52 (58.4%) per il reato di omicidio dimostrando una percentuale più alta tra i pazienti/pregiudicati del OPG di Tirana, 15 (16.9%) per il reato di tentato omicidio, 11 (12.4%) per il reato di furto, 8 (9%) per il reato di danno alla proprietà private, 3 (3.4%) per il reato di traffico di droga. Tra i quali 16 (18%) con una permanenza fino ai tre mesi, 18 (20.2%) fino a un anno, un punteggio più alto è emerso anche per i pazienti/pregiudicati 35(39.3%), residenti al OPG di Tirana fino a cinque anni, 18 (20.2%) fino a dieci anni, 2 (2.2%) con una permanenza di più di dieci anni al reparto psichiatrico forense. In Tabella 3.7 sono riportati le statistiche descrittive del campione osservato.

b - Sezione operatori dell' reparto psichiatrico giudiziario

Il campione di operatori che lavora all'interno dell'Ospedale Psichiatrico delle Prigioni era di 68 soggetti, divisi per settori, specificamente il settore psico-sociale, il settore medico, il settore

di sicurezza e il settore sanitario (di pulizia). Di età tra i 18 e i 25 anni erano 6 (8.8%), di età tra i 26 - 35 anni erano 15 (22.1%), di età tra i 36 – 45 anni erano 25 (36.8%), di età tra i 46 – 55 anni erano 14 (20.6%) e di età tra i 56 – 65 anni erano 8 (11.8) membri dello staff. La distribuzione di genere nei operatori dello staff dell’OPG di Tirana si presenta più normale tra i quali 40 (58.8%) erano maschi e 28 (48.2 %) erano femmine. Si nota una significativa differenza anche nel punteggio dello stato civile in qui i coniugati erano 47 (69.1%) di loro, divorziati erano 6 (8.8), vedovo/a era 1 (1.5%), nubile (single) erano 12 (17.6%), in convivenza erano 2 (2.9%) dei membri dello staff dell’ Ospedale Generale delle Prigioni. Tra i membri dello staff dell’O.G.P. 12 (17 %) erano medici, 2 (2.9%) appartenevano al settore psicosociale, una psicologa e un assistente sociale, 13 (19.1%) erano infermieri, 12 (17.6) erano figure sanitarie (pulizia) e 29 (42.6%) appartenevano al personale di sicurezza (polizia) anche qui il settore di sicurezza presenta dei punteggi più alto rispetto ai altri professionisti che lavorano all’OPG di Tirana. In Tabella 3.3 sono riportati le descrittive del campione osservato.

Tabella 3.3 Statistiche Descrittive delle caratteristiche generale dello staff (N=68)

Variabile	Mean	%
Sesso		
Femmina	28	41.2
Maschio	40	58.8
Fascia d’età (anni)		
18 – 25	6	8.8
26- 35	15	22.1
36- 45	25	36.8
46-55	14	20.6
56-65	8	11.8
Stato civile		
Coniugato/a	47	69.1
Convive	2	2.9
Divorziato/a	6	8.8
Single	12	17.6

Vedovo/a	1	1.5
Profession		
Figure sanitarie	12	17.6
Infermiere	13	19.1
Medico	12	17.6
Personale di sicurezza (polizia)	29	42.6
Psicologo/assistente sociale	2	2.9

Nello studio hanno partecipato 68 operatori dello staff nell'età media 40.7 (\pm 11.5). Il 28 (41.2%) dei operatori dello staff erano femmine invece 40(58%) di loro erano maschi senza differenze statisticamente significative tra di loro, $p=0.1$. Differenze statisticamente significative si notano per la fascia d'età $\chi^2=16.2$ $df=4$ $p<0.01$, anche per lo stato civile $\chi^2=108.0$ $df=4$ $p<0.01$, inoltre anche per la professione svolta dai operatori dello staff si nota una differenza statisticamente significativa $\chi^2=27.7$ $df=4$ $p<0.01$.

3.3.1 Criteri di inclusione e di esclusione

Nella ricerca partecipano in totale 157 partecipanti, divisi in due gruppi: lo staff era composto da 68 soggetti e i pazienti/pregiudicati con 89 soggetti.

Per il gruppo dei pazienti forense come criteri di inclusione erano;

- Pazienti forense ricoverati al reparto psichiatrico con una misura di sicurezza, trattamento sanitario obbligatoria;
- Pazienti con permanenza al reparto psichiatrico da una settimana o di più;
- Pazienti forense ricoverate al reparto per un accertamento medico – legale;
- Pazienti con disagio psichico provenienti da altre prigioni per ricovero provvisorio;

Criteri di esclusione per i pazienti/pregiudicati era:

- Il fatto di non soffrire di un qualche forma di disagio psichico;

- Il fatto di non essere residente al reparto psichiatrico per un tempo minimo di una settimana;

Per il gruppo dello staff come criteri di inclusione erano:

- Operatori che lavoravano al regime interno;
- Operatori che fossero in contatto con i pazienti in qualsiasi forma;

Criteri di esclusione erano:

- Il fatto di non lavorare al regime interno;

3.3.2 Procedura

Alla Direzione Generale delle Prigione abbiamo presentato un progetto di ricerca in qui si descrive tutto il processo di lavoro che si svolgera all'Ospedale Generale delle Prigioni, dopo di che si e rilasciato il permesso per poter svolgere la ricerca, in qui si chiede al Ospedale delle prigioni di formulare un contratto di lavoro tra l'istituzione delle O.P.G e il ricercatore.

Tutti i partecipanti sono stati contattati direttamente nella stanza di riabilitazione e sono state invitati a prendere parte alla ricerca. La ricerca che li avrebbe coinvolto, é stata presentata a tutti i partecipanti che erano liberi di scegliere la partecipazione o no allo studio. Dal totale campione dei pazienti forense non sono inclusi nella ricerca 15 soggetti per la gravita del disagio psichico, in quanto non erano in grado di comunicare con noi. Dal gruppo dello staff un medico ha rifiutato di prendere parte alla ricerca in quanto non era interessato. I partecipanti che hanno preso parte alla ricerca li é somministrato un gruppo di questionari. La quale é somministrato sotto forma di intervista per tutti i partecipanti, questo per mettere in condizioni da pari i partecipanti dei due gruppi. La somministrazione dei strumenti é avvenuta sempre durante le ore tra 9.30 am fino 12.30 am per i pazienti/pregiudicati, e durante le ore tra 9.30 am fino 15.30 am per lo staff. Questo anche per non interferire in altre attività dell'istituzione, e anche perché in questo modo si minimizzano gli effetti del tempo nella performance dei partecipanti (pazienti/pregiudicati) al gruppo dei questionari (Moffoot, O'Carroll, Bennie et al, 1994. Per la maggior parte dei partecipanti gli strumenti sono somministrati in un periodo di due giorni, ma

per alcuni pazienti/pregiudicati la somministrazione della batteria dei test é durata circa una settimana. La somministrazione del gruppo di questionari si é realizzato in un periodo di tempo tra febbraio 2011 fino a agosto 2012.

3.4 Raccolta dei dati

Sono stati scelti tre strumenti, L'empowerment Scale (Rogers et al.,1997),Lancashire Quality of Life Profile (Oliver, 1991., cit. in Ruggeri et al., 2000), e Psychiatric Disability Assessment Schedule sezione paziente in ospedale (Ardoin et al., 1991. Cit. in Ruggeri et al., 2000).

3.4.1 L'empowerment Scale (Rogers et al.,1997)

Un gruppo di lavoro coordinato da Rogers dopo la disamina della letteratura sull'empowerment, concluse che nessuno strumento preesistente catturava le dimensioni dell'empowerment riferito a persone con disturbo mentale. É stato pertanto raggiunto un consenso su una propria definizione del concetto ritenuta significativa per le persone con disturbo mentale, identificando 15 caratteristiche dell'empowerment. Tra le 15 caratteristiche significative Rogers e collaboratori individuarono 5 dimensioni per le quali costruirono items modellati su scale preesistenti quali, L'internal – External Locus of Control Instrument (Rotter, 1966), la Self – Efficacy Scale (Sherer ed Adams, 1983), e la Rosemberg Self –Esteem Scale (Rosemberg, 1965). La scala dell'empowerment é costituita da 28 items con una scala di risposta tipo Likert a 4 livelli:

- 1.** Molto d'accordo
- 2.** D'accordo
- 3.** In disaccordo
- 4.** Molto in disaccordo

La somma del punteggio finale va da un minimo di 28 punti (elevato grado di empowerment) ad un massimo di 112 punti (basso grado di empowerment).

La nostra versione della “scala per misurare l’empowerment” é uno strumento dotato di adeguate caratteristiche psicometriche, presenta una buona coerenza interna valutata mediante il coefficiente alfa di Cronbach per l’intera scala é di 802 per il gruppo dei pazienti/pregiudicati e 869 per gli operatori dell’Ospedale Generale delle Prigioni. Il tempo minimo per la compilazione della scala varia da 10 minuti per partecipanti dello staff ai 25 minuti per i pazienti più gravi.

3.4.2 Lancashire Quality of Life Profile (Oliver, 1991., cit. in Ruggeri et al., 2000)

Il l’QoL é un questionario costituito da 102 item raggruppati in 13 sottoscale che esplora, a seconda degli item, intervalli di tempo variabili dalle ultime due settimane all’anno precedente e fornisce nell’insieme una panoramico piuttosto dettagliata della qualità della vita dei pazienti psichiatrici in diversi ambiti (tramite delle sottoscale) quali;

- Dati demografici (caratteristiche dei partecipanti)
- Il benessere generale
- Il lavoro e l’istruzione
- Le attività del tempo liber
- La religione
- La situazione finanziaria
- La situazione abitativa
- La situazione legale e la sicurezza
- Le relazioni familiari
- Le relazioni sociali
- La salute
- Il concetto di sé

Lo strumento raccoglie informazioni sulle caratteristiche personali dei partecipanti (età, sesso, stato civile e altro), su indicatori obiettivi della qualità della vita (indicatori sociali, di competenze comportamentali, di tratti psicopatologici) e sulla percezione soggettiva dei partecipanti circa la qualità della propria vita. La procedura di attribuzione dei punteggi é

piuttosto complessa. Nella sezione introduttiva del questionario, relativa alle caratteristiche del partecipante in cui vengono raccolte le principali informazioni sociodemografiche sono state fatte delle modifiche per adattarlo ai due gruppi.

1. per i pazienti raccogliamo informazioni su : età, sesso, stato civile, diagnosi, reato, permanenza al O.P.G.
2. per lo staff si raccogliamo informazioni su età, sesso, stato civile, posizione di lavoro.

Nella sezione Lavoro ed Istruzione, Attività del Tempo Libero, Religione, Situazione Finanziaria, Situazione Abitativa, Situazione Legale e Sicurezza, Relazioni Familiari, Relazioni Sociali e Salute, figurano items che indagano indicatori sia oggettivi che relativi alla percezione soggettiva dei partecipanti sulla loro vita: I primi vengono valutati su scala categoriale variabile da item ad item, i secondi su scala Likert a 7 punti, la Life Satisfacion Scale, dove il punteggio va da:

1. Peggio di così non potrebbe essere
2. Insoddisfatto
3. Piuttosto insoddisfatto
4. Misto
5. Piuttosto soddisfatto
6. Soddisfatto
7. Meglio di così non potrebbe essere

Nella sezione salute sono inoltre contenuti 10 item, valutati su scala categoriale con tre opzioni di risposta:

1. Si
- 2.No
- 3.Non so

tratti dalla “Affect Balance Scale” (Bradburn , 1965) che indagano le condizioni emotive del partecipante attraverso la presenza di sentimenti di tipo negativo e positivo. La sezione concetto di sé tratta dalla “Self Esteem Scale” (Rosenberg,1965) é costituita da 10 items, valutati su scala categoriale con tre opzioni di risposta:

1. Si
2. No
3. Non so

Essi indagano l'opinione che i partecipanti hanno su se stessi. In fine la sezione benessere generale, posta sia all'inizio che alla fine del questionario indaga il senso di soddisfazione dei partecipanti rispetto alla vita in generale, ed é costituita da un'unica domanda valutata con La Life Satisfaction Scale. Un'ulteriore valutazione del benessere globale viene effettuato nella parte conclusiva dello strumento attraverso due differenti indicatori la Happiness Scale (modificata da Gurin et al., 1960), una scala a tre punti nella quale viene chiesta ai partecipanti il loro grado di felicità, ed una versione modificata della Cantril's Scale (1965), una scala analoga di 10 cm di lunghezza, in cui gli estremi inferiori e superiori indicano rispettivamente la qualità di vita peggiore e migliore possibile, nella quale si invita il partecipante ad indicare quale punto della scala rappresenta la sua qualità di vita. Il tempo medio di compilazione oscilla da un minimo di 20 - 25 minuti circa per i membri dello staff ad un massimo di 40 min (o una settimana) in alcuni casi di pazienti gravi.

3.4.3 Psychiatric Disability Assessment Schedule sezione paziente in ospedale (Ardoin et al., 1991. Cit. in Ruggeri et al., 2000)

La Capacità di assumere comportamenti e ruoli conformi alle norme ed alle aspettative del gruppo sociale di riferimento é una componente fondamentale dell'adattamento sociale di un individuo (cit. in Ruggeri et al., 2000). La DAS é stata sviluppata sotto l'egida della World Health Organization (WHO) con l'obiettivo di costruire uno strumento di semplice somministrazione ed applicabile in differenti contesti culturali. La Disability Assessment Schedule (D.A.S) é uno strumento che misura la disabilità sociale in pazienti psichiatrici. La DAS é un'intervista semi-strutturata che deve essere eseguita da un intervistatore con buona esperienza clinica o da un informatore – chiave. La sezione che abbiamo usato nella nostra ricerca riguarda la sezione Paziente in Ospedale. Questa sezione indaga il comportamento del paziente in ospedale. Le informazioni per la valutazione di questa sezione sono state raccolte fra il personale infermieristico del reparto. Questa sezione é costituita da 32 item, valutate su scala categoriale che indagano:

- comportamento del paziente in reparto

- contatti con il mondo esterno,
- occupazione del paziente in reparto,
- l'opinione dei infermieri su risorse specifiche del paziente,
- fattori di rischio specifici

Tramite la DAS sezione Paziente in Ospedale possiamo esplorare il comportamento del paziente al reparto psichiatrico, con il ritiro sociale, gli interessi per gli svaghi, il comportamento aggressive e pericoloso, il coinvolgimento del paziente nelle terapie ecc. Il tempo medio di compilazione oscilla da un minimo di circa 15 - 20 minuti.

3.5 *Considerazioni etiche*

Per lo svolgimento di questa ricerca é rilasciato dalla Direzione Generale delle Prigioni, un ordine interno nel quale si da il consenso per lo svolgimento della ricerca al Ospedale Generale delle Prigioni presso il reparto psichiatrico forense. Si é firmato un contratto tra me in qualità di ricercatrice e l'O.G.P. nelle quale si sottolineano i diritti e i doveri di entrambi le parti, tutto questo per proteggere i diritti dei partecipanti.

Inoltre per tutti i partecipanti che hanno presso parte in questa ricerca é stata data una comunicazione dettagliata su quello che mira questo studio. I partecipanti sono stati informati sulla loro libertà di prendere parte in questa ricerca a libera scelta, senza sentirsi condizionati da nessuno, e che in qualunque momento possono decidere di allontanarsi.

Tutti i partecipanti sono stati informati sulla riservatezza e l'anonimato, e che i loro dati saranno usati solo in qualità di ricerca.

3.6 *Metodo statistico*

Tutte le analisi statistiche sono state eseguite tramite Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versione 16.0 windows. Sono state calcolate le statistiche descrittive sulle variabili socio-demografiche e quelle relative all'empowerment personale. L'affidabilità dei diversi questionari (Empowerment scale, LqoLP, Who-Das-II- sezione paziente in ospedale) é stata valutata attraverso l'alfa di Cronbach, mentre la normalità della distribuzione dei punteggi é

stata verificata attraverso il test di Kolmogorov-Smirnov. Inoltre, i punteggi ottenuti nei singoli questionari sono stati confrontati con i valori di riferimento indicati dagli autori dei test. Infine, sono state valutate, attraverso il coefficiente di correlazione rho di Spearman le relazioni esistenti tra i punteggi Globali Empowerment scale; Quality of Life Profile; Who-Das paziente in ospedale. Per esaminare la validità del costrutto dell'empowerment, un'analisi fattoriale esplorativa è stata eseguita per prima. È stato usato il metodo di estrazione delle componenti principale con rotazione Promax & Varimax with Kaiser Normalization è stato utilizzato. Comunità di oggetti sono stati estratti attraverso l'analisi di principali componenti. La normalità della distribuzione è stato testato e i dati di carattere significativo sono stati analizzati con test non parametrici. L'analisi delle risposte del test è stata condotta utilizzando Spearman test non parametrico di statistica per calcolare le correlazioni tra le sottoscale. Correlazioni item-totale sono stati calcolati e alpha di Cronbach è stata utilizzata per misurare la coerenza interna, per ciascuna delle sottoscale dell'empowerment: Autostima - autoefficacia, Capacità - inCapacità, Attivismo nella comunità e autonomia, Ottimismo e Controllo sul futuro, Rabbia giustificata e l'intera scala; per la qualità della vita e per la sezione comportamento del paziente in ospedale, nei due gruppi prescelti per la ricerca. Il test del Chi quadrato (χ^2) è stato utilizzato per confrontare le proporzioni delle variabili socio demografiche. I punteggi medi e le deviazioni standard sono stati calcolati per le scale e le loro sottoscale rispetto ai pazienti e al personale. Il t test per campioni indipendenti e ANOVA sono stati utilizzati per confrontare il livello dell'empowerment tra le categorie. È stata usata una regressione lineare uni-variata, multi-variata, e una regressione ordinale per evidenziare i fattori predittori dell'empowerment. È stata usata un'analisi di regressione logistica multi-variata con il metodo stepwise sui dati dicotomizzati per evidenziare i fattori predittivi dell'empowerment, comportamento e funzionamento del paziente in ospedale, qualità della vita. Effetti delle caratteristiche oggettive come, genere e l'età sui punteggi dell'empowerment sono stati valutati.

Per poter analizzare alcune questioni che non erano molto chiare dalle analisi abbiamo realizzato due focus-groups con cinque pazienti per discutere alcuni item per poter capire meglio la percezione sulla qualità di vita e la relazione con l'empowerment, e cinque operatori per poter discutere sulle dimensioni di Capacità/inCapacità e rabbia giustificata le quali presentavano un punteggio con differenze significative.

Risultati

L'empowerment personale misurato su un campione totale di 157 soggetti, condiviso in due gruppi, quello dei pazienti/pregiudicati composto da 89 soggetti (10 femmine e 79 maschi) e 68 soggetti (28 femmine e 40 maschi) dello staff nell'Ospedale Generale delle Prigioni dimostra delle differenze tra i due gruppi in alcuni aspetti. Il 100% dei partecipanti ha risposto a tutti gli item sia per il gruppo dei pazienti/pregiudicati che per lo staff del reparto psichiatrico di Tirana.

I Sezione - Analisi di statistiche descrittive per i pazienti/pregiudicati del reparto psichiatrico, dell' Ospedale Generale delle Prigioni di Tirana.

1. Empowerment scale

Tabella 3.4 *Le proprietà psicometriche dell'empowerment nei pazienti/pregiudicati. (N=89)*
Versione Albanese

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin misura della semplice adeguatezza.		.767
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1439.235
	df	378
	Sig.	.000

KMO >0.5 e Bartlett's test di sphericity < 0.000 suggerisce le appropriate analisi fattoriale per le variabili.

Metodo di Estrazione delle Communalities: Analisi delle Componenti Principali (N=89)

Tabella 3.5 *La proporzione della varianza nelle variabili originali che si spiega con la factor solution.*

Item	Initial	Extraction
1	1	.834
2	1	.760
3	1	.749
4	1	.733

5	1	.689
6	1	.694
7	1	.676
8	1	.763
9	1	.856
10	1	.854
11	1	.759
12	1	.709
13	1	.681
14	1	.630
15	1	.808
16	1	.787
17	1	.633
18	1	.627
19	1	.691
20	1	.812
21	1	.616
22	1	.750
23	1	.740
24	1	.671
25	1	.787
26	1	.740
27	1	.803
28	1	.749

Le communalities sono tutte più di > 0.50 , risulta tra i valori (0.61 - 0.83).

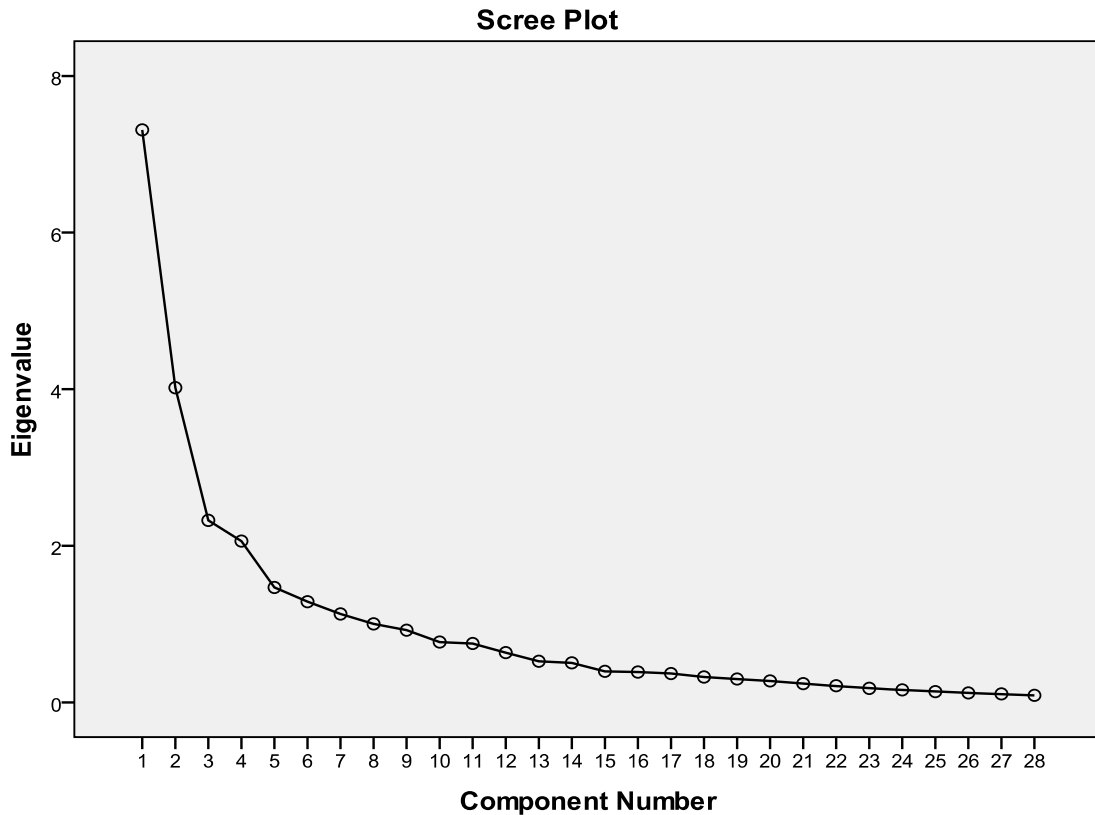


Figura 3.1 Scree Plot dell'empowerment scale

I primi 7 autovalori rappresentano il 73.6% della varianza totale.

I primi 5 autovalori rappresentano il 61.2% della varianza totale.

Il numero di fattori da mantenere è stato guidato da: (a) the scree plot method (b) eigenvalues above 1.0 (c) interpretability.

Metodo dell'estrazione è stato: Analisi delle Componenti Principali.

Metodo di Rotazione: Varimax with Kaiser Normalization.

Tabella 3.6 Cinque fattori di analisi delle componenti principali
Metodo di rotazione: Varimax con normalizzazione Kaiser.

Item	Factor				
	1	2	3	4	5
Autostima					
5	.781				
6	.748				
9	.854				
12	.787				
14	.711				
18	.734				
19	.767				
24	.781				
26	.815				
Capacita					
8					.539
16					.590
17					
21					.448
22					
23					
Attivismo					
3					
11					
20				.814	
25				.789	
28				.376	
Ottimismo					
1			.639		
2					

13			.674		
27			.734		
Rabbia					
4		.759			
7					
10		.853			
15		.814			
Varianza	26.1	14.3	8.3	7.3	5.2

Struttura fattoriale e dei items di contenuto

L'analisi fattoriale della scala originale di Rogers(1997) con 28 item produce una struttura con cinque dimensioni.

Le analisi fattoriale (riportate ordinandole in base alla percentuale di varianza totale) ha prodotto una struttura fattoriale con cinque dimensioni che sono:

1. Autostima-autoefficacia **26.1%** (item: 5-6-9-12-14-18-19-24-26) items mancanti 0
2. Capacita-inCapacita **14.3%** (item: 8-16-21) items mancanti 10, 17, 22,23
3. Attivismo nella comunità e autonomia **8.3%**(item: 20-25-28) items mancanti 3, 11, 27
4. Ottimismo e controllo sul future **7.3%** (item: 1-13-27) items mancanti 2
5. Rabbia giustificata **5.2%** (4 -10 – 15) items mancanti 7

La versione Albanese dell'empowerment scale risulta con 21 items in totale. La sottoscala autostima risulta completa con 9 item, come l'originale, invece per altre sottoscale risultano con tre items per ciascuno. Una spiegazione logica della mancanza di items per le sottoscale é la dimensione del campione che non soddisfa il rapporto minimo richiesto per effettuare questo tipo di analisi fattoriale che é di 5:1 individui / items.

Tuttavia la scala soddisfa i standard di requisiti minimi di criteri con tre opzioni per ogni sottoscala ed é valido per la misura delle caratteristiche psicometriche dei pazienti/pregiudicati albanesi.

L'empowerment scale riportato tramite le statistiche descrittive, dimostra una buona affidabilità ($\alpha = .802$) per il campione totale dei pazienti/pregiudicati. Nella sottoscala Autostima – autoefficacia Cronbach's alpha é .922 risulta elevate, nella seconda, Capacita – inCapacita $\alpha =$

.669, nella terza attivismo nella comunità e autonomia $\alpha = .654$, nella quarta ottimismo e controllo sul futuro $\alpha = .367$, nella quinta rabbia giustificata $\alpha = .419$.

Tabella 3.7 Cronbach's alpha per le cinque sottoscale e il totale questionario

Subscale	Alpha	P
Autostima – autoefficacia	.922	<.001
Capacita – inCapacita	.669	<.001
Attivismo nella comunità e autonomia	.654	<.001
Ottimismo e controllo sul futuro	.367	<.001
Rabbia giustificata	.419	<.001
Whole questionnaire	.802	<.001

I punteggi ottenuti dalle medie per le cinque sottoscale dell'empowerment scale per il baseline variano da un minimo di 1.65 a 3.09 (misurata tramite un 4-point scale), con un punteggio più alto che dimostra un basso grado dell'empowerment percepito della singola persona. Mentre i punteggi più bassi dimostrano un alto grado dell'empowerment e legato tra l'altro con alti livelli di autostima-autoefficacia, Capacita - inCapacita,ottimismo controllo sul futuro e attivismo nella comunità e autonomia, rabbia giustificata. La media totale dell'empowerment scale é 2.56±0.20. L'empowerment personale misurato nel gruppo dei pazienti/pregiudicati è mostrato nella Tabella 3.8.

Tabella 3.8 La media dell'empowerment e le sottoscale nei pazienti/pregiudicati (N=89)

Pazienti /pregiudicati	Mean (SD)	Range
Empowerment	2.56 (0.20)	1.65 – 3.09
Autostima - autoefficacia	2.67 (0.44)	1.11 - 3.44
Capacita - incapacita	2.72 (0.30)	1.88 - 3.77
Attivismo nella comunità	2.17 (0.35)	1.0 - 3.16
Ottimismo e controllo sul futuro	2.65 (0.36)	1.50 - 3.75
Rabbia giustificata	2.48 (0.37)	1.50 - 3.25

Per quanto riguarda l'empowerment dei pazienti/pregiudicati, la media ottenuta é stata di 2.56 con dev.st. = 0.20; i punteggi variano da 1.65 a 3.09. I punteggi ottenuti dimostrano la presenza di un grado relativamente basso dell'empowerment per i pazienti/pregiudicati. Nelle sue sottoscale si notano delle differenze. I pazienti/pregiudicati presentano dei valori più bassi nella dimensione Autostima – autoefficacia (M = 2.67, SD = 0.44) nel punteggio globale dell'empowerment scale, inoltre anche per la dimensione Capacità–inCapacità presenta bassi valori di grado dell'empowerment (M = 2.72, SD = 0.30). Una dimensione che presenta dei valori più elevati rispetto alle altre dimensioni é Attivismo nella comunità e Autonomia (M = 2.17 , SD = 0.35). Per le altre due dimensioni i valori dei punteggi sono simili, Ottimismo e Controllo sul futuro (M = 2.65, SD = 0.36) e Rabbia giustificata (M = 2.48, SD = 0.37). Le cinque dimensioni dell'empowerment in generale presentano dei punteggi bassi, fa eccezione la dimensione Ottimismo nella comunità e autonomia la quale dimostra un livello più alto in confronto con le altre dimensioni dell'empowerment.

Tabella 3.9 *Punteggi della media per le sottoscale dell'empowerment a secondo delle caratteristiche socio-demografiche per i pazienti/pregiudicati.(N=89).*

Variabile	Score totale	Subscales				
		Auto-stima	Capacità	Attivismo	Ottimismo	Rabbia
Sesso						
Femmina	2.64	2.88	2.72	2.21	2.72	2.45
Maschio	2.55	2.64	2.73	2.16	2.64	2.49
Fascia d'età (anni)						
18-25	2.50	2.43	2.72	2.18	2.58	2.55
26- 35	2.55	2.67	2.68	2.21	2.62	2.46
36- 45	2.61	2.73	2.74	2.26	2.74	2.48
46-55	2.5	2.56	2.79	1.94	2.55	2.51
56-65	2.58	2.79	2.71	2.11	2.69	2.38
>65	2.73	3.00	2.88	2.08	2.75	2.75
Stato civile						

Coniugato/a	2.53	2.53	2.77	2.12	2.64	2.53
Convivenza	2.62	2.94	2.66	2.08	2.87	2.37
Divorziato/a	2.57	2.73	2.75	2.09	2.69	2.42
Single	2.57	2.69	2.69	2.21	2.60	2.48
Vedovo/a	2.65	2.84	2.77	2.26	2.70	2.50
Reato						
Danno alla proprietà privata	2.60	2.66	2.81	2.14	2.68	2.62
Furto	2.63	2.93	2.72	2.27	2.68	2.25
Omicidio	2.54	2.62	2.71	2.16	2.63	2.47
Tentato omicidio	2.56	2.66	2.71	2.1	2.63	2.58
Traffico	2.63	2.55	2.81	2.38	2.75	2.66
Diagnosi						
Disturbo paranoide	2.53	2.69	2.83	2.08	2.31	2.43
Disturbo di personalità	2.32	2.11	2.66	1.83	2.50	2.58
Disturbo schizoaffettivo	2.59	2.5	2.66	2.50	3.25	2.12
Epilessia	2.68	2.88	2.77	2.33	2.75	2.50
Psicosi	2.57	2.80	2.64	2.19	2.68	2.33
Schizofrenia	2.57	2.65	2.75	2.17	2.64	2.54
Permanenza in OPG						
2 settimane – 3 mesi	2.54	2.59	2.67	2.24	2.62	2.50
6 mesi – 1 anno	2.61	2.79	2.71	2.24	2.70	2.45
2 anni – 5 anni	2.49	2.52	2.78	1.95	2.61	2.47
6 anni – 10 anni	2.65	2.84	2.80	2.18	2.72	2.54
> 10 anni	2.46	2.66	2.55	2.25	2.50	2.12

Sono state condotte delle analisi della varianza ANOVA per indagare l'effetto dell'empowerment totale sul punteggio di dati sociodemografici come stato civile, età, diagnosi, reato, permanenza in OPG. Dalle analisi di varianza (ANOVA) non si notano differenze statisticamente significative per l'empowerment totale a secondo dello stato civile ($F=0.39$)

df=4 e 84, $p=0.8$), secondo della fascia d'età ($F=0.97$ df=5 e 83, $p=0.4$), per la diagnosi ($F=0.95$ df=5 e 83, $p=0.4$), per il reato commesso dai pazienti/pregiudicati ($F=0.63$ df=4 e 84, $p=0.6$), a secondo della permanenza in OPG ($F=1.87$ df=4 e 84, $p=0.1$).

Tramite l'analisi uni-variate con la tecnica di regressione lineare l'età risulta predittore significativo dell'empowerment ($\beta=0.004$, $p<0.01$). Con la crescita della fascia d'età si alza anche il grado dell'empowerment.

Nell'analisi della regressione multi-variata con il metodo stepwise l'età ($\beta=0.004$, $p=0.02$) e permanenza in OPG ($\beta= - 0.04$, $p=0.03$) risulta un fattore predittivo dell'empowerment. Il che significa, che con la crescita d'età si abbassa anche il punteggio dell'empowerment e con l'aumento della permanenza in OPG risulta elevato anche il punteggio dell'empowerment. Si nota una correlazione inversa, statisticamente importante tra permanenza in OPG e l'empowerment totale dei pazienti/pregiudicati ($\rho= -0.22$ $p=0.03$). Più aumenta il periodo di permanenza in OPG più si abbassa il grado dell'empowerment.

L'effetto del genere nei pazienti/pregiudicati

Tabella 3.10 *Comparazione delle medie tra maschi e femmine a secondo delle sottoscale dell'empowerment (N=89)*

Subscale	Female	Male	t	df	p
	Mean (SD)	Mean (SD)			
Autostima – autoefficacia	2.88 (0.18)	2.64 (0.46)	3.11	26	<0.01
Capacità – Incapacità	2.72 (0.25)	2.73 (0.30)	-0.09	12	0.9
Attivismo nella comunità e autonomia	2.21 (0.20)	2.16 (0.36)	0.64	17	0.5
Ottimismo e controllo sul futuro	2.72 (0.21)	2.64 (0.37)	1.02	16	0.3
Rabbia giustificata	2.45 (0.30)	2.49 (0.38)	-0.38	12	0.7
Whole questionnaire	2.64 (0.11)	2.55 (0.21)	1.15	87	0.2

Nella sottoscala Autostima – autoefficacia si nota una differenza per il punteggio medio tra maschi e femmine. I maschi presentano un livello più alto nella sottoscala Autostima – autoefficacia comparata con il gruppo delle femmine $t(26)=3.11$, $p<0.01$. Non si notano differenze statisticamente significative tra genere e l’empowerment totale per le altre sottoscale.

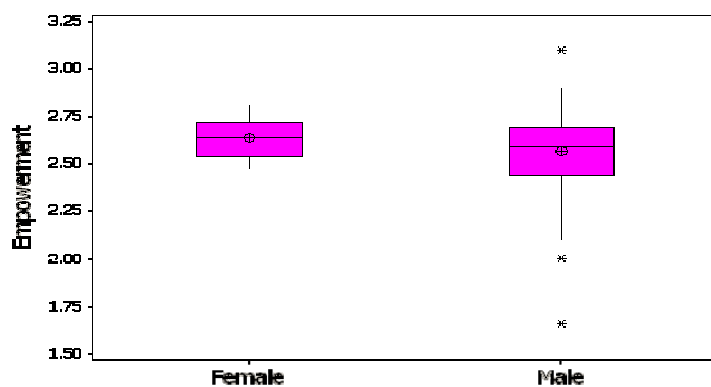


Figura 3.2 *Comparazione delle medie tra maschi e femmine a secondo delle sottoscale dell’empowerment (N=89)*

Sono state condotte delle analisi di regressione logistica multi-variata con il metodo stepwise per poter evidenziare i fattori che influenzano l’empowerment personale. Gli item sono stati dicotomizzati empowerment /no empowerment. Nel modello genere, reato, diagnosi e permanenza in OPG non sono risultati determinanti nel punteggio di accordo per l’item “Mi ritengo una persona capace”.

Invece l’item “Ho un’opinione positiva di me stesso” si è dimostrato predittore significativo per la fascia d’età 55-65 anni $\beta = -3.29$ $df = 23$, $p=0.02$, e anche permanenza in Ospedale psichiatrico per "2 settimane – 3 mesi" $\beta = -2.13$ $df = 23$, $p=0.02$. I due fattori presentano un basso livello di accordo. Predittore significativo di disaccordo risulta “diagnosi- Psicosi” $\beta = -2.41$ $df = 23$, $p=0.02$, questo fattore presenta un basso grado di accordo per “Io dovrei essere più capace di dire cosa non mi piace del comportamento degli altri”. L’item “Gli esperti sono nella posizione migliore per decidere quello che la gente dovrebbe fare o imparare” ci risulta essere un predittore significativo dell’empowerment per diagnosi – psicosi $\beta = -1.87$ $df = 23$, $p=0.04$, il fattore presenta un basso grado di accordo. Predittore significativo si nota per l’item “In genere realizzo ciò che mi propongo di fare” si presentano per due fattori diagnosi-

"Disturb paranoide" $\beta = 4.24$ $df = 23$, $p=0.02$ e permanenza in OPG "2 settimane – 3 mesi" $\beta = -4.36$ $df = 23$, $p=0.02$. Per la diagnosi "disturbo paranoide di personalità » si presenta un alto grado di accordo, invece per permanenza in OPG da " 2 settimane – 3 mesi" si presenta un basso grado di accordo.

Inoltre è stata condotta una regressione ordinale per le risposte agli items secondo la scala di tipo likert per evidenziare i fattori che influenzano nell'empowerment personale. Nel modello genere, stato civile, reato, diagnosi e permanenza in OPG hanno risultato determinanti dell'empowerment per le cinque dimensioni.

La scala Autostima – autoefficacia è stata esplorata tramite due items; - "Ho un'opinione positiva di me stesso" per la quale, i fattori status civile – convivenza $\beta = 3.09$, $Wald = 4.1$ $p=0.04$, $Wald=5.203$, $p=0.02$, e da 6 mesi – 1 anno $\beta = 2.8$ $Wald=4.7$ $p=0.03$ sono predittori significativi di accordo. La dimensione Autostima - autoefficacia presenta un grado più elevato di accordo nei pazienti/pregiudicati per stato civile – convivenza e permanenza in OPG da un periodo di tempo da 6 mesi – 1 anno. Per l'item "Mi ritengo una persona capace" il fattore diagnosi – disturbi di personalità $\beta = -2.87$ $Wald=10.04$ $p=0.002$ presenta un predittore significativo in disaccordo, i pazienti/pregiudicati con un disturbo di personalità presentano un basso grado di accordo in comparazione alle altre diagnosi.

La seconda dimensione Capacita – incapacita è stato esplorato tramite due items; " Di solito mi sento solo" ci risulta essere un predittore significativo dell'empowerment per il fattore genere-femmine $\beta = -4.0$ $Wald=4.7$ $p=0.03$ le quali presentano un grado più basso dei maschi, invece per gli altri fattori che presentano un predittore significativo di accordo sono lo stato civile - convivenza $\beta = 10.23$ $Wald=4.22$ $p=0.04$, permanenza in OPG della durata da 2 anni – 5 anni $\beta = 6.19$, $Wald=4.72$, $p=0.03$, durata da 6 anni – 10 anni $\beta = 10.28$, $Wald=7.62$, $p=0.006$, e anche per diagnosi - disturbo schizzo-affettivo $\beta = 4.83$ $Wald=4.01$, $p=0.04$, questi fattori presentano un grado elevato di accordo. L'item "Il più delle volte mi sento un incapace" presenta un predittore significativo di accordo per i fattori reato - danno alla proprietà private $\beta = -3.36$, $Wald=3.86$, $p=.049$, reato –omicidio $\beta = -2.86$, $Wald=3.80$, $p=0.05$ e per la diagnosi –Psicosi $\beta = -1.80$, $Wald=5.93$, $p=0.01$, gli quali presentano un basso grado di accordo. Invece i fattori, permanenza al OPG della durata da 6 mesi – 1 anno $\beta = 5.08$, $Wald=4.20$, $p=0.04$ sono predittori significativi di elevati gradi di accordo.

La terza dimensione “Attivismo nella comunità e autonomia” è stato esplorato tramite gli items; “Molto spesso un problema può essere risolto cominciando ad agire” i fattori che presentano predittori significativi del basso grado di accordo sono diagnosi - disturbo paranoide $\beta = -2.006$ Wald=6.79, $p=0.009$, e reato- danno alla proprietà privata $\beta = -2.54$, Wald=5.56, $p=0.018$. Fattore predittivo significativo dell’empowerment si presenta anche per: stato civile - convivenza $\beta = 3.352$, Wald=5.23, $p=0.022$, divorziato/a $\beta = 1.623$, Wald=3.14, $p=0.076$, single $\beta = 2.023$, Wald=4.96, $p=0.026$ e per disturbi – schizo - affettivo $\beta = 3.685$, Wald=10.52, $p=0.001$ il che corrisponde a un elevato grado di accordo. L’item “Le persone hanno più potere se si uniscono in gruppo” i fattori predittivi significativi di basso grado di accordo presentano stato civile convivenza $\beta = -3.303$, Wald=5.346, $p=0.02$, e diagnosi – disturbo schizo-affettivo $\beta = -2.638$, Wald=4.816, $p=0.02$.

La quarta dimensione “Ottimismo e controllo sul futuro” esplorato tramite gli items: “Io posso determinare in buona parte quello che accadrà nella mia vita” presenta un fattore predittivo significativo di basso grado di accordo per diagnosi–disturbo paranoide $\beta = 8.43$, Wald=5.88, $p=0.01$. Si presentano dei fattori predittivi significativi di elevati gradi di accordo per stato civile - coniugato $\beta = 6.31$, Wald=6.43, $p=0.01$, per stato civile- single $\beta = 5.55$, Wald=5.77, $p=0.01$, e infine per diagnosi–disturbo schizo-affettivo $\beta = 12.9$, Wald=4.09, $p=0.04$. Invece per l’item “In genere sono ottimista sul futuro” fattore predittivo significativo per elevato grado di accordo si presenta per stato civile-convivenza $\beta = 4.1$, Wald=4.31, $p=0.03$, reato-furto $\beta = 3.94$, Wald=5.60, $p=0.01$, permanenza al OPG della durata da 2 settimane – 3 mesi $\beta = 4.035$, Wald=5.22, $p=0.02$, e da 6 mesi – 1 anno $\beta = 4.294$, Wald=6.02, $p=0.01$. Si presenta come fattore predittivo significativo del basso grado di accordo per diagnosi – disturbo paranoide $\beta = -2.18$, Wald=4.37, $p=0.03$.

La quinta dimensione “Rabbia giustificata” esplorata tramite gli items; “Io dovrei essere più capace di dire cosa non mi piace del comportamento degli altri” fattore predittivo significativo per elevato grado di accordo presentano diagnosi- disturbo di personalità $\beta = 2.16$, Wald=6.00, $p=0.01$; fascia d’età tra 46-55 anni $\beta = 3.58$, Wald=5.16, $p=0.02$. Invece i fattori stato civile – coniugato/a $\beta = -2.08$, Wald=4.79, $p=0.02$, e stato civile - divorziato/a $\beta = 1.91$, Wald=3.97, $p=0.04$ presentano un predittore significativo di bassi gradi dell’empowerment. L’item “Reagire con rabbia a una situazione è spesso il primo passo per cambiarla” un fattore

predittivo significativo per un baso grado di accordo viene presentato per diagnosi – psicosi $\beta = -1.07$, Wald=4.34, p=0.03.

1. Who-Das sezione paziente in ospedale

Per analizzare alcuni fattori che influenzano lo stato dei pazienti/pregiudicati al OPG di Tirana abbiamo usato who-das sezione paziente in ospedale. I punteggi del questionario dimostrano una buona coerenza interna valutata tramite, Cronbach's alpha pari a .703.

Tabella 3.11 Valori di Cronbach's alpha per il totale questionario, Who-DAS (N=89)

Subsale	Alpha	P
Comportamento del paziente in reparto	.622	<.001
Fattori di rischio specifici	.636	<.001
L'opinione dei infermieri su risorse specifiche del paziente	.700	<.001
Occupazione del paziente in reparto,	.726	<.001
Contato con il mondo esterno	.649	<.001
Whole questionnaire	.703	<.001

Nella tabella 3.12 abbiamo un panorama della media, deviazione standard, range per per le sottoscale, Comportamento del paziente in reparto (M= 0.59, SD= 0.35,) con punteggi che dimostrano una compromissione del comportamento dei pazienti/pregiudicati in generale in alcune aree. Fattori di rischio specifici (M=0.77, SD=0.43), i punteggi dimostrano presenza di elementi che sono sfavorevoli per il funzionamento e il buon comportamento del paziente in reparto.

Tabella 3.12 Statistiche Descrittive per Who-DAS sezione Paziente in Ospedale (N=89)

Subscale	Mean (SD)	range
Comportamento del paziente in reparto	0.59 (0.35)	0 – 1.71
Fattori di rischio specifici	0.77 (0.43)	0 – 2.0
L'opinione dei infermieri su risorse specifiche	0.68 (0.22)	0 – 1.0

del paziente		
Occupazione del paziente in reparto,	0.19 (0.35)	0 – 1.66
Contato con il mondo esterno	0.70 (0.46)	0 - 1.66
Whole questionnaire	0.57 (0.02)	0.03 - 0.92

L'opinione degli infermieri su risorse specifiche del paziente (M=0.68, SD=0.22,) dimostrando una situazione sfavorevole sulle risorse che potrebbe favorire la riabilitazione del paziente, la occupazione del paziente in reparto (M=0.19, SD= 0.35,) sfavorevole si presenta la situazione, per non dire inesistente per la presenza di qualsiasi tipo di occupazione per i pazienti-internati all'O.P.G, contatti con il mondo esterno (M=0.70, SD= 0.46) presenti, ma rari e con carica emotiva.

Tabella 3.13 *Comparazione dei punteggi ottenuti tra gli item per le sottoscale del Who-DAS sezione paziente in ospedale (N=89)*

Item	Mean	Variance
Rallentamento motorio	0.49	0.41
Ippo-attività	0.46	0.39
Iperattività' (considerare anche la logorrea)	0.42	0.38
Conversazione	0.38	0.33
Ritiro sociale	0.53	0.39
Interesse per gli svaghi	0.70	0.42
Discorsi fatui o incomprensibili	1.18	0.51
Postura anomale o manierismi	0.26	0.31
Comportamento pericoloso o violento	0.55	0.52

Dalle analisi di varianza per gli item della sezione comportamento del paziente in reparto, si notano differenze statisticamente significative tra gli items di questa sottoscala (F=15.3 df=8 and 792, p<0.01). L' item discorsi fatui o incomprensibili dimostra un punteggio a livello elevato (M=1.18) per disfunzione in questa area. Inoltre anche gli item interesse per gli svaghi (M=0.70,

v 0.42), comportamento pericoloso o violento (M=0.55, v 0.52) e ritiro sociale (M=0.53, v 0.39) dimostrano ad avere differenze nel punteggio, le quali rappresentano in questo modo anche i campi del comportamento del paziente /pregiudicato più compromessi.

Sono state condotte delle analisi di regressione logistica multi-variata con il metodo stepwise per poter evidenziare i fattori che influenzano il Comportamento del paziente in ospedale. Nel modello genere, reato, diagnosi e permanenza in OPG non hanno risultato determinanti nel punteggio per l'item "Interesse per gli svaghi" "nessun fattore non risulta un predittore significativo. Inoltre per l'item "Discorsi fatui o incomprensibili" le analisi di regressione logistica multi-variata con il metodo stepwise non hanno evidenziato fattori predittivi significativi.

Per l'item "Comportamento pericoloso o violento" risulta un fattore predittivo significativo per stato civile "Vedovo/a" $\beta=-3.40$ $df= 23$ $p=0.05$, per il quale non si evidenziano comportamenti pericolosi e violenti. L'item "Atmosfera familiare", un fattore predittivo significativo risultano per genere $\beta=-3.70$ $df= 22$ $p=0.03$, in cui i maschi presentano un atmosfera familiare più compromessa, per il fatto che non hanno una figura - chiave nel ambiente familiare con la quale hanno un rapporto più intimo, anche la fascia d'età "36- 45 anni" $\beta=-2.68$ $df= 23$ $p=0.01$, e "46- 55 anni" $\beta=-5.35$ $df= 22$ $p<0.01$, risultano fattori predicativi significativi per la compromissione dei rapporti con i loro familiari, fattore predittivo significativo presenta lo status civile - "coniugato/a $\beta=-2.68$ $df= 22$ $p=0.05$, il quale indica un atmosfera familiare più positiva.

Per evidenziare i fattori che influenzano il comportamento e il funzionamento del paziente in ospedale sono state condotte delle regressioni ordinali per le risposte agli items secondo la scala che va da "nessun disfunzione" a "disfunzione massima". Nel modello genere, stato civile, reato, diagnosi e permanenza in OPG sono risultati determinanti alcuni items che esplorano il comportamento e funzionamento del paziente/pregiudicato nel reparto psichiatrico.

L'item "Rallentamento motorio" si presenta come fattore predittivo significativo per stato civile-singole $\beta = -2.11$, $Wald=4.9$, $p=0.02$, e per la diagnosi - disturbo schizo - affettivo $\beta = -3.47$, $Wald=4.8$, $p=0.02$, i quali dimostrano di avere una compromissione più elevata nelle aree del comportamento e del funzionamento.

Per l'item "conversazione" come fattore predittivo significativo si presenta per stato civile-coniugato/a $\beta = -2.03$, $Wald=4.4$, $p=0.03$, e per diagnosi - disturbo schizo - affettivo $\beta = -3.25$, $Wald=4.2$, $p=0.04$ quali presentano una compromissione più elevate del linguaggio.

L'item "ritiro sociale" presenta dei fattori predittivi della compromissione più elevate che si riferiscono alle aree del comportamento e del funzionamento per diagnosi – disturbo schizo - affettivo $\beta = -4.12$, Wald=6.5, $p=0.01$, invece si presentano come fattore predittivo significativo per fascia d'età 35-45 anni i quali non presentano una disfunzione per ritiro sociale.

L'item "Attività di pulizia nel reparto" presenta come fattore predittivo significativo alle aree del comportamento e del funzionamento per genere - femmine $\beta = 5.60$, Wald=4.7, $p=0.02$, e diagnosi – disturbo schizo - affettivo $\beta = 14.38$, Wald=8.4, $p=0.004$, loro non rivelano un'elevata disfunzione. Invece si presenta differente la situazione per il fattore diagnosi- psicosi $\beta = -7.87$ Wald=4.5, $p=0.03$, il quale presenta un predittore significativo della compromissione più elevata alle attività di pulizia nel reparto.

Inoltre per l'item "Comportamento pericoloso o violento" fattore predittivo significativo per una compromissione più elevata alle aree del comportamento e del funzionamento per genere – maschi $\beta = -1.71$, Wald=5.7, $p=0.01$, e per stato civile – singole $\beta = -1.80$, Wald=4.0, $p=0.04$, gli quali presentano un comportamento pericoloso e violento elevato.

Per l'item "Necessità di controllo per ragioni di sicurezza" i fattori permanenza in OPG della durata da 2 anni – 5 anni $\beta = 726.41$, $p<0.001$, durata da 2 settimane – 3 mesi $\beta = 720.78$, $p=0.001$, durata da 6 anni – 10 anni, $\beta = 727.48$, $p<0.001$ presentano predittori significativi per un disfunzione non elevata alle aree del comportamento e del funzionamento.

- Quality of life

L'affidabilità (α di Cronbach) del punteggio all' Lanchashire Quality of life, per la misurazione della percezione soggettiva della qualità della vita (23 domande misurata su scala likert a 7 punti) risulta di: $\alpha = .711$ punteggio entro gli standard psicometrici. Tab. 3.14

Tabella 3.14 I valori di Cronbach's alpha per QoL, il totale questionario (N=89)

Quality of life	Alpha	P
Pazienti	.711	<.001

Prendendo in considerazione anche la tabella 3.15 che esplora la percezione dei pazienti/pregiudicati sulla qualità di vita i punteggi della media riportano un panorama generale della situazione. Si può concludere che per quanto riguarda la qualità della vita dalle analisi descrittive risulta che i pazienti/pregiudicati presentano dei punteggi relativamente bassi per la soddisfazione soggettiva di qualità della vita nei confronti delle varie aree (M=3.36, SD= 0.36, rango 2.08 – 4.36).

Tabella 3.15 *Statistiche descrittive per qualità della vita nei pazienti/pregiudicati (N=89)*

Quality of life	Mean (SD)	Range
Pazienti	3.36 (0.36)	2.08 – 4.36

Come si può notare anche dalla tabella 3.18 dalle analisi di varianza ANOVA (F=81.41 df=22 e 1973, p<0.01) si presentano delle differenze statisticamente significative tra i punteggi degli items per la QoL.

Tabella3.16 *Comparazione dei punteggi tra gli item della scala QoL per i pazienti /pregiudicati (N=89)*

Item	Mean	Variance
Come si sente oggi rispetto alla vita' in generale	2.18	0.81
E' soddisfatto del suo lavoro	2.00	0.16
E' soddisfatto di quanto guadagna	1.94	0.14
E' soddisfatto di essere disoccupato /a o pensionato/a	2.06	0.85
E' soddisfatto dai programmi che guarda in TV	4.02	2.20
E' soddisfatto della sua fede religiosa	4.35	3.68
E' soddisfatto di quello che può' spendere per i suoi bisogni	2.02	0.68
Nel complesso comunque e' soddisfatto di dove abita	2.82	1.74
E' soddisfatto del grado di indipendenza	3.07	1.40
Modo in qui può' influenzare le decisioni comuni	3.63	1.69
Di vivere con le persone con qui vive	4.01	1.76
E' soddisfatto della sua possibilità di privacy	3.30	1.30

Sarebbe contento di vivere qui ancora per lungo tempo	1.71	0.39
E' soddisfatto della sua sicurezza personale	4.91	0.99
E' soddisfatto della sicurezza della posto in qui vive	4.98	1.09
E' soddisfatto della sua famiglia in generale	4.63	1.83
E' soddisfatto della frequenza degli incontri con I suoi famigliari	4.10	2.14
E' soddisfatto del suo matrimonio?	3.76	3.05
E' soddisfatto dei suoi rapporti con la gente	4.69	0.90
E' soddisfatto del numero di amici che ha	4.46	1.36
E' soddisfatto della sua salute nel complesso	2.85	1.24
E' soddisfatto della frequenza con qui vede il medico	4.00	1.30
E' soddisfatto delle sue condizioni psichiche	2.06	0.39

I punteggi dimostrano dei valori bassi per L'item "Sarebbe contento di vivere qui ancora per lungo tempo" che presenta una media (M=1.71) che rivela un'insoddisfazione elevata. L'ospedale non si vede come un posto che da tranquillità, serenità, ma che limita in tutte le direzioni, l'autonomia dei pazienti. Per alcuni items che esplorano la loro percezione sulla soddisfazione dei pazienti/intentati si presentano dei valori con medie che dimostrano una percezione sfavorevole sulla loro qualità di vita riportata negli items "E' soddisfatto delle sue condizioni psichiche" (M=2.06), il grande stress e disagio che causa la loro malattia mentale, e non solo, anche gli effetti collaterali che provengono dalle terapie farmacologiche, influenzano la loro opinione sulle condizioni psichiche. "E' soddisfatto di quello che può spendere per i suoi bisogni" (M= 2.02), la mancanza di lavoro, di reddito e delle difficoltà economiche che hanno le loro famiglie, non consentono ai pazienti la soddisfazione dei bisogni di base. E' soddisfatto del suo lavoro (M=2.00), E' soddisfatto di essere disoccupato /a o pensionato/a (M=2.06), il lavoro e l'occupazione sono importanti per la vita di ognuno di noi, la mancanza di un lavoro può diventare causa di grande stress e preoccupazione. Come si sente oggi rispetto alla vita' in generale (M=2.18)," E' soddisfatto della sua salute nel complesso" (M=2.85), "Nel complesso é soddisfatto di dove abita" (M= 2.82) i punteggi presentano delle differenze nei valori ottenuti, sempre in senso peggiorativo, questi elementi hanno una connotazione negativa per i pazienti,

loro si sentono costretti a vivere in un luogo che é sfavorevole allo sviluppo e alla crescita personale perché limita l'individuo.

Sono state condotte delle regressioni ordinali per evidenziare i fattori che influenzano la percezione soggettiva dei pazienti/pregiudicati sulla qualità della vita, per le risposte ai items secondo la scala di tipo likert a 7 punti (che va da “peggio di così non potrebbe andare” a “meglio di così non potrebbe essere”. Genere, stato civile, reato, diagnosi, permanenza in OPG sono risultati determinanti nel punteggio, alcuni items che esplorano il grado di soddisfazione del paziente nei confronti delle varie aree della qualità della vita. L'item “Come si sente oggi rispetto alla vita' in generale” non si presenta un fattore predittivo significativo. L'item “Nel complesso e' soddisfatto di quello che può spendere per i suoi bisogni?” fattori predittivi significativi si presentano per fascia d'età tra 18-25 anni $\beta = 3.01$ Wald=4.4, $p=0.035$, e tra 26- 35 anni $\beta = 2.74$, Wald=3.7, $p=0.052$ dimostrando un grado modesto della soddisfazione da quello che possono spendere per i loro bisogni. Invece per stato civile coniugato/a $\beta = -2.10$, Wald=5.7, $p=0.01$, Divorziato/a $\beta = -2.46$, Wald=7.1, $p=0.007$, Singole $\beta = -2.15$, Wald=6.1, $p=0.01$, Disturb paranoid $\beta = -1.70$, Wald=3.9, $p=0.04$ e per diagnosi - disturbo schizzoaffettivo $\beta = -3.50$ Wald=6.4, $p=0.01$ presentano un fattore predittivo significativo di insoddisfazione elevata da quello che possono spendere per i loro bisogni. L'item “É soddisfatto di vivere con le persone con qui vive? “presenta un fattore predittivo significativo di insoddisfazione più alta per permanenza all'OPG della durata da 2 settimane – 3 mesi $\beta = -2.216$, Wald= 3.9, $p=0.04$, invece per il fattore diagnosi – disturbo di personalità $\beta = 3.083$, Wald=6.8, $p=0.009$ sono predittori significativi di soddisfazione più elevata. Per l'item “Sarebbe contento di vivere qui ancora per lungo tempo?” si presenta un soddisfazione significativa per i fattori fascia d'età tra 46-55 anni $\beta = 3.37$, Wald= 3.7, $p=0.05$ e per le femmine $\beta = 2.05$, Wald= 5.8 $p=0.01$; invece per stato civile - coniugato/a $\beta = -2.81$, Wald= 5.1, $p=0.02$ si presenta come predittore significativo di insoddisfazione elevate per permanenza all'OPG per un lungo tempo. Per l'item” É soddisfatto della sua famiglia in generale?” I fattori singole $\beta = 2.44$, Wald= 8.4, $p=0.004$, e coniugato/a $\beta = 1.67$, Wald= 4.3, $p=0.03$ presentano una soddisfazione più elevate per la famiglia. Fattori predittivi di soddisfazione più elevata si presenta per fascia d'età tra 36- 45 anni $\beta = -2.50$,Wald= 4.2, $p=0.04$; e tra 46-55 anni $\beta = - 2.93$, Wald= 5.5, $p=0.01$. Per l'item “É soddisfatto della frequenza degli incontri con i suoi famigliari?” un fattore predittivo significante di elevato grado di soddisfazione dalla frequenza degli incontri con i suoi familiari si presenta per coniugato $\beta =$

2.31, Wald= 8.5, p=0.003. Invece i fattori fascia d'età tra 46-55 anni $\beta = -2.58$, Wald= 4.6, p=0.03, diagnosi –disturbo schizoaffettivo $\beta = -2.19$, Wald= 6.2, p=0.01, psicosi $\beta = -1.08$, Wald= 3.7, p=0.05, reato – danno alla proprietà privata $\beta = -2.40$, Wald= 4.1, p=0.04; omicidio $\beta = -2.20$, Wald= 4.1, p=0.04, tentative omicidio $\beta = -2.60$, Wald= 5.3, p=0.02 presentano fattori predittivi significativi di insoddisfazione della frequenza dei incontri con i loro familiari. L'item "É soddisfatto dei suoi rapporti con la gente?" per i fattori fascia d'età tra 18-25 anni $\beta = 4.53$ Wald=9.1, p=0.003; tra 26-35 anni $\beta = 3.29$, Wald= 5.6, p=0.01; tra 46-55 anni $\beta = 2.54$, Wald= 3.7, p=0.05 presenta fattori predittivi significativi per soddisfazione più elevata dei rapporti con la gente. I pazienti/pregiudicati per fattori stato civile – convivenza $\beta = -2.950$, Wald= 4.1, p=0.04, diagnosi – epilessia $\beta = -2.706$, Wald= 4.2, p=0.04, reato – furto $\beta = -3.749$, Wald= 7.4, p=0.006; reato –omicidio $\beta = -2.140$, Wald= 2.8, p=0.09 presentano punteggi predittivi significativi di insoddisfazione relativamente alta dei loro rapporti con la gente. Per l'item "É soddisfatto del numero di amici che ha?" fattori predittivi significativi sono per fascia d'età tra 18-25 anni $\beta = 2.98$, Wald= 4.6, p=0.03, tra 26- 35 anni $\beta = 2.60$, Wald= 3.7, p=0.05, sono più soddisfatti del numero dei amici. Più insoddisfatti si presenta per i fattori stato civile- convivenza $\beta = -3.25$, Wald= 5.3, p=0.02; diagnosi –epilessia $\beta = -3.20$, Wald= 5.6, p=0.01; permanenza al OPG da 6 mesi – 1 anno $\beta = -2.87$,Wald= 3.8, p=0.05. Per l'item" E' soddisfatto delle sue condizioni psichiche" fattore predittore significativo presenta per genere-femmine $\beta = 1.808$, Wald= 6.9, p=0.008 le quali sono più soddisfatte dalle loro condizioni psichiche, e anche per l'item" E' soddisfatto della sua salute nel complesso?" le femmine $\beta = 1.56$, Wald= 6.1, p=0.01; reato – furto $\beta = 1.99$, Wald= 3.7, p=0.05 sono fattori predittivi significativi che presentano gradi più modesti per la soddisfazione della salute nel complesso.

Tabella 3.17 Comparazione della QoL nei pazienti/pregiudicati per genere (N=89)

Subscale	Female	Male	t	df	p
	Mean (SD)	Mean (SD)			
Come si sente oggi rispetto alla vita' in generale	2.60 (0.69)	2.12 (0.91)	-1.58	87	0.1
E' soddisfatto del suo lavoro	1.90 (0.31)	2.0 (0.42)	0.72	87	0.4
E' soddisfatto di quanto guadagna	1.90 (0.31)	1.93 (0.40)	0.27	87	0.7
E' soddisfatto di essere disoccupato /a o pensionato/a	1.90 (0.31)	2.06 (2.97)	0.52	87	0.6

E' soddisfatto dai programmi che guarda in tv	4.00 (1.89)	4.03 (1.44)	-0.04	10	0.9
E' soddisfatto della sua fede religiosa	4.60 (1.26)	4.31 (1.99)	0.43	87	0.6
E' soddisfatto di quello che può spendere per i suoi bisogni	1.90 (0.31)	2.03 (0.86)	0.59	87	0.6
Nel complesso comunque e' soddisfatto di dove abita	3.50 (1.43)	2.73 (1.28)	-1.75	87	0.08
E' soddisfatto del grado di indipendenza	3.90 (0.87)	2.96 (1.18)	-2.42	87	0.01
Modo in qui può influenzare le decisioni comuni	3.90 (0.87)	3.59 (1.34)	-0.69	87	0.4
Di vivere con le persone con qui vive	4.40 (1.34)	3.96 (1.32)	-0.98	87	0.3
E' soddisfatto della sua possibilità di privacy	3.90 (0.99)	3.22 (1.14)	-1.77	87	0.07
Sarebbe contento di vivere qui ancora per lungo tempo	2.20 (0.42)	1.64 (0.62)	-2.73	87	<0.01
E' soddisfatto della sua sicurezza personale	5.10 (0.73)	4.88 (1.02)	-0.63	87	0.5
E' soddisfatto della sicurezza della posto in qui vive	5.20 (0.63)	4.94 (1.08)	-0.71	87	0.4
E' soddisfatto della sua famiglia in generale	4.40 (1.34)	4.65 (1.35)	0.56	87	0.5
E' soddisfatto della frequenza degli incontri con i suoi familiari	4.60 (0.84)	4.03 (1.51)	-1.14	87	0.2
E' soddisfatto del suo matrimonio?	3.86 (3.03)	3.04 (0.70)	-1.49	36	0.1
E' soddisfatto dei suoi rapporti con la gente	4.80 (1.03)	4.67 (0.94)	-0.40	87	0.6
E' soddisfatto del numero di amici che ha	4.80 (1.22)	4.41 (1.16)	-0.97	87	0.3
E' soddisfatto della sua salute nel complesso	3.90 (0.87)	2.72 (1.07)	-3.32	87	<0.01
E' soddisfatto della frequenza con qui vede il medico	4.80 (0.63)	3.89 (1.15)	-2.4	87	<0.01
E' soddisfatto delle sue condizioni psichiche	2.20 (0.42)	2.03 (0.64)	-0.76	87	0.4

Le femmine dimostrano delle differenze statisticamente significative, esaminando la tabella 3.17 nella quale sono riportate i punteggi delle medie (M=2.20 (0.42), e i maschi (M=1.64 (0.62)), $p < 0.01$ per l'item "Sarebbe contento di vivere qui ancora per lungo tempo", le

femmine hanno una percezione modesta positiva riguardo la permanenza all'OPG, loro si sono adattate più dei maschi alle condizioni di vita. Si notano delle differenze statisticamente significative tra i punteggi delle femmine (M= 3.90, SD=0.87) e maschi (M= 2.96, SD=1.18), $p<0.01$ per l'item "E' soddisfatto del grado di indipendenza", i maschi presentano un punteggio più basso delle femmine, al quale corrisponde una soddisfazione più bassa da parte degli maschi per la indipendenza, questo legato anche al fatto che loro hanno più affollamento nelle camere invece le femmine hanno solo una compagnia di stanza, o se vogliono possono decidere stare da sole. Per l'item "E' soddisfatto della sua salute nel complesso", le femmine presentano un punteggio modestamente positivo (M= 3.90 (0.87) presentando così una soddisfazione più alta dei maschi (M=2.72 (1.07), $p<0.01$) alla percezione sulla loro salute nel complesso. Inoltre le femmine presentano dei punteggi più alti (M= 4.80 (0.63) anche per l'item "E' soddisfatto della frequenza con cui vede il medico" se comparata con i maschi (M= 3.89 (1.15), $p<0.01$), dimostrando delle differenze statisticamente significative. Per quanto riguarda la qualità della vita basandosi su item oggettivi e soggettivi si presentano dei punteggi che mirano ad esplorare le sue sottoscale per la QoL per i pazienti/pregiudicati. I punteggi variano da 1.00 a 4.75. I punteggi ottenuti dimostrano la presenza di un grado relativamente basso sulle sottoscale che esplorano l'opinione dei pazienti/pregiudicati sulle risposte oggettive e soggettive sulla qualità delle vita. I pazienti/pregiudicati presentano dei valori (M=1.21, SD =0.35) per l'Affect- balance negativo, anche per l'Affect- balance positivo (M= 1.85, SD=0.27) presentando dei punteggi statisticamente significativi. Per il Self-esteem negative (M= 1.33, SD= 0.40) e Self-esteem positive (M= 1.33, SD= 0.40) non si notano delle differenze statisticamente significativi tra di loro, ma tutte e due presentano valori bassi nei punteggi ottenuti. Come si può notare nella Tab. 3.19 per la sottoscala salute i valori si presentano bassi (M= 1.77, SD=0.29), come un'area maggiormente compromessa, riferendosi alle condizioni psichiche nello specifico, che a sua volta influenzano anche le condizioni fisiche.

Tabella 3.18 *Statistiche Descrittive per le sottoscale di Qualità della vita nei pazienti/pregiudicati (N=89)*

Subscale	Mean (SD)	Range
Benessere generale	2.18 (0.24)	1.67 – 3.83
Lavoro –istruzione	1.99 (0.36)	1.25 – 4.75

Attività del tempo libero	2.16 (0.34)	1.25 – 2.75
Religione	-	-
Situazione finanziaria	2.35 (0.64)	1.00 – 4.33
Situazione abitativa	2.81 (0.70)	1.50 – 4.62
Situazione legale e sicurezza	3.11 (0.46)	1.60 – 4.20
Relazioni familiari	3.47 (0.65)	1.75 – 4.62
Relazioni sociali	2.48 (0.28)	1.86 – 3.14
Salute	1.77 (0.29)	1.25 – 2.75
Affect- balance positive	1.85 (0.27)	1.20 – 3.40
Affect- balance negative	1.21 (0.35)	1.00 – 3.20
Self-esteem positivo	1.80 (0.44)	1.00 – 2.40
Self-esteem negativo	1.33 (0.40)	1.00 – 2.40

Per l'affect – balance e per il self - esteem le risposte sono registrate con valore “1” la presenza del fattore e “2” la mancanza del fattore che si mira ad esplorare. I pazienti/pregiudicati presentano dei punteggi nei valori (M=1.21, SD =0.35) per l'Affect- balance negativo, si nota un grado più elevato della presenza di sentimenti di tipo negativo, anche per l'Affect- balance positivo (M= 1.85, SD=0.27) si nota la presenza di sentimenti positivo molto basso. Il Self-esteem negative (M= 1.33, SD= 0.40) dimostra un grado più elevata dell'opinione che ha il paziente su se stesso in modo negativo, per il Self-esteem positive (M=1.80, SD=0.44) si notano delle differenze statisticamente significative nei punteggi molto bassi per quando riguarda l'opinione del paziente su sé stesso in modo positive. Come si può notare nella Tab. 3.19 per la sottoscala salute i valori si presentano bassi (M= 1.77, SD= 0.29). Inoltre per la sottoscala lavoro e istruzione i punteggi sono (M= 1.99,SD = 0.37) presentando un insoddisfazione elevate. I valori per la sottoscala Attività del tempo libero presentano un valore (M= 2.16 SD = 0.34) statisticamente significativo per un interpretazione. Per la sottoscale Benessere generale (M= 2.18, SD = 0.25) i valori si presentano bassi, invece si presentano un po più elevate per la sottoscala della religione (M=3.17,SD =0.79) ma non da considerarsi valore alto. Per le sottoscale Situazione finanziaria (M=2.36, SD = 0.65) e Situazione abitativa (M=2.82, SD= 0.70), Relazioni sociali (M= 2.48, SD = 0.29) la situazione non si presenta bene, dimostrando ancora dei valori bassi. Nelle ultime due sottoscale, Situazione legale e sicurezza (M = 3.11, SD

= 0.47), Relazioni familiari (M=3.47, SD = 0.65) si può concludere che per le sottoscale della QoL I punteggi dimostrano dei valori bassi, legati alla percezione soggettiva e oggettiva dei pazienti/pregiudicati sulla qualità della loro vita.

- Correlazione tra Empowerment e sottoscale

È stata testata la distribuzione delle variabili con il test Kolmogorov-Smirnov per l'empowerment totale e le sottoscale, la quale risulta non-normalmente distribuita. Abbiamo usato il test di correlazione non-parametrico di Spearman. Si nota una forte correlazione tra l'empowerment totale e la sua sottoscala Autostima – autoefficacia e ($\rho=.82$, $p<0.001$) dimostrando un impatto maggiore, invece si dimostra una correlazione moderata tra l'empowerment totale e la sottoscala Attivismo nella comunità e autonomia questo anche per le condizioni in cui si trovano i pazienti dove non hanno molte possibilità di autonomia e attivismo perché in gran parte non sono loro che decidono in che attività devono prendere parte ($\rho=.23$, $p<0.02$). Per le altre sottoscale la correlazione si presenta buona, Capacità – incapacità ($\rho=.56$, $p<0.001$), Ottimismo e controllo sul futuro con ($\rho=.57$, $p=0.001$).

Tabella 3.19 Correlazione tra l'empowerment e le sue sottoscale nei pazienti/pregiudicati (N=89)

	rho	P
Auto-stima– auto-efficacia	.82	0.001
Capacità– inCapacità	.56	0.001
Attivismo nella comunità e autonomia	.23	0.02
Ottimismo e controllo sul futuro	.57	0.001
Rabbia giustificata	.31	0.001

Una correlazione statisticamente significativa, come si può vedere anche nella Tabella 3.20 viene notato tra l'empowerment totale e la sottoscala Rabbia giustificata ($\rho=.31$, $p<0.001$). I rapporti fra l'empowerment totale e le sue cinque dimensioni autostima, Capacità, attivismo, ottimismo, rabbia sono state esaminate attraverso una correlazione di Spearman.

La figura 3.2 tramite una Scatter plot mostra le correlazioni tra le singole componenti dell'empowerment scale.

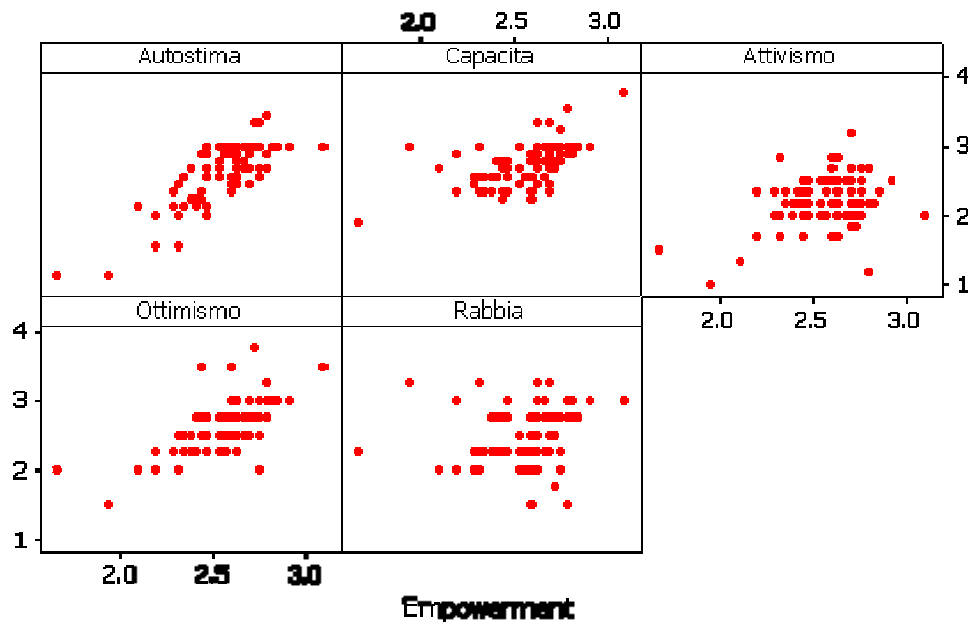


Figura 3.3 Scatter plot della correlazione dell'empowerment totale con le sue sottoscale nei pazienti/pregiudicati (N=89)

- Correlazione tra Empowerment e le sottoscale della Qualità di Vita nei pazienti/pregiudicati

Una debole non significativa correlazione si nota tra l'empowerment totale e la sottoscala Attività del tempo libero ($\rho=.03$, $p=0.7$), con relazioni familiari ($\rho=.15$, $p=0.1$), con condizioni emotive positive positive ($\rho=.19$, $p=0.06$), situazione finanziaria ($\rho=.02$, $p=0.7$), lavoro- istruzione ($\rho=-.005$, $p=0.7$), situazione abitativa ($\rho=.06$, $p=0.5$), situazione legale e sicurezza ($\rho=.07$, $p=0.4$), quality of life ($\rho=-.03$, $p=0.7$), salute ($\rho=.02$, $p=0.8$), condizioni emotive negative ($\rho=-.15$, $p<0.1$), condizioni emotive positive ($\rho=.19$, $p=0.06$).

Le relazioni sociali dimostrano una correlazione debole ma significativa con l'empowerment totale ($\rho=.21$, $p=0.04$). Una correlazione significativa moderata si nota anche tra empowerment total e Benessere generale ($\rho=.32$, $p<0.01$), concetto di se positivo ($r=.32$, $p<0.001$) una correlazione inversa significativa moderata si presenta tra l'empowerment totale e

Concetto di sé negative ($\rho=-.37, p<0.01$). Inoltre per la sezione religione non si può notare un significatività per numero degli item che lo compongono questa sottoscala.

Tabella 3 .20 Correlazione tra empowerment e le sottoscale QoL (N=89)

Subscale	Rho	p
Qualità della vita	.03	0.7
Benessere generale	.32	<0.01
Lavoro - istruzione	.005	0.9
Attività del tempo libero	.03	0.7
Religione		
Situazione finanziaria	.02	0.7
Situazione abitativa	.06	0.5
Situazione legale e sicurezza	.07	0.4
Relazioni familiari	.15	0.1
Relazioni sociali	.21	0.04
Salute	-.02	0.8
Condizioni emotive positive	.19	0.06
Condizioni emotive negative	.15	0.1
Concetto di sé positivo	.32	<0.001
Concetto di sé negativo	-.37	<0.01

- Correlazione tra l'empowerment totale e le sottoscale comportamento del paziente/pregiudicato in ospedale.

Per la sottoscala della sezione Paziente in Ospedale non si notano correlazioni significative tra l'empowerment totale e fattori di rischio specifici ($\rho= .10, p=0.3$), inoltre non si nota una significativa correlazione tra Comportamento del paziente in reparto e l'empowerment totale ($\rho=.09, p=0.3$).

Tabella 3.21 *Correlazione tra empowerment e le seguenti sottoscale (N=89)*

Subscale	rho	p
Comportamento del paziente in reparto	.09	0.3
Fattori di rischio specifici	.10	0.3
L'opinione dei infermieri su risorse specifiche del paziente	.04	0.3
Occupazione del paziente in reparto,	.12	0.2
Contato con il mondo esterno	.06	0.5

Non si nota una correlazione significativa anche tra l'empowerment totale e L'opinione dei infermieri su risorse specifiche del paziente ($\rho=.04$, $p=0.3$), e sull'occupazione del paziente in reparto ($\rho=.12$, $p=0.2$). Una debole correlazione non significativa si nota tra l'empowerment totale e tra Contato con il mondo esterno ($\rho=.06$, $p=0.5$).

II Sezione - Analisi di statistiche descrittive per gli operatori dello staff del reparto psichiatrico, dell' Ospedale Generale delle Prigioni di Tirana.

1. Empowerment nello staff

I dati sui quali sono state effettuate le analisi fattoriali provengono da un campione di 68 soggetti allo scopo di analizzare la coerenza interna delle 5 dimensioni della versione originale e dell'intera scala. Abbiamo cercato di effettuare un'analisi confermativa della struttura fattoriale dello strumento nella versione Albanese, ma i risultati non ti permettono di trarre conclusioni a causa della ridotta numerosità del campione. Qui sotto sono riportate delle prove.

Tabella 3.22 *Le proprietà psicometriche dell'empowerment. Versione Albanese (N=68)*

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin misura della semplice adeguatezza.		.619
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	970.484
	df	378
	Sig.	.000

KMO >0.5 and *Bartlett's test of sphericity* < 0.000 suggerisce le appropriate analisi fattoriale per le variabili.

Metodo di Estrazione delle Communalities: Analisi delle Componenti Principali. (N=68).

Tabella 3.23 *La proporzione della varianza nelle variabili originali che si spiega con la factor solution.*

Item	Initial	Extraction
1	1	.810
2	1	.744
3	1	.845
4	1	.828
5	1	.841
6	1	.815
7	1	.783
8	1	.723
9	1	.635
10	1	.918
11	1	.856
12	1	.749
13	1	.703
14	1	.800
15	1	.848
16	1	.683
17	1	.762
18	1	.832
19	1	.761
20	1	.739
21	1	.744
22	1	.662
23	1	.731
24	1	.719

25	1	.788
26	1	.746
27	1	.779
28	1	.750

The communalities sono tutte più di > 0.50 , i valori si presentano tra $(0.68 - 0.84)$

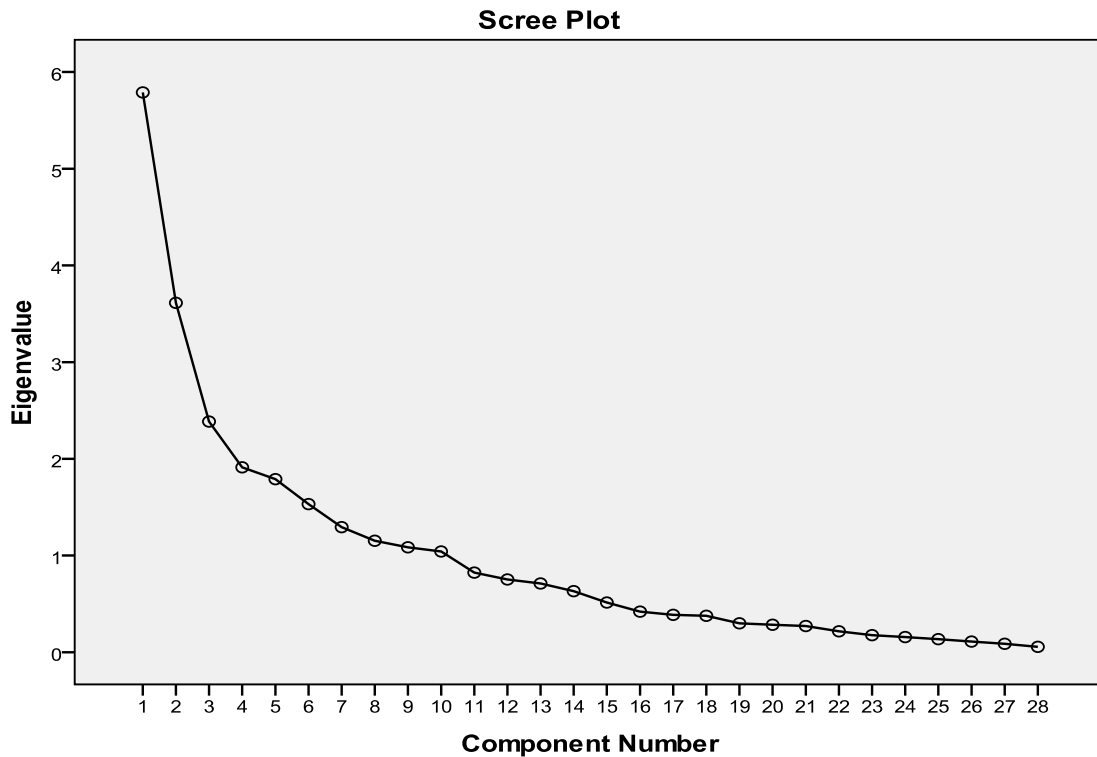


Figura 3.4 L'empowerment scale nello staff (N=68)

I primi 7 autovalori rappresentano il 77.1 % della varianza totale.

I primi 5 autovalori rappresentano il 61.2% della varianza totale.

Il numero di fattori da mantenere è stato guidato da: (a) the scree plot method (b) eigenvalues above 1.0 (c) interpretability.

Metodo dell'estrazione è stato: Analisi delle Componenti Principali.

Metodo di Rotazione: Promax with Kaiser Normalization.

Cinque fattori di analisi delle componenti principali

Tabella 3.24 Metodo di rotazione: Promax con normalizzazione Kaiser.

Item	Factor					
	1	2	3	4	5	
Auto-stima						
5	.757					
6	.431					
9	.475					
12	.693					
14						
18	.427					
19						
24	.658					
26	.737					
Capacita-						
8						
16						
17					.311	
21					.538	
22						
23					.552	
Attivismo						
3						
11						
20		.664				
25		.369				
28		.680				
Ottimismo						
1				.523		
2				.671		

13				.375		
27						
Rabbia						
4			.887			
7						
10			.915			
15			.849			
Varianza	13.6	13.4	12.0	8.6	7.8	

Struttura fattoriale e dei items

L'analisi fattoriale della scala originale di Rogers(1997) con 28 items produce una struttura con cinque dimensioni.

L'analisi delle componenti principali (riportate ordinandole in base alla percentuale di varianza totale) ha prodotto una struttura con cinque dimensioni che sono:

1. Autostima-autoefficacia **13.6%** (item: 5-6-9-12-18-24-26) items mancanti 14,19
2. Capacita-inCapacita **13.4%** (item: 8-16-21) items mancanti 8, 16, 22
3. Attivismo nella comunità e autonomia **12.0%** (item: 20-25-28) items mancanti 3, 11
4. Ottimismo e controllo sul future **8.6%** (item: 1-2-13) items mancanti 27
5. Rabbia giustificata **7.8%** (4 -10 – 15) items mancanti 7

La versione Albanese dell'Empowerment Scale risulta di 19 items in totale. La sottoscala autostima risulta di 7 items, inoltre le altre sottoscale risultano di tre items per ciascuna. Una spiegazione logica della mancanza di items per le sottoscale é la dimensione del campione che non soddisfa il rapporto minimo richiesto per effettuare questo tipo di analisi fattoriale che é di 5:1 individui / items.

Tuttavia la scala soddisfa i requisiti minimi di tre opzioni per ogni sottoscala ed é valida per la misura delle caratteristiche psicometriche dei pazienti/pregiudicati albanesi.

L'affidabilità per l'Empowerment Scale riportato tramite le statistiche descrittive risulta elevata. Dimostra una buona affidabilità ($\alpha = .87$) per il campione totale degli operatori del reparto psichiatrico dell'Ospedale Generale delle Prigioni di Tirana. Nella sottoscala Autostima –

autoefficacia, Cronbach's alpha .821, nella seconda, Capacita – inCapacita $\alpha = .621$, nella terza attivismo nella comunità e autonomia $\alpha = .620$, nella quarta ottimismo e controllo sul futuro $\alpha = .434$, nella quinta rabbia giustificata $\alpha = .479$.

Tabella 3.25 *I valori dell' Cronbach's alpha per le 5 sottoscale e per l'intero questionario nello staff (N= 68)*

Subscale	Alpha	P
Auto-stima – auto-efficacia	.821	<.001
Capacita – inCapacita	.621	<.001
Attivismo nella comunità e autonomia	.620	<.001
Ottimismo e controllo sul futuro	.434	<.001
Rabbia giustificata	.479	<.001
Whole questionnaire	.869	<.001

La media ottenuta per l'empowerment totale presenta dei valori relativamente alti per gli operatori del reparto psichiatrico $M = 2.18$ con dev.st. = 0.17. I punteggi variano da 1.50 a 2.59. Nelle sue sottoscale si notano delle differenze. Gli operatori presentano dei valori più alti nella dimensione autostima–autoefficacia ($M = 1.89$, $SD = 0.27$) nel punteggio globale dell'empowerment scale, inoltre anche per la dimensione Capacita–inCapacita presentano dei valori relativamente alti di grado dell'empowerment ($M = 2.53$, $SD = 0.27$). Una dimensione che presenta dei valori più elevati rispetto alle altre dimensioni é Attivismo nella comunità e autonomia ($M = 1.87$, $SD = 0.26$). Per le altre due dimensioni i valori rappresentano delle differenze significative nella distribuzione dei punteggi, ottimismo e controllo sul futuro ($M = 2.06$, $SD = 0.30$), fa eccezione la dimensione rabbia giustificata ($M = 2.61$, $SD = 0.32$) la quale dimostra un livello più basso dell'empowerment. Le cinque dimensioni dell'empowerment in generale presentano dei punteggi relativamente alti per lo staff. Il punteggio ottenuti dalle medie per le cinque sottoscale dell'empowerment scale per il baseline range variano da un minimo di 1.5 a 2.6 (misurata tramite un 4-point scale), con un punteggio più alto che dimostra un basso grado dell'empowerment percepito della singola persona. Mentre punteggi più bassi dimostrano un alto grado di empowerment e legato tra l'altro con alti livelli di autostima-autoefficacia,

Capacita-inCapacita, ottimismo e autonomia, attivismo e controllo sul future, rabbia giustificata. La media totale dell'empowerment scale é 2.18±0.17.

L'empowerment personale misurato nel gruppo degli operatori dimostrata nella tabella 3.27 ci rappresenta un panorama generale

Tabella 3.26 I valori della media dell'empowerment e sottoscale per il personale (N=68)

Staff	Mean (SD)	Range
Empowerment	2.18 (0.17)	1.50 – 2.59
Auto-stima	1.89 (0.27)	1.00 – 2.55
Capacita	2.53 (0.24)	2.00 - 3.11
Attivismo	1.87 (0.26)	1.00 – 2.33
Ottimismo	2.06 (0.30)	1.25 - 2.75
Rabbia	2.61 (0.32)	1.50 - 3.25

Per quanto riguarda l'empowerment dei operatori, la media ottenuta é stata di 2.18 con dev.st. =0.17, i punteggi variano da 1.50 a 2.59. I punteggi ottenuti dimostrano la presenza di un grado relativamente alto dell'empowerment per gli operatori dello staff. Nelle sue sottoscale si notano delle differenze significative. Gli operatori presentano dei valori più elevati nella dimensione Autostima–autoefficacia (M = 1.89 , SD = 0.27), nel punteggio globale dell'empowerment scale. Inoltre anche per la dimensione Attivismo nella comunità e autonomia presenta alti valori di grado dell'empowerment (M = 1.87, SD =0.26).

Una dimensione che presenta dei valori più bassa rispetto alle altre dimensioni é Capacita–inCapacita (M = 2.53, SD = 0.24). Per le altre due dimensioni i valori rappresentano delle differenze significative nella distribuzione dei punteggi, Ottimismo e controllo sul futuro (M =2.06, SD = 0.30) e Rabbia giustificata (M = 2.61, SD = 0.32). le cinque dimensioni dell'empowerment in generale presentano dei punteggi relativamente alti fa eccezione la dimensione Rabbia giustificata la quale dimostra un livello più basso in confronto con le altre dimensioni.

Tabella 3.27 I punteggi tra l'empowerment totale, le sottoscale e dati demografici nei operatori del reparto psichiatrico (N= 68)

Variabile	Score totale	Subscales				
		Auto-stima	Capacita	Attivismo	Ottimismo	Rabbia
Femmina	2.16	1.87	2.52	1.86	2.02	2.62
Maschio	2.19	1.91	2.54	1.88	2.09	2.60
Fascia d' età (anni)						
18 – 25	2.16	2.06	2.41	1.81	1.96	2.58
26- 35	2.21	1.88	2.60	1.87	2.15	2.63
36- 45	2.19	1.90	2.54	1.89	2.03	2.67
46-55	2.11	1.81	2.44	1.86	2.07	2.46
56-65	2.21	1.90	2.60	1.92	2.06	2.66
Stato civile						
Coniugato/a	2.19	1.88	2.56	1.87	2.10	2.63
Convive	2.48	2.28	2.67	2.17	2.37	3.12
Divorziato/a	2.09	1.89	2.43	1.83	1.83	2.46
Single	2.12	1.87	2.43	1.85	1.94	2.56
Vedovo/a	2.19	1.89	2.44	2.00	2.50	2.25
Profession						
Figure sanitarie	2.11	1.83	2.46	1.80	2.00	2.52
Infermiere	2.20	1.85	2.58	1.90	2.10	2.71
Medico	2.15	1.81	2.50	1.89	2.00	2.71
Personale di sicurezza (polizia)	2.19	1.93	2.54	1.89	2.10	2.54
Psicologo/assistente sociale	2.32	2.33	2.61	1.75	2.00	2.87

Dalle analisi della varianza (ANOVA) si notano delle differenze statisticamente significative per l'empowerment totale a seconda dello stato civile ($F=2.72$ $df=4$ e 63 , $p=0.03$). Non si dimostrano differenze statisticamente significative a seconda della fascia d'età ($F=0.97$ $df=4$ and 63 , $p=0.5$), e secondo della professione ($F=1.04$ $df=4$ and 63 , $p=0.4$). Dalle analisi univariate con la tecnica di regressione lineare l'età risulta un predittore significativo

dell'empowerment ($\beta=0.003$, $p=0.02$). Con la crescita d'età anche il grado dell'empowerment aumenta. Gli altri fattori come genere, professione, stato civile non risultano fattori significativi dell'empowerment.

Dalle analisi di regressione multi-variata con il metodo stepwise solo l'età ($\beta=0.004$, $p=0.02$) risulta fattore significativo dell'empowerment.

L'effetto del genere nei operatori dello staff

Tabella 3.28 *Comparazione delle medie tra maschi e femmine per le sottoscale*

Subscale	Female	Male	t	df	p
	Mean (SD)	Mean (SD)			
Auto-stima–auto-efficacia	1.87 (0.32)	1.91 (0.23)	-0.46	45	0.6
Capacità–incapacità	2.52 (0.21)	2.54 (0.27)	-0.28	65	0.7
Attivismo nella comunità e autonomia	1.86 (0.28)	1.88 (0.24)	-0.40	51	0.6
Ottimismo e controllo sul futuro	2.02 (0.31)	2.09 (0.29)	-1.01	55	0.3
Rabbia giustificata	2.62 (0.32)	2.60 (0.33)	0.31	58	0.7
Whole questionnaire	2.16 (0.81)	2.19 (0.17)	-0.59	55	0.5

Non si notano differenze statisticamente significative tra genere e l'empowerment totale e anche per le altre sottoscale. Si presenta un grado dell'empowerment simile per i punteggi ottenuti sia nell'empowerment totale che nelle sue sottoscale per il gruppo delle femmine e dei maschi.

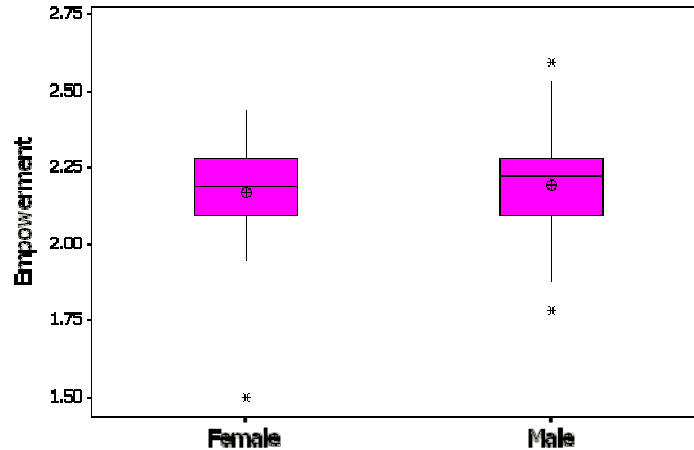


Figura3.5 Comparazione delle medie tra maschi e femmine per le sottoscale

Sono state condotte delle analisi di regressione logistica multi-variata con il metodo stepwise per poter evidenziare i fattori che influenzano nell'empowerment personale. Nel modello genere, stato civile, fascia d'età, posizione di lavoro in OPG non hanno risultato determinanti nel punteggio di accordo per gli items "Mi ritengo una persona capace" e "In genere sono ottimista sul future" nessuno dei fattori non risulta predittore significativo dell'empowerment. Per l'item "In genere realizzo ciò che mi propongo di fare" lo stato civile-"Single" $\beta = -6.2775$ $df = 13$, $p=0.01$ presenta un fattore predittivo significativo. Le persone single presentano un basso grado per la realizzazione dei obiettivi personali. L'item "Molto spesso un problema può essere risolto cominciando ad agire" non presenta nessun fattore predittore significativo di accordo. Inoltre anche per l'item "In genere sono ottimista sul future" non si presenta nessun fattore predittivo significante di accordo.

Una regressione ordinale a secondo la scala di tipo likert, é stato condotto per poter esplorare più a fondo le risposte ai items per evidenziare i fattori che influenzano nell'empowerment personale. Nel modello genere, stato civile, professione sono risultati determinanti nel punteggio dell'empowerment per le cinque dimensioni. La prima – Autostima–autoefficacia é stata esplorata tramite due items; - l'item "Ho un'opinione positiva di me stesso" per la professione–figure sanitarie $\beta = 305.30$, $Wald=3198.8$, $p <0.001$; infermiere $\beta = 305.7$, $Wald=3051.1$, $p <0.001$; medico $\beta = 313.91$, $Wald=8937.8$, $p <0.001$ presenta predittori significativi per la percezione positive di se stesso. La dimensione autostima-autoefficacia

presenta un grado più elevato di un'opinione positiva negli operatori che appartengono alla professione medico, infermiere e figure sanitarie. Invece per l'item "Mi ritengo una persona capace" non presenta fattori predittivi significativi di accordo.

La seconda dimensione "Capacità-InCapacità" è stata esplorata tramite gli items; -"Di solito mi sento solo" i fattori predittivi significativi si presentano per la professione - Figure sanitarie $\beta = 2.57$, Wald=17.7, $p < 0.001$; Infermiere $\beta = 2.25$, Wald=11.8, $p = 0.001$; medico $\beta = 3.29$, Wald=43.1, $p < 0.001$ e per stato civile - coniugato/a $\beta = 2.09$, Wald=13.8, $p < 0.001$, gli quali non presentano segnali di solitudine (non si sentono soli). Invece un fattore predittivo significativo si presenta per stato civile - divorziato/a $\beta = - 2.42$, Wald=10.2, $p = 0.001$, gli quali si sentono più soli. Per l'item "Il più delle volte mi sento un incapace" non risulta nessun fattore predittivo significativo dell'empowerment.

La dimensione "Capacità-InCapacità" presenta un grado relativamente basso dell'empowerment. Nel cercare di esplorare sulle risposte a questa dimensione il conduttore del focus group ha letto gli items uno ad uno e ha chiesto ai presenti di discutere fra di loro su la chiarezza di ciascuno di essi, risulta che per gli operatori diventa difficile contraddire un ordine dei superiori anche quando è insensato e non esperto per il fatto che i loro superiori hanno la protezione del partito in cui aderiscono. Non hanno la libertà di esercitare in pieno le loro abilità sul posto di lavoro. Le strutture sono restrittive e non favoriscono l'autonomia al lavoro.

La terza dimensione "Attivismo nella comunità e autonomia" è stata esplorata tramite due items; - "Molto spesso un problema può essere risolto cominciando ad agire" per il quale non si presenta nessun fattore predittivo significativo dell'empowerment nello staff. Per l'item "Le persone hanno più potere se si uniscono in gruppo" fattori predittivi significativi si presenta per professione - Figure sanitarie $\beta = 782.20$, $p < 0.001$; per Infermiere $\beta = 783.51$, $p < 0.001$; per medico $\beta = 782.77$, $p < 0.001$ e per stato civile - coniugato/a $\beta = 342.8$, $p < 0.001$; stato civile - divorziato $\beta = 344.05$, $p < 0.001$, si nota un accordo per il potere che le persone hanno se si uniscono in gruppo.

La quarta dimensione "Ottimismo e controllo sul futuro" è stata esplorata tramite gli items; -" Io posso determinare in buona parte quello che accadrà nella mia vita" e "In genere sono ottimista sul futuro" non risulta nessun fattore predittivo significativo di accordo .

La quinta dimensione “Rabbia giustificata” é stata esplorata tramite due items; - “Io dovrei essere più capace di dire cosa non mi piace del comportamento degli altri” presenta fattori predittivi significativi di bassi gradi di rabbia giustificata per stato civile – cognugato $\beta = -266.5$, $p < 0.001$, per Convivenza $\beta = -265.7$, $p < 0.001$, e Divorziato/a $\beta = -265.1$, $p < 0.001$, queste categorie hanno più difficoltà a dire cosa non gli piace del comportamento degli altri. Per l’item “Reagire con rabbia a una situazione é spesso il primo passo per cambiarla” fattori predittivi significanti di elevato grado di accordo presentano lo stato civile - coniugato/a $\beta = 481.9$, $p < 0.001$ e stato civile -Divorziato/a $\beta = 479.2$, $p < 0.001$, per gli quali le situazioni possono cambiare per il meglio se reagiscono con rabbia. Invece per i fattori, professione - figure sanitarie $\beta = -366.365$ $p < 0.001$, Infermiere $\beta = -363.649$ $p < 0.001$; medico $\beta = -364.313$, $p < 0.001$ presentano fattori predittivi significativi. Loro non pensano che reagire con rabbia cambi le cose per il meglio. Questa dimensione é stata esplorata anche tramite un focus-group con cinque operatori per poter capire più a fondo la presenza di bassi gradi dell’empowerment nella dimensione “Rabbia giustificata” dalle analisi si puo pensare che i bassi gradi dell’empowerment sono legati alla mancanza di strutture che potrebbero difendere i loro diritti, alla paura elevate di perdere il posto di lavoro, alla difficoltà che hanno nel comunicare in maniera aperta con i loro superiori, alla alta pressione che hanno da parte dei loro superiori per eseguire ordini contro il regolamento.

Tabella 3.29 *La correlazione tra l’empowerment totale e le sottoscale dello staff (N=68)*

	rho	p
Autostima – autoefficacia	.51	<0.001
Capacita – incapacita	.61	<0.001
Attivismo nella comunita e autonomia	.58	<0.001
Ottimismo e controllo sul futuro	.58	<0.001
Rabbia giustificata	.48	<0.001

Come si può notare anche nella tab. 3.30 viene dimostrata una correlazione positive moderata tra la scala totale dell’empowerment e le sottoscale Autostima – autoefficacia ($\text{rho}=.51$, $p<0.001$), Capacita – inCapacita ($\text{rho}=.61$, $p<0.001$), Attivismo nella comunità e autonomia ($\text{rho}=.58$,

p<0.001), Ottimismo e controllo sul futuro (rho=.58, p<0.001) e con Rabbia giustificata (rho=.48, p<0.001).

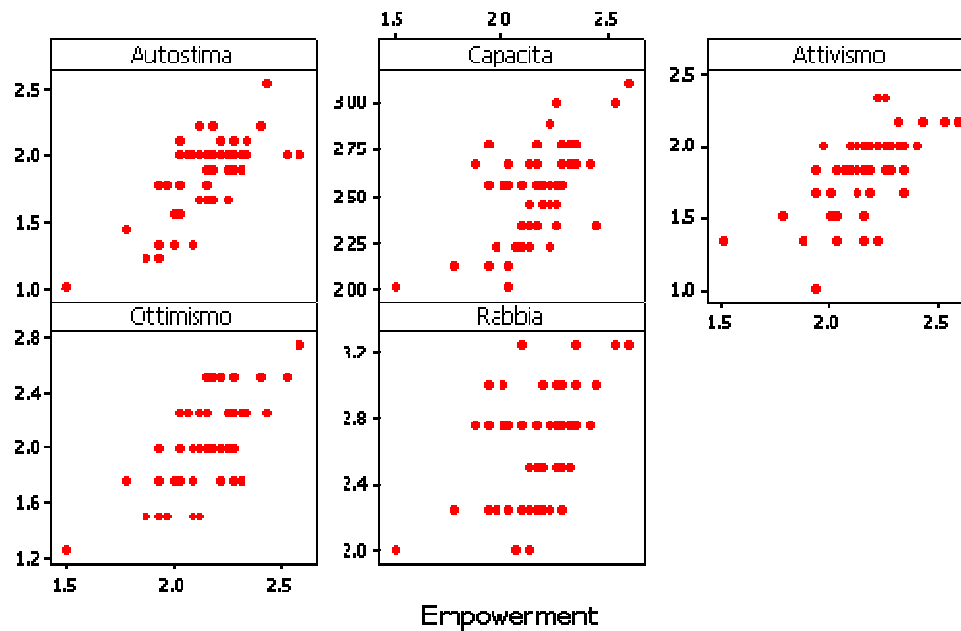


Figura 3.6 Scatter plot della correlazione dello staff con le sottoscale

Qualità di vita nello staff

Tabella 3.30 Il valore di Cronbach's alpha per il totale questionario dei operatori (N= 68)

Quality of life	Alpha	P
Staff	.855	<.001

L'affidabilità della Qualità della vita per 23 domande, a una scala tipo likert a 7 punti, che esplora la percezione soggettiva è misurata con l'alpha di Cronbach che risulta elevata ($\alpha = .855$) nel campione totale.

Tabella 3.31 Statistica descrittiva della QoL per gli operatori dello staff (N= 68).

Quality of life	Mean (SD)	range
Staff	5.07 (0.45)	3.78 – 6.08

Come si può notare anche dalla Tab.3.32 lo staff presenta dei valori relativamente alti per quando riguarda la percezione oggettiva e soggettiva sulla loro qualità della vita (M= 5.07, dev.stand.= 0.45. I punteggi variano da 3.78 e 6.08.

Tabella 3.32 *Comparazione dei punteggi tra gli item della scala QoL per gli operatori dello staff (N= 68)*

Item	Mean	Variance
Come si sente oggi rispetto alla vita' in generale?	5.21	0.49
É soddisfatto del suo lavoro?	5.13	0.71
É soddisfatto di quanto guadagna	3.94	2.15
É soddisfatto di come passa il tempo libero a casa,	5.07	0.90
É soddisfatto di come passa il tempo libero fuori casa,	5.35	0.50
É soddisfatto dei programmi che guarda in tv o ascolta' alla radio?	4.99	0.94
É soddisfatto della sua fede religiosa e dei suoi insegnamenti	4.65	1.69
É soddisfatto della frequenza con chi va in chiesa o moschea	4.56	1.65
Nel complesso É soddisfatto della sua situazione finanziaria?	4.04	1.57
É soddisfatto di quello che puo' spendere per divertirsi	3.78	1.85
Nel complesso comunque É soddisfatto di dove abita	5.00	0.81
É soddisfatto del grado di indipendenza che ha dove vive	5.18	0.57
É soddisfatto del modo puo' influenzare le decisioni comuni	5.19	0.54
É soddisfatto di vivere con le persone con qui vive	5.31	0.43
É soddisfatto della sua possibilita di privacy	5.28	0.44
Sarebbe contento di vivere qui ancora per lungo tempo	5.19	0.72
É soddisfatto della sua sicurezza personale	4.96	1.15
É soddisfatto della sicurezza della posto in qui vive	5.04	0.97
É soddisfatto della sua famiglia in generale	5.79	0.49
É soddisfatto della frequenza degli incontri con I suoi parenti	5.46	1.03
Se pertinente) É soddisfatto del suo matrimonio	5.73	0.70
É soddisfatto dei suoi rapporti con la gente	5.46	0.43

É soddisfatto del numero di amici che ha	5.47	0.49
É soddisfatto della sua salute nel complesso	5.37	0.44
É soddisfatto della frequenza con cui vede il medico	5.19	0.72
É soddisfatto delle sue condizioni psichiche	5.75	0.46

Dalle analisi di varianza (ANOVA) si presentano differenze statisticamente significative tra i punteggi della QoL **F=20.28 df=25 and 1723, p<0.01.**

I punteggi dimostrano dei valori statisticamente significativi per l'item "É soddisfatto delle sue condizioni psichiche" presenta una differenza statisticamente significativa (M=5.75) rivelando un soddisfazione elevata, "É soddisfatto della sua famiglia in generale" (M=5.79), "É soddisfatto dei suoi rapporti con la gente" (M=5.46), "É soddisfatto del numero di amici che ha" (M=5.47). Per alcuni item che esplorano la loro percezione sulla soddisfazione o no dello staff si presentano dei valori con differenze statisticamente significative che dimostrano una percezione sfavorevole sulla loro qualità di vita riportata nelle items "Nel complesso é soddisfatto di quello che può spendere per divertirsi" (M=2.06), "É soddisfatto di quello che può spendere per i suoi bisogni" (M= 3.78), "É soddisfatto di quanto guadagna" (M=3.94), "Nel complesso é soddisfatto della sua situazione finanziaria?" (M=4.04).

Per evidenziare i fattori che influenzano la percezione soggettiva degli operatori sulla qualità della vita sono state condotte delle regressioni ordinali per le risposte ai items secondo la scala di tipo likert a 7 punti (che va da "peggio di così non potrebbe andare" a "meglio di così non potrebbe essere". Nel modello genere, stato civile, professione sono risultati determinanti nel punteggio della qualità di vita, e in alcuni items che esplorano il grado di soddisfazione dello staff nei confronti delle varie aree della vita. Per l'item "Come si sente oggi rispetto alla vita in generale" non si presenta un fattore predittivo significativo per la soddisfazione dalla vita in generale. L'item "É soddisfatto di quanto guadagna?" presenta un fattore predittivo significativo di grado di insoddisfazione del loro reddito e relativamente alta per fascia d'età tra 36- 45 anni $\beta = - 1.915$ Wald=5.1, p=0.02. Invece le femmine $\beta = 1.930$, Wald=5.9 p=0.014 presentano un fattore predittivo significativo della soddisfazione più elevate del loro reddito. Per l'item "É soddisfatto del suo lavoro" un fattore predittivo significativo si presenta per fascia d'età tra 26- 35 a $\beta = 1.771$ Wald=6.9, p=0.009, i quali sono più soddisfatti del loro lavoro. Per gli items "É

soddisfatto di vivere con le persone con qui vive?” e “ Sarebbe contento di vivere qui ancora per lungo tempo?” non si presentano fattori predittivi significanti. Per l’item “É soddisfatto della sua famiglia in generale ?” fattori predittivi significativi per fascia d’età tra 26- 35 anni $\beta = 1.895$, Wald=8.1, $p=0.004$; tra 36- 45 anni $\beta = 2.393$, Wald=14.7, $p<0.0001$; tra 46-55 anni $\beta = 2.506$, Wald=14.2 , $p<0.0001$ presenta una soddisfazione più grande della loro famiglia. Per l’item” É soddisfatto della frequenza degli incontri con i suoi famigliari?” fattori predittivi significativi si presentano per fascia d’età tra 18 – 25anni $\beta = 1.86$, Wald=4.1, $p=0.04$; tra 26- 35 anni $\beta = 1.49$, Wald=6.3, $p=0.01$;tra 36- 45 anni $\beta = 1.80$, Wald=11.0, $p=0.001$; tra 46-55 anni $\beta = 1.71$, Wald=8.8, $p=0.003$ dimostrando una soddisfazione dagli incontri con i loro familiari. Anche per l’item “É soddisfatto dei suoi rapporti con la gente?” fattori predittivi significanti di una soddisfazione dei rapporti con la gente si presentano per fascia d’età tra 18 – 25 anni $\beta = 3.02$, Wald=7.0, $p=0.008$; tra 26- 35 anni $\beta = 2.28$, Wald=8.3, $p=0.004$; tra 36- 45 anni $\beta = 2.43$, Wald=11.2 , $p=0.001$; tra 46-55 anni $\beta = 1.97$, Wald=7.0, $p=0.008$. inoltre sempre per gli stessi fattori della fascia d’età si presenta una soddisfazione più grande anche per numero dei amici che hanno, fascia d’età tra 18 – 25anni $\beta = 2.56$, Wald=5.7, $p=0.01$;tra 26- 35 anni $\beta = 1.58$, Wald=5.60, $p=0.01$; tra 36- 45 anni $\beta = 1.76$, Wald=8.7, $p=0.003$; 46-55 anni $\beta = 1.36$, Wald=4.8, $p=0.02$.

Tabella 3.33 Comparazione della QoL per genere nei operatori dello staff (N=68)

Subscale	Female	Male	t	df	p
	Mean (SD)	Mean (SD)			
Come si sente oggi rispetto alla vita' in generale?	5.07 (0.71)	5.30 (0.68)	-1.32	56	0.1
E' soddisfatto del suo lavoro?	5.18 (0.61)	5.10 (0.98)	0.41	65	0.6
E' soddisfatto di quanto guadagna	4.29 (1.38)	370 (1.49)	166	60	0.1
E' soddisfatto di come passa il tempo libero a casa	4.93 (0.86)	5.17 (1.01)	-1.08	63	0.2
E' soddisfatto di come passa il tempo libero fuori casa, le piace quello che fa quando esce	5.36 (0.56)	5.35 (0.80)	0.04	65	0.9
E' soddisfatto dei programmi che guarda in tv o ascolta' alla radio?	4.93 (0.94)	503 (1.00)	-0.41	60	0.6
E' soddisfatto della sua fede religiosa e dei suoi insegnamenti	4.64 (1.25)	4.65 (1.35)	-0.02	60	0.9

E' soddisfatto della frequenza con chi va in chiesa o moschea	4.64 (1.25)	4.50 (1.32)	0.45	60	0.6
Nel complesso e' soddisfatto della sua situazione finanziaria?	3.89 (1.23)	4.15 (1.27)	-0.84	59	0.4
Nel complesso e' soddisfatto di quello che puo' spendere per divertirsi	3.75 (1.32)	3.80 (1.40)	-0.15	60	0.8
Nel complesso comunque e' soddisfatto di dove abita	5.07 (0.77)	4.95 (0.99)	0.57	65	0.5
E' soddisfatto del grado di indipendenza che ha dove vive	5.04 (0.69)	5.27 (0.78)	-1.33	62	0.1
E' soddisfatto del modo in qui puo' influenzare le decisioni comuni	5.00 (0.72)	5.32 (0.73)	-1.82	58	0.07
E' soddisfatto di vivere con le persone con qui vive	5.11 (0.74)	5.45 (0.55)	-2.08	47	0.04
E' soddisfatto della sua possibilita di privacy	5.07 (0.77)	5.42 (0.55)	-2.09	45	0.04
Sarebbe contento di vivere qui ancora per lungo tempo	5.14 (0.80)	5.22 (0.89)	-0.4	61	0.6
E' soddisfatto della sua sicurezza personale (nel senso di non aver paura di essere derubato, assalito, ecc.)?	4.93 (1.02)	4.97 (1.12)	-0.18	61	0.8
E' soddisfatto della sicurezza della posto in qui vive	5.00 (0.82)	5.08 (1.10)	-0.32	65	0.7
E' soddisfatto della sua famiglia in generale	5.71 (0.71)	5.85 (0.70)	-0.78	57	0.4
E' soddisfatto della frequenza degli incontri con I suoi parenti	5.36 (1.16)	5.52 (0.90)	-0.64	48	0.5
Se pertinente) E' soddisfatto del suo matrimonio	5.72 (0.57)	5.74 (0.96)	-0.09	46	0.9
E' soddisfatto dei suoi rapporti con la gente	5.36 (0.78)	5.52 (0.55)	-0.98	45	0.3
E' soddisfatto del numero di amici che ha	5.36 (0.87)	5.55 (0.55)	-1.04	42	0.3
E' soddisfatto della sua salute nel complesso	5.11 (0.74)	5.55 (0.55)	-2.69	47	0.01
E' soddisfatto della frequenza con qui vede il medico	4.89 (1.03)	5.40 (0.63)	-2.32	41	0.02
E' soddisfatto delle sue condizioni psichiche	5.79 (0.74)	5.73 (0.64)	0.35	52	0.7

Si presentano delle differenze statisticamente significativi nei punteggi tra femmine (M= 5.11 SD=0.74) $p < 0.04$ e maschi (M= 5.45, SD=0.55), $p < 0.04$ per l'item "É soddisfatto di vivere con le persone con qui vive " (M=5.1, SD=1 (0.74), $t = -2.08, df = 47, p < 0.04$. I maschi hanno

ottenuto un punteggio più alto, il che corrisponde a una soddisfazione più grande nei confronti delle persone con cui vivono. Anche per l'item "É soddisfatto della sua possibilità di privacy" si notano delle differenze statisticamente significative tra le femmine (M= 5.07, SD = 0.77) $p<0.04$ e i maschi (M= 5.42,SD= 0.55) $p<0.04$. Una differenza statisticamente significativa si nota tra femmine (M= 5.11,SD = 0.74) $p< 0.01$ e maschi (M= 5.55, SD= 0.55) $p<0.01$, i quali presentano dei valori più alti per l'item "É soddisfatto della sua salute nel complesso". Inoltre per l'item "É soddisfatto della frequenza con cui vede il medico" i punteggi ottenuti dalle femmine (M= 4.89, SD =1.03) $p<0.02$ risultano delle differenze statisticamente significative se comparato a quelli dei maschi (M= 5.40, SD =0.63) $p<0.02$. Delle differenze nei punteggi ottenuti si vedono anche per l'item "É soddisfatto di quanto guadagna" tra femmine (M=4.29, SD= (1.38) e maschi (M=3.70,SD= (1.49), dove i maschi sono più insoddisfatti delle femmine rispetto a quanto guadagnano. Il panorama generale sulla qualità di vita degli operatori del reparto psichiatrico di Tirana si basa su indicatori di tipo sia oggettivi che relativi alla percezione soggettiva dello staff sulla propria vita. Per alcune aree si notano delle differenze nei punteggi ottenuti; la sottoscala "Situazione abitativa" (M= 4.48, SD=0.46) presenta una soddisfazione più elevata, per "Benessere generale" (M= 3.39, SD=0.20) presenta un grado elevato sulla vita in generale, anche per "Lavoro – istruzione" (M= 3.36, SD=0.68), "Religione" (M= 3.92, SD=0.87) si presenta buona, fa differenza la sottoscala "Situazione finanziaria" (M= 2.59, SD=0.62) per la quale la situazione si presenta sfavorevole.

Tabella 3.34 Statistiche Descrittive della qualità di vita nello Staff (N=68)

Subscale	Mean (SD)	Range
Benessere generale	3.39 (0.44)	2.50 – 4.33
Lavoro -istruzione	3.36 (0.66)	1.67 – 4.33
Attività del tempo libero	2.67 (0.26)	1.37 – 3.37
Religione	3.91 (0.97)	1.67 – 5.33
Situazione finanziaria	2.59 (0.62)	1.60 – 4.20
Situazione abitativa	4.48 (0.45)	3.56 – 5.33
Situazione legale e sicurezza	3.19 (0.39)	1.60 – 3.60
Relazioni familiari	3.29 (0.49)	2.62 – 4.37

Relazioni sociali	2.63 (0.35)	1.86 – 3.43
Salute	3.39 (4.3)	2.33 – 3.17
Affect- balance positive	1.33 (0.28)	1.00 – 2.60
Affect- balance negative	1.94 (0.13)	1.60 – 2.20
Self-esteem positivo	1.06 (0.15)	1.00 – 1.80
Self-esteem negativo	1.98 (0.13)	1.60 – 2.40

Per l'affect–balance e per il self-esteem le risposte sono registrate con valore “1” per la presenza di fattore e “2” la mancanza del fattore che si mira ad esplorare. Gli operatori presentano dei punteggi alti (M=1.33, SD=0.28) per l’Affect- balance positive. Si nota un grado più elevato della presenza di sentimenti di tipo positivo nei operatori del reparto psichiatrico, anche per l’Affect- balance negativo (M= 1.94 (0.13)) si nota la presenza di sentimenti negativo a un grado molto basso. Il Self-esteem positive (M= 1.06, SD=0.15) dimostra un grado più elevata del opinione positiva che ha lo staff su sé stesso, per il Self-esteem negative (M=1.98, SD= 0.13) si notano dei punteggi molto bassi per quando riguarda l’opinione dello staff su sé stessi in modo negative. (Vedi in Tab.3.34).

La tabella 3.35 presenta la correlazione tra l’empowerment e le sottoscale della Qualità di vita nei operatori. Non si nota una correlazione significativa tra la scala totale dell’empowerment e Attività del tempo libero ($\rho=0.08$, $p=0.5$), con relazioni familiari ($\rho=-.17$, $p=0.1$), con condizioni emotive positive ($r=0.01$, $p=0.8$), con Situazione finanziaria ($\rho=-.18$, $p=0.1$), Lavoro- istruzione ($\rho=0.00$, $p=0.9$), Situazione abitativa ($\rho=0.01$, $p=0.1$), Situazione legale e di sicurezza ($\rho=0.02$, $p=0.8$), relazioni sociali non dimostrano una correlazione significante con l’empowerment totale ($r=0.04$, $p=0.7$), benessere generale ($r=0.00$, $p=0.9$), Concetto di se negativo ($r=-.11$, $p=0.3$), Salute ($r=0.04$, $p=0.6$), Quality of life ($r=0.3$, $p=0.2$), condizioni emotive negative ($r=-.06$, $p=0.6$). Un debole ma significativa correlazione si dimostra tra l’empowerment e concetto di sé positivo ($\rho=0.26$, $p=0.03$).

Tabella 3.35 Correlazione tra l'empowerment e le sottoscale della qualità di vita nei operatori (N=68)

Subscale	rho	p
Quality of life	.15	0.2
Benessere generale	.00	0.9
Lavoro-instruzione	.00	0.9
Attivita' del tempo libero	.08	0.5
Religione	.07	0.3
Situazione finanziaria	.18	0.1
Situazione abitativa	.01	0.1
Situazione legale e sicurezza	.02	0.8
Relazioni familiari	.17	0.1
Relazioni sociali	.04	0.7
Salute	.04	0.6
Condizioni emotive positive	.01	0.8
Condizioni emotive negative	-.06	0.6
Concetto di se positivo	.26	0.03
Concetto di se negativo	-.11	0.3

III sezione – Studio dei rapporti tra i due gruppi (staff – pazienti/pregiudicati)

Tabella 3.36 Comparazione di Cronbach's alpha per il totale questionario nei due gruppi pazienti (n=89) e staff(N=68)

Empowerment scale	Alpha	P
Pazienti	.802	<.001
Staff	.869	<.001

Cronbach's alpha (α .869) per lo staff presenta un punteggio più elevato comparato con

Cronbach's alpha (α .802) dei pazienti/pregiudicati ma sempre, entro gli standard psicometrici.

Tabella 3.37 Confronti delle medie tra pazienti/internati e staff per l'empowerment totale e le sottoscale

Subscale	Pazienti	Staff	t	df	p
	Mean (SD)	Mean (SD)			
Autostima–autoefficacia	2.67 (0.44)	1.89 (0.27)	-12.7	155	< 0.01
Capacità–ncapacità	2.73 (0.30)	2.53 (0.24)	-4.46	155	< 0.01
Attivismo nella comunità e autonomia	2.17 (0.35)	1.87 (0.26)	-5.9	155	< 0.01
Ottimismo e controllo sul futuro	2.65 (0.36)	2.06 (0.30)	-10.8	155	< 0.01
Rabbia giustificata	2.49 (0.38)	2.61 (0.32)	2.16	155	0.03
Whole questionnaire	2.57 (0.21)	2.18 (0.17)	-12.6	155	< 0.01

I risultati per la comparazione dei punteggi delle medie con il t-test per le campioni indipendenti tra pazienti e staff dimostrano delle differenze statisticamente significative rispetto al punteggio totale del questionario e anche alle sue sottoscale “Autostima – autoefficacia” $t (df) = -12.7 (155) < 0.01$ dove lo staff presenta un grado più elevato nel punteggio comparato con i pazienti /pregiudicati.

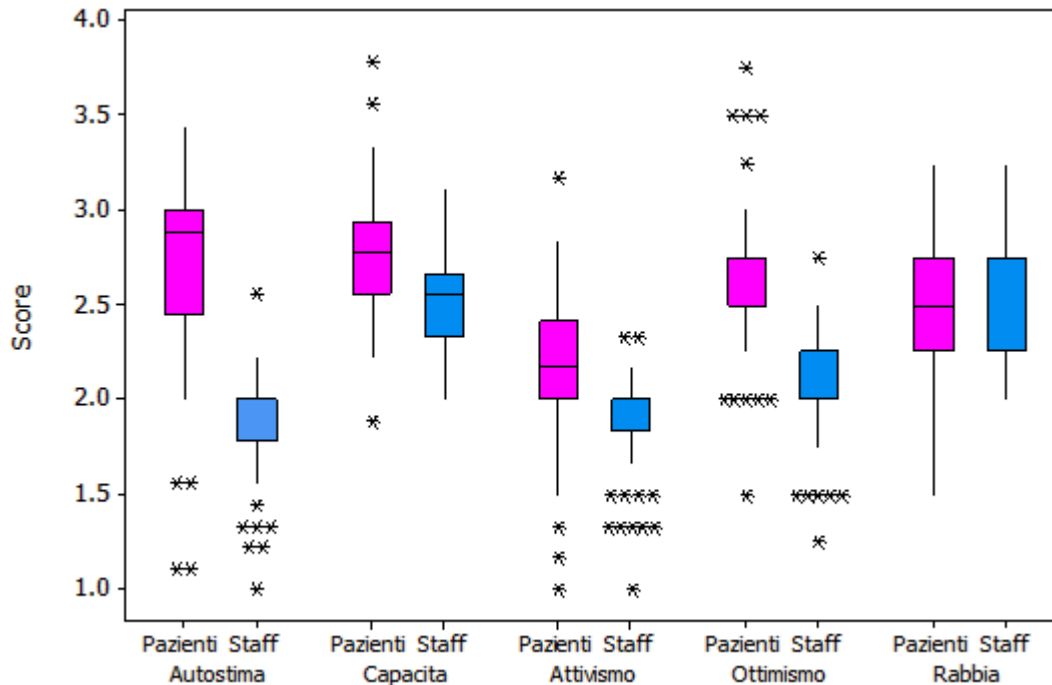


Figura 3.7 *Comparazioni delle medie tra pazienti/pregiudicati e staff per l’empowerment totale e le sottoscale (i punteggi alti dimostrano un grado più basso dell’empowerment)*

Per la seconda dimensione “Capacita–inCapacita” $t (df)= -4.46 (155) <0.01$ i valori ottenuti presentano una differenza statisticamente significativa modesta, ma sempre lo staff ottiene un grado più elevato in confronto con i pazienti/pregiudicati. Per la dimensione “Attivismo nella comunità e autonomia” $t (df)= -5.9 (155) <0.01$, e per” Ottimismo e controllo sul futuro” $t (df)= -10.8 (155) <0.01$ lo staff presenta una differenza statisticamente significativa rispetto al gruppo dei pazienti/pregiudicati. Per la quinta dimensione “Rabbia giustificata” $t (df)= 2.16 (155) <0.03$ si presentano dei valori con differenza statisticamente significativa per lo staff nel esprimere la rabbia giustificata come forma additiva a una situazione di ingiustizia. Per il totale empowerment nei pazienti/pregiudicati e nello staff si presentano differenze statisticamente significative $t (df)= -12.6 (155) <0.01$, (Vedi tab.3.39). I pazienti ($M=2.57, SD=0.21$) presentano un grado più basso dell’empowerment in confronto allo staff ($M=2.18, SD=0.17$) del reparto psichiatrico di Tirana.

Tabella 3.38 Comparazione di Cronbach's alpha per il totale questionario nei due gruppi pazienti (n=89) e staff(N=68)

Quality of life	Alpha	P
Pazienti	.711	<.001
Staff	.855	<.001

Cronbach's alpha (α .855) per lo staff presenta un punteggio più elevato rispetto alla Cronbach's alpha (α .711) dei pazienti/pregiudicati ma sempre e entro gli standard psicometrici.

Tabella 3.39 Comparazione della media per Qualità di vita tra pazienti/internati e staff

Pazienti	Staff	t	df	p
Mean (SD)	Mean (SD)			
3.36 (0.36)	5.07 (0.45)	26.2	155	<0.001

I risultati del t-test per campioni indipendenti indicano una differenza statisticamente significativa nel punteggio tra i pazienti/pregiudicati e staff per l'intero questionario $t(df) = 26.2 (155) p < 0.00$.

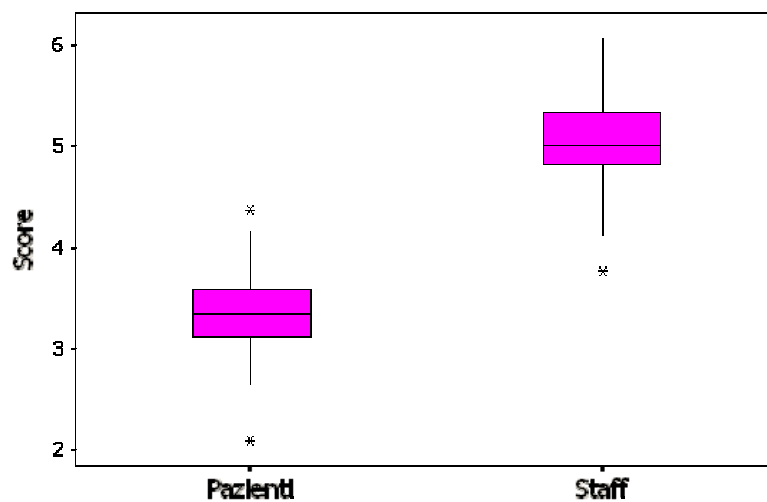


Figura 3.8 Comparazione della media per Qualità di vita tra pazienti/pregiudicati e staff

Lo staff presenta un percezione soggettiva della loro vita più soddisfatta in comparazione con i pazienti/pregiudicati.

Tabella 3.40 *Comparazione della Qualità di vita per le sottoscale tra pazienti/internati e staff*

Subscale	Pazienti	Staff	t	df	p
	Mean (SD)	Mean (SD)			
Benessere generale	2.18 (0.24)	3.39 (0.44)	21.6	155	<0.01
Lavoro - istruzione	1.99 (0.36)	3.36 (0.66)	16.1	155	<0.01
Attività del tempo libero	2.16 (0.34)	2.67 (0.26)	10.2	155	<0.01
Religione		3.91 (0.97)			
Situazione finanziaria	2.35 (0.64)	2.59 (0.62)	2.22	155	0.02
Situazione abitativa	2.81 (0.70)	4.48 (0.45)	16.9	155	<0.01
Situazione legale e sicurezza	3.11 (0.46)	3.19 (0.39)	0.12	155	0.2
Relazioni familiari	3.27 (0.65)	3.49 (0.49)	1.94	155	0.05
Relazioni sociali	2.48 (0.28)	2.63 (0.35)	2.91	155	<0.01
Salute	1.77 (0.29)	33.9 (4.3)	27.0	155	<0.01
Condizioni emotive positive	1.85 (0.27)	1.33 (0.28)	-11.5	155	<0.01
Condizioni emotive negative	1.21 (0.35)	1.94 (0.13)	16.1	155	<0.01
Concetto di se positivo	1.80 (0.44)	1.06 (0.15)	-13.0	155	<0.01
Concetto di se negativo	1.33 (0.40)	1.98 (0.13)	12.7	155	<0.01

I risultati del t test per campioni indipendenti indicano una differenza significativa nel punteggio tra pazienti e personale nella sottoscala "Benessere generale" $t(df) = 21.6(155) p < 0.01$, lo staff dimostra una soddisfazione più elevata per il benessere generale, "Lavoro - istruzione" $t(df) = 16.1(155) p < 0.01$, "Attività del tempo libero" $t(df) = 10.2(155) p < 0.01$ che presentano le aree in cui lo staff dimostra soddisfazione più grande rispetto a quella dei pazienti/pregiudicati. Per "Situazione finanziaria" $t(df) = 2.22(155) p < 0.02$ e per "Relazioni familiari" $t(df) = 1.94(155) p < 0.05$ indicano una differenza statisticamente significativa tra personale e staff, questi ultimi presentano una soddisfazione più positiva. "Situazione abitativa" $t(df) = 16.9(155) p < 0.01$, lo staff presenta una situazione abitativa migliore. Anche per le altre sottoscale si notano delle

differenze statisticamente significative “Salute” $t(df) = 27.0 (155) p < 0.01$ le condizioni di salute in generale, compresa quella psichica si presenta più buona negli operatori, i quali si sentono più soddisfatti, per “Condizioni emotive positive” $t(df) = -11.5 (155) p < 0.01$. I pazienti/pregiudicati presentano un grado più alto numero di sentimenti di tipo negativo, invece per gli operatori i sentimenti positivo sono a un grado elevato, per” Condizioni emotive negative” $t(df) = 16.1 (155) p < 0.01$, i sentimenti di tipo negative si presentano con differenze statisticamente significative tra pazienti/pregiudicati e staff. Per “Concetto di se positive” $t(df) = -13.0 (155) p < 0.01$, i pazienti/pregiudicati presentano un punteggio più basso per concetto positive, invece per “Concetto di se negativo” $t(df) = 12.7 (155) p < 0.01$ lo staff presenta dei punteggi più elevati che dimostrano la presenza minima una rappresentazione negativa di essi. Anche per il punteggio totale del questionario sulla qualità di vita si presentano differenze statisticamente significante $t(df) = 27.0 (155) p < 0.01$.

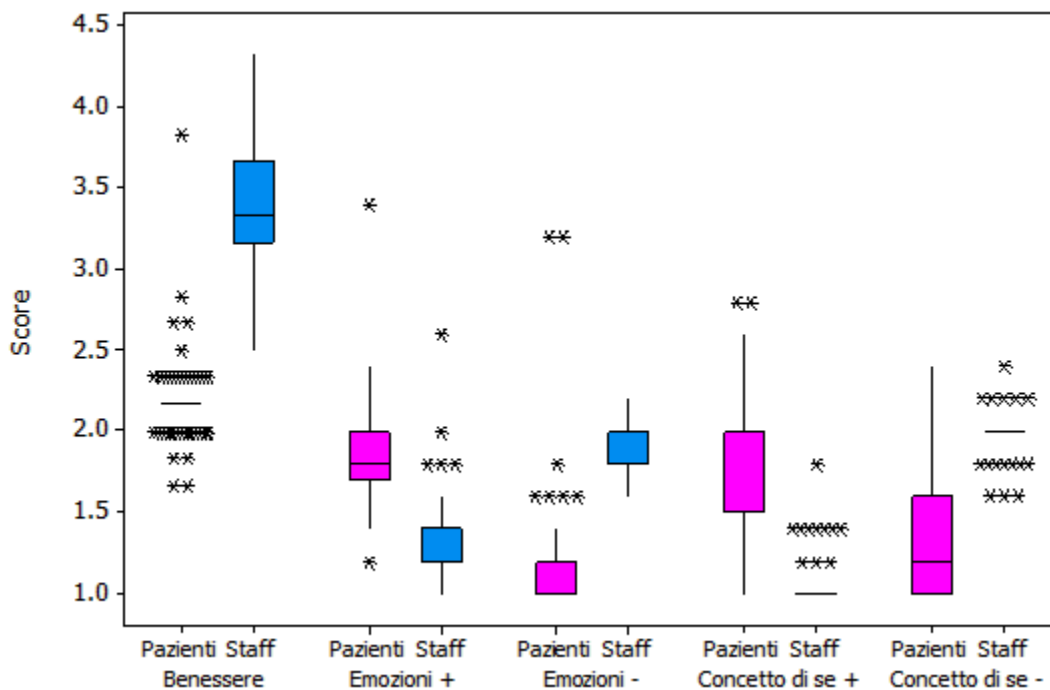


Figura3.9 *Comparazione della media per benessere generale, affect-balance, concetto di sé tra pazienti/pregiudicati e staff*

La distribuzione dei punteggi per le sottoscale è piuttosto complessa, per il benessere generale i punteggi alti mostrano una percezione più elevata del benessere, invece per le

condizioni emotive positive e concetto di sé positive i punteggi bassi dimostrano la presenza di gradi più elevati dei fattori. Inoltre per condizioni emotive negative e concetto di sé negativo i punteggi elevati mostrano la presenza di una bassa presenza dei fattori indagati. La percezione sul benessere generale tra staff e pazienti/pregiudicati si presenta con differenze nei punteggi. Lo staff presenta un soddisfazione più elevata per la percezione soggettiva sul benessere generale, rispetto ai pazienti/pregiudicati (vedi fig.3.9). Per condizioni emotive con sentimenti di tipo positivo si nota un punteggio elevato nei pazienti/internati, il che corrisponde con un basso grado della presenza di sentimenti di tipo positivo nei pazienti/pregiudicati rispetto allo staff, il quale ha una presenza più elevata di sentimenti positivi, (che corrisponde a punteggi più bassi per questo fattore). Per la presenza di sentimenti di tipo negativo i pazienti/pregiudicati presentano punteggi più bassi, il che significa che loro presentano un grado più elevato di sentimenti negativi in comparazione con lo staff. Infine per il concetto di sé positivo lo staff presenta dei valori bassi nei punteggi il che comporta una percezione positiva di sé, rispetto ai pazienti/pregiudicati che hanno una rappresentazione negativa di se stessi. Per il concetto negativo lo staff presenta dei punteggi alti il che corrisponde a un basso grado del concetto negativo su di sé, invece per i pazienti/pregiudicati i punteggi bassi corrispondono a un accordo più elevato per il concetto negativo su di sé.

Discussioni

La ricerca mira ad esplorare le condizioni dell'empowerment e la relazione che questo ha con la qualità della vita, e l'effetto del genere nei due gruppi prescelti. Il primo obiettivo della ricerca era quello di verificare le caratteristiche psicometriche degli strumenti impiegati per la rivelazione dei diversi aspetti dell'empowerment (nelle sue cinque dimensioni) e, in particolare se questi risultassero sufficientemente affidabili rispetto alla misurazione del costrutto dell'empowerment e adatti ai due gruppi che si era interessati ad osservare. Inoltre ci si proponeva di valutare nello specifico le differenze tra staff e pazienti pregiudicati per l'empowerment, qualità della vita, e per i pazienti/pregiudicati il comportamento e funzionamento nel reparto psichiatrico di Tirana. Tale studio ha rilevanza dal punto di vista psicometrico, in quanto mancano le ricerche che si sono occupate di questo aspetto in un Ospedale psichiatrico giudiziario, e anche da un punto di vista pionieristico per quando riguarda

un campione albanese e non solo. Come emerge dai risultati esposti per le caratteristiche socio-demografiche, la maggior parte dei pazienti/pregiudicati sono maschi, con stato civile celibe (vivevano con i loro genitori). La maggior parte dei pazienti/pregiudicati sono assassini (58.4%), ai quali è stato diagnosticato un disturbo schizofrenico. L'età media dei pazienti/pregiudicati si colloca intorno ai 39 anni. Per lo staff le caratteristiche socio-demografiche si presentano sempre con un maggior numero dei maschi che compongono questo campione, la maggior parte è coniugata, l'età media dello staff si colloca intorno ai 40 anni, ed il maggior numero appartengono al personale di sicurezza. Gli strumenti individuati per lo studio dell'empowerment, della qualità di vita, e per valutare il comportamento e il funzionamento del paziente in ospedale, nel complesso si presentano adeguati allo scopo dei soggetti nei due gruppi.

L'empowerment scale (Rogers et al.,1997)

L'attendibilità dell'empowerment scale (Cronbach alpha) è elevata nel campione degli operatori del reparto psichiatrico ($\alpha = .855$), invece si presenta moderata nel campione dei pazienti/pregiudicati ($\alpha = .711$). Nel campione totale, la consistenza interna dei 5 fattori è soddisfacente (α vicino o sopra .60), se si considera il piccolo numero sia di items che compongono ogni sottoscala, che di numero di soggetti che partecipano alla ricerca (89 pazienti/pregiudicati e 68 staff). Si può dire che l'attendibilità è elevata anche per la dimensione autostima-autoefficacia, un po' meno per le dimensioni Capacita-inCapacita e attivismo nella comunità e autonomia. Insufficienti appaiono, invece, i valori di attendibilità per le scale dell'ottimismo e controllo sul futuro e della rabbia giustificata², probabilmente per una maggiore esposizione alla variabilità casuale dovuta al ridotto numero di item che le compongono, in relazione alla bassa dimensione del campione. Va comunque ricordato che le dimensioni utilizzate sono quelle derivate fattorialmente dalla versione americana dello strumento, e i risultati non differiscono molto dai risultati di Rogers et al.,(1997), Stratico et al., (2007), Corrigan.,(2006) per le sottoscale dell'empowerment.

² Per rabbia giustificata si intende “la fonte motivazionale dell'azione per promuovere il cambiamento sociale. Ora, se è vero che l'emozione in questione può avere la funzione indicata, è altrettanto vero che “arrabbiarsi può essere necessario e giusto (D'Urso, 2001., cit. in Stratico, 2001)

“Il processo dell’empowerment richiede un intervento a diversi livelli: a livello socio-strutturale, a livello di erogazione dei servizi e di sviluppo professionale, a livello individuale e della comunità. Come parte del processo di diagnosi e trattamento psichiatrico, i pazienti/pregiudicati e le loro famiglie hanno avuto le loro vite e le loro storie personali, trasformati in casi clinici. Parte del processo dell’empowerment é quindi il recupero di queste “storie di vita” (Who Regional Office for Europe 2010). L’empowerment nei pazienti/pregiudicati si presenta a livello relativamente basso (M=2.6). I pazienti/pregiudicati presentano un livello dell’empowerment ridotto anche per le dimensioni autostima - autoefficacia. Si presentano punteggi bassi dato che la percezione dell’autonomia viene compromessa per i pazienti che hanno poche possibilità di far valere la loro volontà sia nel trattamento riabilitativo, che nel programmare le attività del tempo libero. L’istruzione ha delle regole che compromettono l’autonomia dei pazienti/pregiudicati. L’autonomia–autoefficacia sono compromesse anche per lo staff, che non sempre può esercitare la professionalità al massimo dato che, il sapere clinico non viene stimato a scapito dell’obbedienza, e del rispetto per le regole. Le ricerche di (Block, 1987; Conger,1986; Kanter, 1979, 1983 cit. in Conger J,Kanungo R., 1988) sostengono che i fattori contestuali come la burocrazia delle istituzioni e lo stile autoritari di gestione, incoraggiano l’impotenza e contribuiscono alla riduzione del auto-efficacia nel personale. Questa dimensione é compromessa anche per il gruppo dello staff, anche se nel punteggio di autonomia-autoefficacia (M=1.8) si presentano dei valori che dimostrano un grado relativamente alto dell’empowerment. Come sottolinea Chamberlin. J (1997) l’empowerment dipende dalla possibilità ad avere accesso ad informazioni e risorse, le decisioni sono fatte meglio quando l’individuo ha informazioni sufficienti per valutare le possibili conseguenze delle varie scelte”.

Nelle altre dimensioni “Capacita- inCapacita” (M=2.7) si presenta una situazione peggiorativa per i pazienti/pregiudicati legato alla poca fiducia sulle loro abilità nel fare le cose in modo giusto. Per “Attivismo nella comunità “(M=2.3) si presentano dei punteggi leggermente differenti dalle altre dimensioni. Questo e forse legato alla percezione che i pazienti/pregiudicati hanno riguardo alla possibilità di chiedere aiuto alle altre istituzioni (l’istituzione dell’avvocato del popolo) dato che i loro diritti si infrangono contro le autorità. Inoltre per “Ottimismo e controllo sul futuro” (M=2.7) i pazienti/pregiudicati dimostrano pessimism per il poco controllo per le cose che gli riguardano e questo legato anche alle condizioni in cui si trovano al momento. “Rabbia giustificata” (M=2.5) rappresenta la forza che l’individuo deve trovare in se stesso per

reagire contro le ingiustizie a qui viene sottoposto, che nei pazienti/pregiudicati si presenta sfavorevole. I risultati del presente studio, inoltre, forniscono un ulteriore supporto al collegamento fra l'empowerment e l'età dei pazienti/pregiudicati, con l'avanzare dell'età, aumenta anche il grado dell'empowerment. Per permanenza in OPG si nota una correlazione inversa, gli anni trascorsi in OPG non favoriscono l'empowerment dei pazienti/pregiudicati, più tempo trascorrono, più il loro grado dell'empowerment diminuisce. Nel caso delle differenze di genere (maschi e femmine), emerge una differenza significativa per la dimensione autostima-autoefficacia in cui i maschi presentano un livello più alto nel grado dell'empowerment per questa sottoscala. Dalle analisi di regressione per la dimensione autonomia- auto efficacia, risulta che l'item "Ho un'opinione positiva di me stesso" pazienti/pregiudicati over 40 e con breve permanenza in OPG è molto bassa, questo legato al fatto che ancora non si sono adattati al nuovo ambiente. Inoltre i pazienti/pregiudicati che convivono e sono residenti in OPG da sei mesi – un anno presentano una soddisfazione più elevata per la prima dimensione autonomia-autoefficacia. La percezione sull'item "Mi ritengo una persona capace" risulta più compromessa nei pazienti/pregiudicati che hanno una diagnosi di disturbo di personalità. In studi precedenti emerge, inoltre che gli individui che soffrono di problemi di salute mentale a lungo termine hanno problemi con l'autostima e i bassi livelli di autoefficacia, stigma, senso di impotenza e disperazione (Estroff,1989; Hays & Buckle, 1992; Goffman,1963; Rosenfield 1989., cit. in Zizzi et al.,1998) rendendo difficile la condizione dell'empowerment nei pazienti/pregiudicati. Nella seconda dimensione "Capacità–incapacità" gli uomini si sentono più soli delle donne, qui bisogna prendere in considerazione il campione totale dei maschi che presentano quasi l'88 % dei soggetti. Inoltre i pazienti/pregiudicati che hanno un partner che conviveva con loro e con il quale hanno mantenuto rapporti si sentono meno soli. La percezione sul loro senso di incapacità nei pazienti/pregiudicati psicotici che sono nell'OPG per omicidio si presenta più elevata e quindi gli psicotici con reato di omicidio presentano un senso d'incapacità più elevata. La terza dimensione "Attivismo nella comunità e autonomia" è stato esplorato tramite gli items; "Molto spesso un problema può essere risolto cominciando ad agire". I pazienti/pregiudicati con disturbo paranoide di personalità e danno alla proprietà privata presentano segni di attivismo nella comunità e autonomia in aumento. Inoltre quelli che convivono, celibi e con un disturbo schizoaffective sono più attivi nel risolvere i problemi reagendo, alzando la voce, presentando così un elemento importante per il loro grado dell'empowerment. Sempre questa categoria di

pazienti/pregiudicati presenta anche un altro fattore che riduce l'empowerment che viene espresso tramite l'item "Gli esperti sono nella posizione migliore per decidere quello che la gente dovrebbe fare o imparare" delegando in questo modo il potere e la responsabilità nelle mani degli operatori. I pazienti/pregiudicati con disturbo di personalità paranoide presentano un persistenza nel realizzare ciò che si propongono di fare, ma per quelli che hanno una permanenza nell'OPG di più di due settimane questo diventa più difficile. La quarta dimensione "Ottimismo e controllo sul futuro" esplorato tramite gli items: "Io posso determinare in buona parte quello che accadrà nella mia vita" i pazienti/pregiudicati con un disturbo paranoide di personalità tendono ad avere un controllo più elevato su quello che accadrà nella loro vita e ad esercitare un maggiore controllo su di essa. Sono più ottimisti sul futuro i pazienti/pregiudicati che convivono, che hanno commesso un furto e che risiedono nell'OPG non più di un anno. I pazienti con disturbo paranoide di personalità si sentono pessimisti riguardo al loro futuro. Infine nella dimensione "Rabbia giustificata" i pazienti/pregiudicati psicotici hanno più difficoltà nel dire agli altri cosa non gli piace del loro comportamento. Si può ipotizzare che questa categoria di pazienti sia più passiva, ed abbia più difficoltà a esprimere la propria opinione. Anche i pazienti/pregiudicati coniugati e divorziati che hanno un'età fra 45-56 anni hanno difficoltà nel esprimere le loro opinioni su cose che li infastidiscono nel comportamento degli altri. Quando una persona calpesta i loro diritti i pazienti/pregiudicati psicotici possono reagire con rabbia che non risolve la situazione.

Lo staff nelle cinque dimensioni dell'empowerment presenta un punteggio relativamente elevato ($M=2.1$) nelle dimensioni di auto-stima-auto-efficacia, attivismo nella comunità, ottimismo e controllo sul futuro. Si notano delle differenze nelle dimensioni Capacità-incapacità e rabbia giustificata per le quali lo staff presenta un grado più basso dell'empowerment; questo è legato anche alle difficoltà che si presentano per gli operatori nell'aver la libertà del prendere decisioni autonome. Judge, Locke, e Durham (1997) ha proposto un maggiore impegno nel costruire il concetto positivo di sé. Secondo Judge et al. (1998), questo costrutto è un tratto ampio che viene associato a quattro ulteriori specifici tratti quali autostima, autoefficacia generalizzata, locus di controllo e stabilità emotiva. Essi influenzano la soddisfazione nel lavoro e il processo dell'empowerment negli operatori. Emerge una correlazione positiva tra l'empowerment, l'età, la crescita e l'empowerment, ma non si notano differenze tra i maschi e le

femmine. Le persone single dimostrano ad avere più difficoltà nel realizzare i loro obiettivi. Dalle analisi di regressione risulta che nella dimensione autostima–autoefficacia i medici dimostrano di avere un'opinione più positiva di sé stessi. Per Capacità–incapacità, gli operatori sanitari divorziati si sentono più soli, la solitudine non si presenta un problema per i medici, gli infermieri, e le figure sanitarie che sono coniugate. Per lo staff questa dimensione si presenta sfavorevole e compromette il processo dell'empowerment. Per gli operatori diventa difficile contraddire un ordine dei superiori anche quando è inappropriato e non esperto per il fatto che i loro superiori hanno la protezione del partito in cui aderiscono. Non hanno la libertà di esercitare in pieno le loro abilità sul posto di lavoro. Le strutture sono restrittive e non favoriscono l'autonomia. Gli operatori medici, infermieri, figure sanitarie che risultano essere coniugati o divorziati sono dell'opinione che l'unione è importante nel portare cambiamenti per il bene di tutti, loro presentano un punteggio più elevato nella dimensione attivismo nella comunità e autonomia. Secondo Judge et al. (1997) l'autostima è la manifestazione più importante del nucleo dell'autovalutazione. L'autoefficacia rappresenta la fiducia sulla propria capacità di gestire, eseguire, e avere successo, ed è stato considerato come un indicatore per il successo dell'individuo nella vita. Questi sono elementi importanti che influenzano anche il costrutto dell'empowerment personale. Per l'ultima dimensione rabbia giustificata, la maggior parte degli operatori, compreso gli operatori coniugati, divorziati e quelli che convivono hanno difficoltà nel dire cosa non gli piace del comportamento degli altri. Per gli operatori singolo reagire con rabbia è il primo passo nel cambiare una situazione, ciò mostra un livello più alto nella dimensione di rabbia giustificata. Non è possibile per gli operatori coniugati, divorziati e che convivono, reagire con rabbia anche per la maggior responsabilità che hanno verso le loro famiglie, perché pensano che a volte un atteggiamento simile possa mettere a repentaglio il posto di lavoro. Inoltre, è interessante constatare che i bassi punteggi dell'empowerment sono legati alla mancanza di strutture che potrebbero difendere i loro diritti, alla paura di perdere il posto di lavoro, alla difficoltà che hanno nel comunicare in maniera aperta con i loro superiori, all'alta pressione che hanno da parte dei loro superiori nell'eseguire ordini contro il regolamento. Infine, Judge (1997) ha sostenuto che "l'autoefficacia dovrebbe influire sulla soddisfazione sul lavoro attraverso la sua associazione con successo pratico sul posto di lavoro", - sostenendo questa idea Gist & Mitchell (1992) sostengono che gli individui con alta autoefficacia possano affrontare più

efficacemente le difficoltà e continuare a far fronte ai fallimenti; è quindi più probabile per loro raggiungere i risultati e trarre soddisfazione dal proprio lavoro.

Possiamo concludere che le dimensioni dell'empowerment rappresentano il potere che l'individuo delega a se stesso, più elevato è questo potere più aumenta la sua influenza nelle interazioni con l'ambiente. Una correlazione positiva si nota tra l'empowerment e le sottoscale per gli operatori dello staff (il minimo indispensabile per avere un empowerment alto).

Who-DAS comportamento del paziente in ospedale.

Questo strumento è stato compilato dagli infermieri e operatori del personale relativamente ad alcune aree che indagano sul comportamento e funzionamento del paziente/pregiudicato in reparto. La consistenza interna, espressa in termini di alpha di Cronbach (α .701), è risultata accettabile e perfettamente in linea con i dati ottenuti nello studio di validazione degli autori dello strumento (Who, 1980, Ardoin et al., 1991, cit.in Ruggeri et al., 2000). Studi più approfonditi sulla validità e attendibilità di questa misura sono comunque necessari. La compromissione del comportamento e del funzionamento influenza l'empowerment percepita della persona. Le persone con disagio psichico più elevato dimostrano anche un ridotto senso dell'empowerment personale. Corrigan et al, (1998) nota che “le persone con un gravità di sintomi ridotta, e con una funzione globale normale, si presentano più empowered”. Le sottoscale del Who-Das sezione paziente in ospedale esplorano alcune aree importanti. Il comportamento del paziente in reparto si presenta accettabile per il grado di svolgimento di alcune funzioni e comportamenti come la velocità dei movimenti, il linguaggio, le relazioni sociali, la cura per l'aspetto personale e per il comportamento durante i pasti. Un elemento rilevante per l'osservazione è la presenza relativamente alta di comportamenti minacciosi e verbalmente aggressivi verso gli altri da parte dei pazienti/pregiudicati secondo.

Fattori di rischio specifico come l'appartenenza ad un gruppo sottoprivilegiato, e serie difficoltà economiche e povertà, presenza di deficit fisico e neurologico nel paziente, ambiente familiare molto disturbato, e altri disturbi di personalità influenzano sfavorevolmente lo stato del paziente. Per quanto riguarda l'opinione degli infermieri su risorse specifiche del paziente l'ambiente si valuta sfavorevole per lo scopo di aumentare le proprie conoscenze o di imparare/ migliorare le

proprie capacità in una particolare area, anche se di volta in volta si dimostra qualche interesse in attività particolari come leggere, scrivere, disegnare, giocare.

Un aspetto che compromette moltissimo la riabilitazione, e il processo verso l'empowerment personale per i pazienti/pregiudicati, è la mancanza di attività occupazionali del paziente in reparto. I soggetti passano infatti la maggior parte del tempo dormendo, o chiusi nella loro camera, questo anche per il fatto che è proibito essere in possesso di oggetti, che possono presentare un rischio per il paziente/pregiudicato. Le poche attività che si fanno sono limitate a solo un'ora al giorno nella sala di riabilitazione.

Infine i contatti con il mondo esterno sembrano compromessi. Le visite dei familiari, si effettuano una sola volta al mese e ovviamente, non possono andare a casa per nessuna ragione. La presenza di sostegno da parte dei familiari è un elemento importante verso l'empowerment ma nel nostro caso questo legame non permette ai pazienti/pregiudicati di usarlo come una caratteristica che influenza favorevolmente l'empowerment personale. I familiari spesso vivono in altre città e per questa ragione diventa difficile trovare i soldi per il viaggio e per le spese (cibo e vestiti) che devono portare al paziente/ pregiudicato. Le regressioni dimostrano che tra le categorie dei pazienti/pregiudicati, solo le persone con stato civile vedovo non presentano comportamento pericoloso o violento. I celibi di età tra 36- 55 anni, che rappresentano la maggioranza nel nostro campione, hanno un'atmosfera familiare più sfavorevole data la mancanza di una figura –chiave in famiglia con la quale mantengono un rapporto più intimo. Per i pazienti/pregiudicati coniugati l'atmosfera familiare si presenta più soddisfacente e positiva. I pazienti/pregiudicati diagnosticati con disturbo schizo-affettivo che sono celibe, presentano una disfunzione per il tempo che impiegano nei movimenti, nel vestirsi, e nel consumare un pasto, dimostrando così una compromissione più elevata del comportamento e del funzionamento. Invece per il linguaggio limitato i pazienti/pregiudicati coniugati con disturbo schizoaffettivo presentano un svantaggio nel comunicare i desideri. Anche per il ritiro sociale, i pazienti/pregiudicati con disturbo schizo-affettivo, nella fascia d'età tra i 35-45 anni sono socialmente isolati ed entrano passivamente in relazione con gli altri solo se incoraggiati. Nelle attività di pulizia sono le donne con diagnosi schizo-affettiva a essere più mentre gli uomini con disturbo psicotico sono i più passivi. Il comportamento pericoloso e violento, presenta delle differenze di genere e stato civile, è più elevato nei pazienti/pregiudicati uomini e single che presentano un atteggiamento minaccioso o verbalmente aggressive, non fa differenza la diagnosi

o dall'età. In conclusione possiamo affermare che la compromissione elevata nelle aree del funzionamento e del comportamento dei pazienti/pregiudicati influenza il grado dell'empowerment. Anche in letteratura (Corrigan et al.,1999) è stato riportato che le persone che riferiscono ad avere più sintomi psichiatrici, ammettono di avere anche una compromissione più elevata dell'empowerment personale.

Quality of life

Come già rilevato in ricerche precedenti (ad.es., Oliver,1991; Becker et al., 1999; Priebe et al., 1999) il nostro strumento presenta una buona consistenza interna, espressa in termini di alpha di Cronbach (α .711) accettabile. Per quanto riguarda la qualità di vita lo strumento esplora le ultime due settimane fino all'anno precedente e fornisce un panorama dettagliato della qualità della vita nei pazienti/pregiudicati.

La percezione dei pazienti/pregiudicati sulla qualità di vita si presenta piuttosto sfavorevole quasi in tutte le aree ma soprattutto l'insoddisfazione per posto in cui vivono e per la lunga permanenza; inoltre si sentono insoddisfatti per quanto guadagnano, poiché vorrebbero avere un lavoro e di seguito anche un reddito. La soddisfazione dal lavoro favorisce l'autostima-autoefficacia e di seguito anche dell'empowerment personale. La maggior parte dei pazienti/pregiudicati si sentono insoddisfatti da quello che possono spendere per i loro bisogni, il denaro non è mai abbastanza per poter coprire le spese necessarie per le loro necessità quotidiane specificamente per i divorziati e per i single con un disturbo schizo-affettivo e paranoide di personalità. I pazienti/pregiudicati che sono residenti all'OPG da poco tempo hanno più difficoltà e una insoddisfazione più elevata delle persone con qui vivono. L'adattamento alle regole e con le persone con cui devono dividere la camera é un processo difficile per i nuovi arrivati. Un'insoddisfazione più elevata del vivere all'OPG da lungo tempo è presente soprattutto nei pazienti/internati coniugati. La maggior parte dei pazienti/pregiudicati di quasi tutte le fasce d'età, specialmente quelli cognugati sono soddisfatti delle loro famiglie. Più insoddisfatti degli incontri con i loro familiari sono i pazienti/pregiudicati psicotici autori di omicidio e tentato omicidio, questo anche per il fatto che le vittime sono state nella maggior parte dei casi i loro familiari, loro inoltre presentano anche una insoddisfazione più grande dei rapporti con la gente.

I maschi si sentono meno soddisfatti delle femmine per il grado d'indipendenza all'OPG, per la prolungata permanenza all'OPG, per la salute nel complesso e per la frequenza in cui vedono il medico. In quasi tutte le sottoscale che esplorano la percezione oggettiva e soggettiva sulla qualità di vita nei pazienti/pregiudicati, il panorama si presenta sfavorevole, in particolare per l'effect-balance e per il concetto di sé. I sentimenti di tipo negativo sono elevati così come il concetto negativo su sé stessi. Sfavorevole si presenta la situazione anche per la soddisfazione per la salute e per lavoro e istruzione. I problemi continui con la salute psichica e i problemi fisici che provengono dagli effetti collaterali dei farmaci, i quali aumentano la sofferenza dei pazienti/pregiudicati, influenzano la loro qualità della vita. La mancanza di un lavoro e istruzione adeguata contribuisce sulla percezione della qualità di vita e dell'empowerment personale. Come previsto una correlazione significativa positiva si nota tra l'empowerment totale e tutte le sue sottoscale. I risultati dello studio di Rogers et al., (1997) suggeriscono che i programmi che vogliono promuovere l'empowerment nei loro membri devono puntare nell'aumentare l'autostima-autoefficacia, diminuendo i sentimenti di incapacità e aumentando i sentimenti di Capacità, specialmente aumentando le risorse finanziarie e devono concentrarsi sulla elevazione della coscienza socio-politica tramite l'attivismo nella comunità. Come si può anche dimostrare da studi precedenti sull'empowerment (Rogers et al.,1997), la nostra ricerca nota una correlazione positiva tra relazioni sociali, benessere generale e concetto di sé positivo, invece una correlazione inversa si presenta per concetto di sé negativo.

La qualità della vita degli operatori in generale si presenta favorevole. Loro dimostrano di avere una percezione relativamente elevata per la soddisfazione dalla qualità di vita e del benessere generale, per la salute, la famiglia, gli amici, il lavoro e dalle condizioni abitative. L'insoddisfazione per reddito e per quello che possono spendere per divertirsi diventa un elemento sfavorevole per gli operatori del reparto psichiatrico giudiziario. Più scontenti di quello che guadagnano sono gli operatori d'età tra 36-45 anni. Differenze di genere dimostrano, che le femmine sono più contente per il loro reddito. I più giovani compresi l'età tra 26-35 anni si sentono più contenti dal lavoro che fanno, questo legato forse anche al fatto che per loro diventa difficile trovare un lavoro, appena terminati gli studi. Si nota una soddisfazione maggiore per la famiglia per quasi tutte le fasce d'età degli operatori, la famiglia da soddisfazione e un senso di benessere. Gli operatori del reparto psichiatrico non differiscono per l'età relativamente alla soddisfazione che danno loro i rapporti con la gente, e dal godimento dei rapporti con i loro

amici. La presenza degli amici e dei rapporti con la gente in generale porta ad una soddisfazione più grande.

Sono state rilevate significative differenze di genere anche nei punteggi della soddisfazione di vivere con le persone con cui il soggetto vive, della loro possibilità di privacy, della loro salute nel complesso, della frequenza con cui vedono il medico, in cui i maschi sono più scontenti rispetto alle femmine su queste sottoscale. Inoltre si nota che gli operatori, in generale, sono più soddisfatti dalla loro condizione abitativa. Per quanto riguarda l'effect-balance e il self-esteem negli operatori del reparto psichiatrico i sentimenti di tipo positivo e il concetto positivo su se stessi sono elementi che favoriscono l'empowerment, in quanto si presentano elevati. Un'assenza di correlazioni emerge invece tra l'empowerment scale e benessere generale, situazione lavorativa, finanziaria, sociale e familiari e salute. In base a questi risultati, che mostrano correlazioni assenti o molto basse fra le misure prese in considerazione, è stato ipotizzato che altri elementi che non sono stati presi in considerazione possano influenzare la condizione dell'empowerment nello staff. Inoltre una correlazione positiva, sebbene non elevata, si nota invece tra concetto di sé positivo e l'empowerment personale.

- Comparazioni tra pazienti e staff per l'empowerment scale e qualità della vita.

L'empowerment si esprime attraverso principi di partecipazione, aiutare se stesso e gli altri, sostegno tra pari, la condivisione del potere, controllo del servizio dai membri (Zinman,1987). Le persone attraverso questi processi potranno riconquistare la speranza, l'auto-stima e la fiducia in se stessi persa attraverso la stigmatizzazione come persone etichettate "malati di mente" (Chamberlin, 1978). Nel tentativo di dare un giudizio sul grado dell'empowerment personale nel gruppo degli operatori e dei pazienti/pregiudicati si nota che nella sua dimensioni autostima–autoefficacia, i pazienti/pregiudicati presentano minore autostima–autoefficacia. Brockner (1988), sostiene che le persone che hanno bassa autostima tendono ad abbassare sia i loro standard che a ritirarsi completamente dalle attività svolgendo solo un ruolo passivo verso se stessi piuttosto che verso gli altri. Il processo dell'empowerment permette alle persone di percepire il potere come fonte di forza e capacitazione. Nella seconda dimensione Capacita-inCapacita anche se lo staff presenta un livello relativamente alto per la Capacita (il minimo indispensabile), questa dimensione presenta dei problemi. Lo staff non si sente molto capace e questo forse è legato con la poca autonomia che hanno nel prendere decisioni, alle poche risorse

e al sentirsi incapaci come professionisti. “Le persone che si sentono capaci nel loro lavoro tendono ad avere un grado più elevato dell’empowerment” (Spreizer, 1995). I pazienti/pregiudicati hanno una percezione più pessimistica, l’incapacità si lega alle condizioni di salute, di abitazione, di risorse finanziarie, di vita in generale contribuendo a un panorama generale sfavorevole per loro. Anche nelle dimensioni attivismo nella comunità e ottimismo e controllo sul futuro lo staff presenta una percezione più positiva che i pazienti/pregiudicati. Fa eccezione la dimensione rabbia giustificata nella quale lo staff presenta livelli più bassi rispetto ai pazienti/pregiudicati. In questo contribuisce lo stile autoritario dei dirigenti, la poca autonomia che viene concessa agli operatori al posto di lavoro, e alla paura di perdere il posto di lavoro. Questi elementi compromettono l’espressione della rabbia giustificata come forma adeguata per reagire alle ingiustizie da parte degli altri. Per concludere possiamo affermare che lo staff presenta un livello dell’empowerment relativamente alto comparato a quello dei pazienti/pregiudicati ma per tutti e due i gruppi si presentano problemi verso la capacitazione. Alcuni studi segnalano che per poter contribuire al processo dell’empowerment è necessario la costruzione di un clima positivo, dimostrare un interesse e fornire una considerazione positiva e non giudicante, prestare attenzione alle preoccupazioni dei pazienti, di solito attraverso un ascolto attivo della propria esperienza di vita, seguito da un dialogo aperto, sostenere l’autonomia dei pazienti e promuovere attivamente a partecipare alle decisioni, offrire informazioni individuali e consulenza, per consentire ai pazienti di esprimere le loro emozioni, e di essere lì come un supporto emotivo, di essere a conoscenza che il paziente ha bisogno di tempo, e lasciare al paziente il tempo necessario per prendere decisioni (Paterson, 2001; McWilliam et al., 1997; Cooper, 2003; Kettunen 2006; Pibernik-Okanovik 2004., cit. in Aujoulat et al 2006). L’istituzionalizzazione in sé, ed un’istituzione di alta sicurezza nello specifico, rende difficile il processo dell’empowerment per entrambi le parti, sia per i professionisti che devono lavorare lì, sia per i pazienti/pregiudicati che si devono abituare ad un regime di regole e restrizioni. Karmel (1969, cit in., Weinstein, 1981) ha esaminato empiricamente la nozione di Goffman sulla mortificazione del sé nelle istituzioni a lungo termine, attraverso una ricerca sugli atteggiamenti dei pazienti degli ospedali statali (50). Ha usato una misura di autostima (10-item scala di dignità personale) e una misura di identità sociale (20 risposte non strutturate alla domanda: "Chi sono io?"). I risultati hanno rivelato che l’autostima e l’identità sociale al momento dell’ammissione e un mese dopo è rimasto lo stesso, e l’ipotesi di Goffman non è stata confermata dai dati.

Karmel ritiene che l'ospedale psichiatrico non causa una mortificazione del sé, che si verifichi in pazienti perché la maggior parte di loro guarda il loro soggiorno temporaneo, sento che le restrizioni del ospedale sono per il proprio beneficio.

Oggi la riabilitazione si vede più realizzabile nell'ambiente sociale e familiare della persona con disagio psichico. Non si vede come soluzione ottimale il cambiamento dell'ambiente dove vive e tanto meno le misure di restrizione e i ambienti controllati. La qualità della vita si vede come un elemento importante nel processo dell'empowerment, e che senz' altro dovrebbe influenzare anche nei nostri gruppi di soggetti. Per la qualità di vita in generale e per le sue dimensioni lo staff presenta dei punteggi significativi di una percezione può soddisfacente in tutte le aree esplorate, mentre come si poteva anche aspettare i pazienti/pregiudicati presentano una insoddisfazione più elevata nelle dimensioni delle qualità della vita. Questo dato sembra confermare l'idea (Maykut & Morehouse, 1994., cit. in Boyd, 1997) che il processo dell'empowerment sia influenzato da alcuni fattori predittivi come: "a) essendo un non minoranza, b) che vivono nella propria stanza privata, casa, o appartamento, c) avere alti livelli di contatto sociale, d) alta soddisfazione per la salute, e) grande soddisfazione per la propria situazione di vita". Per il benessere generale gli operatori hanno una soddisfazione più grande, anche per le altre dimensioni come lavoro – istruzione, attività del tempo libero, situazione finanziaria, situazione abitativa, relazioni familiari, relazioni sociali, salute, affect-balance e self-esteem i punteggi per lo staff presentano una soddisfazione più grande per la percezione sulla qualità della vita.

In conclusione dai risultati é emerso che i giudizi soggettivi e oggettivi sulla qualità della vita influenzano il grado dell'empowerment nei pazienti/pregiudicati in alcune dimensioni come relazioni sociali, le persone che sono più soddisfatte dai rapporti sociali hanno un grado dell'empowerment più alto, anche per il benessere generale si nota un legame positivo con l'empowerment, inoltre per il self-esteem si dimostra un legame positivo con il concetto positivo di sé, e un legame inverso per il concetto di sé negativo. Le persone con un concetto negativo per se stessi hanno un basso grado dell'empowerment, invece quelle con un concetto di sé stessi positivo presentano un livello dell'empowerment elevato. Nello staff, come elemento che correla positivamente con l'empowerment nelle sue dimensioni sulla qualità di vita, é il concetto di sé positivo, gli operatori con un concetto positivo su di sé sono più empowered. Secondo (Corrigan et al,1998) l'empowerment é risultato significativamente associato positivamente con la qualità

della vita, il sostegno sociale, concetto di sé, il funzionamento globale, e negativamente associata con i sintomi psichiatrici.

Conclusioni

Il costrutto dell'Empowerment negli ultimi anni, ha acquistato sempre maggiore visibilità e interesse all'interno del panorama di ricerca internazionale. Il numero degli studi scientifici sull'empowerment si presenta molto ampio ed è basato su adeguate caratteristiche psicometriche per la misura dell'empowerment nei pazienti/pregiudicati e negli operatori dello staff. Come sostengono (Fitzsimmons & Fuller, 2002., (cit. in Stratico et al 2007) "... tal modo di fare ricerca é un intervento empowering in se stesso". Va sottolineato che questa premessa ha permesso di cogliere in modo valido le dimensioni dell'empowerment ritenute importanti non solo dai leader dei movimenti di auto-aiuto che l'hanno costruita, ma anche da utenti e dagli autori che si sono occupati della sua validazione (Rogers, et al ., 1997; Corrigan, et al., 1998; Wowra & Mc Carter, 1999; Stratico, et al., 2007). Naturalmente occorre portare avanti le ricerche per valutare gli effetti che ha sui partecipanti dei due gruppi. Ma comunque questa ricerca ci ha dato la possibilità di avere un panorama generale sull'empowerment degli pazienti/pregiudicati e dei operatori del reparto psichiatrico giudiziario, su alcuni aspetti importanti come il costrutto dell'empowerment e le sue dimensioni, la qualità della vita, e comportamento e il funzionamento dei pazienti/pregiudicati nell'ospedale delle carceri. L'empowerment si può definire come una complessa esperienza di trasformazioni personale. Guidata dal principio di autodeterminazione e può essere facilitata dalla istituzione e i professionisti che lavorano al interno del reparto psichiatrico. I professionisti devono avere l'autonomia e le risorse per poter adottare un approccio riabilitativo centrato sul paziente/pregiudicato, riconoscere l'esperienza dei pazienti/pregiudicati, le priorità e paure. Per poter favorire l'empowerment il paziente/pregiudicato, lo staff necessita di una formazione e training con le nuove pratiche terapeutiche, le quali devono essere basate sull'autoriflessione, sperimentazione, e negoziazione in modo da consentire la appropriazione di conoscenze mediche e il rafforzamento delle competenze psicosociali. "I pazienti empowering possono sviluppare un maggior senso di autoefficacia per quanto riguarda varie malattie e comportamenti correlati al trattamento, e possono esprimere cambiamenti nelle priorità di vita e valori "(Aujoulat et al.,

2006). Come risultato finale, del loro processo di empowerment, i pazienti/pregiudicati migliorano e sviluppano, non solo il loro senso di autoefficacia riguarda alla loro malattia, ma anche alle loro vite.

Il processo verso l'empowerment richiede staff addestrati sui fenomeni e i processi della salute mentale e sui diritti umani, in modo da rendere gli operatori liberi da discriminazioni sulle basi della diagnosi psichiatrica, orientamento sessuale, età e disabilità.

Richiede inoltre che siano definite procedure formali di reclamo per gli operatori e i pazienti/pregiudicati in modo da permettere l'espressione del disagio o del malessere a prescindere dal loro ruolo interno all'istituzione ospedaliera. Sarebbe necessario per il miglioramento delle condizioni di salute dei ricoverati e della professionalità degli operatori avere l'appoggio adeguato delle strutture istituzionali, che dovrebbero migliorare l'assistenza dei ricoverati e offrire formazione continua a tutti gli operatori che svolgono attività nel reparto psichiatrico, quali ufficiali di polizia e datori di lavoro, infermieri, medici, figure sanitarie.

BIBLIOGRAFIA

- Anna, Palena , (2006) “L’utilità’ dei gruppi terapeutici nell’ottica dell’empowerment di alcune categorie di soggetti con disagio psichico”, Rivista semestrale, Università degli Studi di Padova.
- Anthony W., Cohen M., Farkas M., Gagne C., (2003).” Riabilitazione psichiatrica”. C.I.C. Edizione Internazionale :Roma
- Antonovsky A (1972) Breakdown: a needed fourth step in the conceptual armamentarium of modern medicine. *Social Science and Medicine* 6: 537–44
- Asl Rieti., Progetto stigma: conoscere la malattia mentale, prevenire il pregiudizio., Dipartimento di Salute Mentale., Direttore Dr. R. Roberti.
- Aujoulat I, et al., Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony?, *Patient Educ Couns* (2006), Elsevier Ireland Ltd. doi:10.1016/j.pec.2006.09.008
- Bandura A., (1982). Self-Efficacy Mechanism in Human Agency, *Standford University, American Psychologist* , vol. 37, No.2 , February 1982, Printed in U.S.A.
- Barham, P and Barnes, Marian (1999) *The citizen mental patient* In: *Law without enforcement - integrating mental health and justice*. Hart publications, Oxford, pp. 133-146. ISBN 978-1901362756
- Barnes, M., & Bowl, R. (2001). *Taking over the Asylum. Empowerment and mental health*. Baskingstoke: Palgrave
- Barnes, M.,Maple, N. (1992) *Women and Mental Health: Challenging the Stereotypes*, Birmingham, Venture Press.
- Barns M., Bowl R., (2003), *Empowerment e salute mentale*. Erickson:Trento.
- Becker T. et al., 1999 The epsilon study of schizophrenia in five European countries . Design and methodology for standardising outcome measures and comparing patterns of care and service costs. *British journal of Psychiatry* 175; 514-521
- Bernier SL (1986) Corrections and mental health. *Journal of Psychosocial Health* 24(6):20–5.
- Biegel D.,1984. Help seeking and receiving in urban ethnic Neighborhoods: Strategies for empowerment, in Rappaport J, Swift C, Hess R, (eds.): *Studies in Empowerment: Steps Toward Understanding and Action*. New York, NY, Haworth, 1984.

- Blanchard K., 2007. *La leadership per l'eccellenza*. Sperling & Kupfer. Milano
- Boyd A. Suzanne., 1997 *The Relationship Between the Level of Personal Empowerment and Quality of Life Among Psychosocial Clubhouse Members and Consumer-Operated-Operated Drop-In Center Participants*, The University of Kansas, School of Social Welfare, 24- 36
- Bradbury-Jones C, Sambrook S, Irvine F. (2008). Power and empowerment in nursing: a fourth theoretical approach. *Journal of Advanced Nursing* 62(2), 258-266.
- Burrow S (1992) The deliberate self-harming behaviour of patients within a British special hospital. *Journal of Advanced Nursing* 17: 138–48.
- Burrow S (1993a) The contribution of secure hospitals to social control. *British Journal of Nursing* 12(18): 891.
- Burrow S (1993b) An outline of the forensic nursing role. *British Journal of Nursing* 12(18): 899–905.
- Burrow S (1993c) The treatment and security needs of special hospital patient: nursing perspective. *Journal of Advanced Nursing* 18: 1267–78.
- Butler J., 2005, “La vita psichica del potere”, Meltemi:Roma
- Campbell, J. (1997). How Consumers are Evaluating the Quality of Psychiatric Care. *Evaluation Quarterly* 21 (3), 357-363.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283
- Chamberlin J., 1978 *On Our Own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System*. New York, McGraw-Hill
- Chamberlin. J, 1997, A working definition of empowerment, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, spring 1997—Volume 20 Number 4, 44 – 46.
- Chang BL (1978) Generalized expectancy, situational perception, and morale among institutionalized aged. *Nursing Research* 27(5): 316–24.
- Chang BL (1980) Black and white elderly: morale and perception of control. *Western Journal of Nursing Research* 2(1): 371–392.

- Chazel F., 1996, “ Potere in: Trattato di sociologia “. A cura di Boudon R. 30, 165 – 196, Il Mulino: Bologna
- Chovil et al., 2004. Information for families., British Columbia Schizophrenia Society & Forensic Psychiatric Services Commission an Agency of the Provincial HAS
- Clark C.C., Krupa T. (2002). Reflections on empowerment in community mental health :giving shape to an elusive idea . Psych. Rehab..Jour., 25 (4), 341 – 349.
- Conger A. Jay, Kanungo N. Rabindra., 1988 The empowerment Process: Integrating theory and practice., Academy of Management Review., Mc Gill University, Vol 13, No 3, 471-482
- Converso D., Hindrichs I., 2009, “Il potere in gioco nell’empowerment . Un processo di emancipazione che coinvolge la sfera individuale, sociale e politica “, Animazione sociale , giugno- luglio 2, 39,n234, 64-69.
- Converso, D., Piccardo, C. (2003), “Il profitto dell’empowerment, formazione e sviluppo organizzativo nelle imprese non profit”. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Corrigan P.,(2004), How Stigma Interferes With Mental Health Care., American Psychological Association Vol. 59, No. 7, 614–625.
- Corrigan P.W., Faber D., Rashid F., Leary M., 1998 The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. (electronic version), Schizophrenia Research, 38 (1), 77-84
- Corrigan PW, Watson AC., (2002)., The paradox of self-stigma and mental illness. Clinical Psychology: Science and Practice9:35—53.
- Corrigan W. Patrick., 1998 The construct validity of empowerment among consumers of mental health services., University of Chicago, Center for Psychiatric Rehabilitation, Schizophrenia Research 38 (1999) 77–84
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. Clinical Psychology — Science and Practice, 7, 48–67.
- Cox E.O., Parsons R.J., (1994) “Empowerment – oriented social work practice with the elderly”, Brooks\Cole Pub. Co . , Pacific Grove.

- Crossley M.L., (1997) "Survivors" and "victims": Long –term positive individuals and the ethos of self-empowerment. *Social Science and Medicine*. 45(12) 1863-1873
- Crowfoot, J., Chesler, M.A. & Boulet, J. (1983). *Organizing for Social Justice*. In E. Seidman (Ed.) *Handbook of Social Intervention*. London: Sage Pub, 237–267
- D Wood and J Copperman 1996 'Sexual harassment and assault in psychiatric services' in R Perkins, Z Nadirshaw, J Copperman and C Andrews (eds) *Women in Context: Good Practice in Mental Health Services for Women* (London: Good Practices in Mental Health, 1996).
- Dichiarazione sul significato di empowerment degli utenti dei servizi di salute mentale e dei loro caregivers A statement by the WHO Regional Office for Europe © World Health Organization 2010
- Empowerment e salute mentale, Ericson, www.shop.erickson.it
- Enriquez E., 1996, "Oltre l'aziendalizzazione della vita lavorativa ", in "Animazione sociale" , 1, 25- 61.
- *Estetica dell'esistenza, etica, politica*, a cura di A. Pandolfi, trad. di S. Loriga, Feltrinelli, Milano 1998, p. 93.
- Ettore Stratico, (2007), " Proprietà psicometriche della SESM, versione italiana della "Scala degli utenti per misurare l'Empowerment nei Servizi di Salute Mentale (Rogers et al., 1997)*", *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*
- Ettore Stratico, (2009), "L'empowerment e i servizi di salute mentale", manual per gli operatori, CIC Edizioni internazionali, 45- 48, 73 -75, 243.
- Fiorani E. (1998). *La comunicazione a rete globale*. Milano: Lupetti – Editori di Comunicazione
- Fogel CI, Martin SL (1992) The mental health of incarcerated women. *Western Journal of Nursing Research* 14(1): 30–40.
- Freire P (1971) *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Herder & Herder.
- Friedberg E., (1993), "Il potere e la regola", Etas libri, Milano.
- Gibson CH (1991) A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 16: 354–61.

- Gibson, C. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354 – 361.
- Gist, M. E., & Mitchell, T. R. (1992). Self-efficacy: A theoretical analysis of its determinants and malleability. *Academy of Management Review*, 17, 183-211.
- Goffman E (1961) *Asylums*. Chicago: Aldine.
- Gonzá lez Gutie´rrez a J.L.G. et al., 2005, Personality and subjective well-being: big five correlates and demographic variables., *Personality and Individual Differences* 38 (2005) 1561–1569
- Gutierrez LM., 1988 *Coping with Stressful Life Events: An Empowerment Perspective*. Working Paper, School of Social Work, University of Michigan, Ann Arbor, MI.
- Hawks JH (1992) Empowerment in nursing education: concept analysis and application to philosophy, learning and instruction. *Journal of Advanced Nursing* 17: 609–18.
- Hendry M (1983) Nursing behind bars. *Nursing Mirror* 15(9): 16–18.
- Hobbes T., (1651), 1989, “Il leviatano” Latenza :Roma- Bari
- Hutchison P., Lord J., & L. Osborne-Way. (1999) Participating. In J.Trainor, E. Pomeroy & B. Pape (Eds). *Building a framework for support: A community development approach to mental health policy*. Toronto, ON: Canadian Mental Health Association, 87 – 102.
- Intervista a Michel Foucault, in *Microfisica del potere*, cit. p. 7 e p. 10.
- Iscoe I., (1974), *Community psychology and competent community*, *American Psychologist* , 29; 607-613.
- J. Larange, Paris, 2003; trad. it. integrale a cura di M. Bertani, *Il potere psichiatrico*, Feltrinelli, Milano, 2004, p.26
- Judge A. Timothy and Bono E. Joyce., 2001. Relationship of Core Self-Evaluations Traits—Self-Esteem, GeneralizedSelf-Efficacy, Locus of Control, and Emotional Stability—With Job Satisfaction and Job Performance: A Meta-Analysis., *Journal of Applied Psychology* 2001, Vol. 86, No. 1, 80-92
- Judge, T. A., Erez, A., & Bono, J. E. (1998). The power of being positive:The relationship between positive self-concept and job performance. *Human Performance*, 11, 167-187.

- Judge, T. A., Locke, E. A., & Durham, C. C. (1997). The dispositional causes of job satisfaction: A core evaluations approach. *Research in Organizational Behavior*, 19, 151-188.
- Keiffer C. (1984). “ Citizen empowerment: A developemental prespective. *Prevention in Human Services*, 3(16), 9- 35.
- Kindervatter S., 1978. Nonformal education towards empowering. Chapter VII in *Nonformal Education as an Empowering Process*. Amherst, MA, Center for International Education.
- Klein D., 1968 *Dynamic Community and Mental Health*. New York, NY, John Wiley and Sons, 1968.
- Lamb, H., & Weinberger, L. E. (1998). Persons with severe mental illness in jails and prisons: A review. *Psychiatric Services*, 49, 483–492.
- Lancaster W (1982) Health care marketing: a model for planning change. In Lancaster J, Lancaster W (Ed) *Concepts for Advanced Nursing Practice: the Nurse as a Change Agent*. St Louis: C V Mosby.
- Larkin, M., Cierpial, C., Stack, J., Morrison, V., Griffith, C., (March 31, 2008) "Empowerment Theory in Action: The Wisdom of Collaborative Governance" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. Vol. 13 No. 2
- LaSala, C.A., Bjarnason, D., (Sept 30, 2010) "Creating Workplace Environments that Support Moral Courage" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 15, No. 3, Manuscript 4
- Laschinger HKS, Gilbert S, Smith LM, Leslie K. (2010). Towards a comprehensive theory of nurse/patient empowerment: applying Kanter’s empowerment theory to patient care. *Journal of Nursing Management* 18, 4-13.
- Laschinger HKS, Wilk P, Cho J, Greco P. (2009). Empowerment, engagement and perceived effectiveness in nursing work environment: does experience matter? *Journal of Nursing Management* 17, 636-646.
- Laverack G., Labonte R., (2000), “A planning framework for community empowerment goals within health promotion”, *Health Policy and Planning* , 15 (3); 255- 262.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer

- Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France, 1973-1974, edizione stabilita da F. Ewald, A. Fontana.
- Lefley, H.P. (1996) Family Caregiving in Mental Illness, London: Sage
- Lincoln Nicola Denham, Travers Cheryl, Ackers Peter,(1999) “The meaning of empowerment: the interdisciplinary etymology of a new management concept” Loughborough University Business School,Ashby Road Loughborough Leicester,1-4.
- Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, et al.,(2001)., Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*52:1621—1626.
- Locke J. (ed.or.1690), 1982, “Due trattati sul governo”. UTET:Torino
- Lopez D., 2007, *Follia e psichiatria :crisi di una relazione* , di Alberto Giannelli. *Gli Argonauti*, 113, 97-122.
- M. Foucault, *Asili. Sessualità. Prigioni.*, in *Archivio Foucault-2. 1971-1977. Poteri, saperi, strategie.* a cura di Dal Lago, tr. it di A. Petrillo, Feltrinelli, Milano 1977, p. 175.
- M. Foucault, *Il potere psichiatrico*, cit. p 27, 48, 94, 102.
- M. Foucault, *Intervista a Michel Foucault*, in *Microfisica del potere. Interventi politici*, a cura di A. Fontana e P. Pasquino, Einaudi, Torino, 1977, p. 5.
- M. Foucault, *L’incorporazione dell’ospedale nella tecnologia moderna*, in *Archivio Foucault-3. 1978-1985.*
- M. Foucault, *Prefazione a Storia della follia (1961)*; trad. it. di G. Costa in *Archivio Foucault 1. 1961-1970.*
- Mackintosh N. (1995), *Self – empowerment in health promotion: a realistic target ?* *British Journal of Nursing*, 1995, Vol.4, n.21, p 1273 – 1278
- Manojlovich, M. (January 31, 2007). "Power and Empowerment in Nursing: Looking Backward to Inform the Future". *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. Vol. 12 No. 1
- Marland, G., & Marland, C. (2000). *Power dressing . . . empowerment.* *Nursing Times*, 96, 2–8.
- Mc Clelland D.C., 1983, “*Il potere . Processi e strutture ; un analisi dall’interno*”, Armando, Roma

- McWilliam C.L, Stewart M, Brown, J.B et. al. (1997). Creating empowerment meaning: an interactive process promoting health with chronically ill older Canadians. *Health Promotion International*, 12(2) 111-123.
- Mill J.S.(ed.or.1869). *Saggio sulla libertà*. M. Mondadori: Milano (2005).
- Morin E., “L’identità umana“, Raffaelle Cortina:Milano.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S., Douglas, M. S., & Morrison, R. L. (1991). Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 5, 167–176.
- Mullender, A., & Ward, D. (1991). *Self-directed groupwork: Users take action for empowerment*. London: Whiting and Birch.
- Nazroo, J., (1997), *The Health of Britain’s Ethnic Minorities: Fourth National Survey of Ethnic Minorities*.
- Nelson G, Lord J, Ochocka J. 2001. Empowerment and Mental Health in Community: Narratives of Psychiatric Consumer/Survivors.,*Journal of Community & Applied Social Psychology*., 11:125 -142.
- Nelson G, Lord J, Ochocka J. 2001. *Shifting the Paradigm in Community Mental Health: Towards Empowerment and Community*. University of Toronto Press: Toronto.
- Nicoli M. Augusta et al ., 2010. L’empowerment di comunità: Gli orientamenti in Regione Emilia Romagna, *I Quaderni di Monitor*, Agenzia Nazionale per I Servizi Sanitari Regionali, 6 supplemento nr.25 : Roma., 68-74.
- Norris M (1984) *Integration of special hospital patients into the community*. Aldershot: Gower.
- O’Neil O (1984) Paternalism and partial autonomy. *Journal of Medical Ethics* 10: 173–8.
- Parsons, R.J. (1988). Empowerment for Role Alternatives for Low Income Minority Girls: A Group Work Approach. *Social Work with Groups*, 11 (4), 27 – 43.
- Paterson B., (2001) Myth of empowerment in chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*., 34(5) 574-581.
- Paulo Freire , (1980) “Conscientização . Teoria e praticà da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire”, Moraes, Sao Paolo, 27
- Penn, D. L., Mueser, K. T., & Doonan, R. (1997). Physical attractiveness in schizophrenia: The mediating role of social skill. *Behavior Modification*, 21, 78–85.

- Phillips MS (1983) Forensic psychiatry: nurses' attitudes revealed. *Dimensions in Health Service* 60(9): 41–3.
- Piccardo C.,1995, “Empowerment . Strategie di sviluppo organizzativo centrate sulla persona”, Cortina, Milano, 39-40, 24 2.
- Popper K.R. (1973). *La società aperta e i suoi nemici*. Armando. Roma
- Priebe S. et al., 1999 Application and results of the Manchester short assessment of quality of life (Mansa), *International Journal of Social Psychiatry*., Vol.45 No 1 7 – 12
- Priebe S., Fioritti A. (2004). Dopo la deistituzionalizzazione : stiamo imboccando il cammino contrario?, *Psichiatria di comunità*, vol.III, 3, Settembre, 137- 144.
- Rappaport, J., (1987) “Terms of empowerment, exemplars of prevention: forward a theory for Community Psychology”; in “*American Journal of Community Psychology*”, Vol. 16, No. 15
- Read J, Wallcraft J (1992) *Guidelines for Empowering Users of Mental Health Services*. London: Confederation of Health Service Employees/MIND.
- Reeder LG (1972) The patient-client as a consumer: some observations on the changing professional–client relationship. *Journal of Health and Social Behaviour* 13: 406–12.
- Reinhold Kilian, Rainer Paul.,1995. Empowerment and quality of life of staff working in psychiatric services. Paper presented at the 2nd Meeting of the International Society of Quality of Life Research, Montreal, Quebec, Canada October 14 – 17
- Roberts SJ (1983) Oppressed group behaviour: implications for nursing. *Advances in Nursing Science* (Jul): 21–30.
- Rogers E.S., Chamberlin J., Langer Ellison M. & Crean T. (1997). A Consumer constructed Scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services* 48, 1042-1047.
- Rosenfield S. , (1992), Factors Contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill. *Journal of Health and Social Behavior* 33: 299-315
- Ruggeri M et al., (2003) Satisfaction with Mental Health Services among people with schizophrenia in five European sites: results from the EPSILON study . *Schiz. Bull.*, 29 (2), 229-245.

- Ruggeri M., Tansella M., (2002)., To what extent do mental health services meet patient's need and provide satisfactory care? *Current opinion in Psych.*, 15, 193 – 199.
- Rüsç N, Angermeyer MC, Corrigan PW., (2005)., Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*25:529—539.
- Sarason SB: *The Psychological Sense of Community: Prospects For a Community Psychology*. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 1984.
- Schulz AJ, Israel BA, Zimmerman MA, Checkoway BN. 1994. Empowerment as a multilevel construct: Perceived control at the individual, organizational and community levels. Under review.
- Sen, A. K. (2009), “Capability: Reach and Limits”, in E. Chiappero-Martinetti (a cura di), *Debating Global Society: Reach and Limits of the Capability Approach*, Fondazione Giacomo Feltrinelli, Milano.
- Site www.torreluna.com, capitol 8, l'approccio dell'empowerment e del self-empowerment, p 244 -245.
- Socall, D. W., & Holtgraves, T. (1992). Attitudes toward the mentally ill: The effects of label and beliefs. *Sociological Quarterly*, 33, 435–445.
- Spreitzer M.G., 1995 Psychological empowerment in the workplace;dimension, measurement and validation, *Academy of Management journal*, Vol.38 , No 5 , 1442-1465.
- Steadman, H. J., McCarthy, D. W., & Morrissey, J. P. (1989). *The mentally ill in jail: Planning for essential services*. New York: Guilford Press.
- Stomwall L.K., Hurdle D., (2003)., *Psychiatric rehabilitation:An Empowerment–Based Approach to Mental Health Service*, National Association of social workers.
- Straticò E., Degli Esposti M. (2002). L'empowerment e la sua valutazione. In *Psichiatria di Comunità*, 1-2.
- Švedienė L, Jankauskienė L, Kušleikaitė M, Razbadauskas A. 2009. Competence of general practice nurse caring for patients with mental health problems in the somatic departments. *Medicina (Kaunas)* 45(10), 822-829.
- Teplin, L. A. (1984). Criminalizing mental disorder: The comparative arrest rate of the mentally ill. *American Psychologist*, 39, 794–803.

- Todorov T. (2003), *Il nuovo disordine mondiale*. Garzanti: Milano.
- Toms J, Harrison K. Living with Chronic Lung Disease and the Effect of Pulmonary Rehabilitation. *Physiotherapy.* , 88(10) 605-619.
- Torrey W, Wyzik P, 2000, The Recovery Vision as a Service Improvement Guide for Community Mental Health Center Providers .*Comm.Ment. Health. J.*, vol.36, n 2, 209 - 216.
- Vaillant G.E. (2004), *La salute mentale*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXVIII, 4, 28 - 37 UNDP (1995), *Human Development Report*.
- Via P.S et Salyer J., (1999), Psychosocial self-efficacy and personal characteristics of veterans attending a diabetes education program, *The Diabetes Educator* September / October 1999, Vol.25.n.5, p 727 – 737.
- Wallerstain N. (2006), What is the evidence of effectiveness of empowerment to improve health ? Copenhagen , Who Regional Office for Europe (Health evidence Network report) December 2008.
- Weinstein M.Raymond ., 1981 *Goffman's Asylums and the Social Situation of Mental Patients* Volume 11, Number 3, 1982, 267-274.
- Whitmore E. (1988) “Empowerment and the process of inquiry . a paper presented at the annual meeting of the Canadian Assosiation of Schools of Social Work, Windson, Ontorio (13).
- Why community development is essential for effective, inclusive and sustainable empowerment. Published in Great Britain by the Community Development Foundation <http://www.communities.gov.uk/communities/communityempowerment/communitiesincontrol/>
- William R. Torbert W.R., 1991 “The Power of Balance: Transforming Self, Society, and Scientific Inquiry”, SAGE.
- Wilson-Barnett J, Fordham M (1982) *Recovery from Illness*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Zimmerman M. A (2000), “Empowerment theory :psychological, organizational and community levels of analysis “, In : Rappaport J., Scidma E., eds . *Handbook of community psychology*, New York, Kluwer Academic - Plenum Publishers; 43-63.

- Zimmerman MA, Rappaport J.,1988. Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *Am J Community* 16: 725-750.
- Zinman S., 1987 Issues of power; in *Reaching Across, Mental Health Clients Helping Each Other*. Edited by Zinman S, Harp HT, Budd S. Riverside, California Network of Mental Health Clients
- Zissi A., Barry M.M., Cochrane., (1998). A mediational model of quality of life for individuals with severe mental health problems., *Psychological Medicine*, no 28, Cambridge University Press, United Kingdom 1221-1230.
- Zoffmann V Kirkevold M., (2005) Life Versus Disease in Diffucult Diabetes Care: Conflicting Perspectives Disempower Patients and Professionals in Problem Solving. *Qualitative Health Research.*, 15(6) 750-765.

Ringraziamenti

Desidero esprimere la mia gratitudine al Prof. Giovanni De Plato per la competenza e la dedizione manifestata nel suo affiancamento in qualità di Tutor.

Ringrazio sinceramente la Prof.ssa. Pier Carla Cicogna per il sostegno e la fiducia che non mi ha mai fatto mancare in tutti questi tre anni, in particolare, durante il periodo dei dubbi e incertezze nello svolgimento del presente lavoro.

Vorrei ringraziare, inoltre, il Prof. Roberto Bolzani e la Prof.ssa. Paola Germigni per l'esperienza accademica e scientifica nelle analisi dei dati e della metodologia, la loro disponibilità e sostegno nel completamento della mia tesi di dottorato.

Intendo esprimere la mia profonda riconoscenza a tutti i miei ex-colleggi del Ospedale Generale delle Prigioni di Tirana per la loro energica e competente partecipazione nelle diverse fasi della raccolta dei dati, e nel impegno e nell'autentica amicizia.

Infine, un ringraziamento va a tutti i miei colleghi dottorandi con i quali ho mantenuto proficui rapporti di amicizia e di cooperazione durante questo percorso. In particolare, al Dott. Lorenzo Tonetti, per l'impegno e le costanti motivazioni offerti nella condivisione delle diverse fasi delle presentazioni.

Un sincero *'grazie!'* va a tutti i pazienti/pregiudicati che hanno permesso di raccogliere importanti informazioni ai fini di questo studio.

Infine alle persone più importanti della mia vita, a mio figlio Arti che mi ha seguito in tutto questo percorso, e che mi ha fatto provare emozioni forti di amore e tenerezza, a mio marito Flori e alla mia mamma Lume, che mi hanno sostenuto in tutte le maniere.