

# La ricerca sulla recovery: strumenti, strategie, percorsi

Barbara D'Avanzo

Unità per la Qualità degli Interventi  
e la Tutela dei Diritti in Salute Mentale

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano

# Who decides what evidence is? Developing a multiple perspectives paradigm in mental health

Rose D, Thornicroft G, Slade M. Who decides what evidence is? Developing a multiple perspectives paradigm in mental health  
*Acta Psychiatr Scand* 2006; 113 (Suppl. 429): 109–114. © 2006 Blackwell Munksgaard.

**Objective:** To compare different perspectives on evidence in relation to

**D. Rose<sup>1</sup>, G. Thornicroft<sup>2</sup>,  
M. Slade<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Service User Research Enterprise (SURE) and <sup>2</sup>Section of Community Psychiatry, Health Services Research Department, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London, UK

“What emerges [...] is not so much that these stakeholder groups take differing views on which evidence to priorities, but rather that the epistemological status of evidence is now often disputed.”

## Interventi e strumenti per la recovery nei servizi di salute mentale - definizione

- Modalità di lavoro con la singola persona o con i gruppi volte a favorire partecipazione, responsabilizzazione, espressione delle preferenze nel percorso di cura all'interno del servizio (Recovery Star, Percorsi di cura condivisi, Direttive anticipate...)
- Modalità di lavoro che sostengono la partecipazione e l'inclusione sociale al di fuori del servizio (casa, lavoro, amicizie...)
- Modalità di lavoro che trasformano, plasmano il servizio (REFOCUS, Open Dialogue, ImRoc, Percorsi di cura condivisi ...)

# Consumer-run services

Alternatives to traditional mental health services, aimed to offer a wider array of participatory opportunities and where consumers help each other. They also

- offer drop-in services, self-management classes, mutual help;
- promote autonomy;
- engage in advocacy;
- address the economic, cultural and social needs of members;
- have control of all programme aspects with autonomy from the mental health system.

# Partecipazione alle scelte di cura

## **Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders**

Current Opinion in Psychiatry 2014

---

*Romain Beitinger, Werner Kissling, and Johannes Hamann*

- *Shared decision-making* è un modello di comunicazione non paternalistica tra utente e operatore ampiamente applicabile e accettato nei servizi di salute mentale
- Tuttavia, l'uso nella pratica rimane limitato, spesso motivato con l'argomento della limitata capacità decisionale degli utenti e
- condizionato dalle caratteristiche personali dell'utente e dell'operatore
- Accompagnare con attivazione/educazione degli utenti e degli operatori.

# Direttive anticipate

Health and Social Care in the Community (2013) 21(1), 1–14

doi: 10.1111/j.1365-2524.2012.1

## Review

### **Psychiatric Advance Directives as a complex and multistage intervention: a realist systematic review**

**Pablo Nicaise MSc, Vincent Lorant PhD and Vincent Dubois MD PhD**

Institute of Health & Society (IRSS), Université catholique de Louvain, Brussels, Belgium

- Non un semplice documento, ma un intervento a più fasi
- Scopi sono condivisione delle scelte, autonomia, l'alleanza terapeutica, la collaborazione
- Ruolo del “terzo” e del decisore surrogato
- Adesione insufficiente da parte dei clinici e compilazione spesso incompleta.

# Direttive anticipate

Original Investigation | META-ANALYSIS

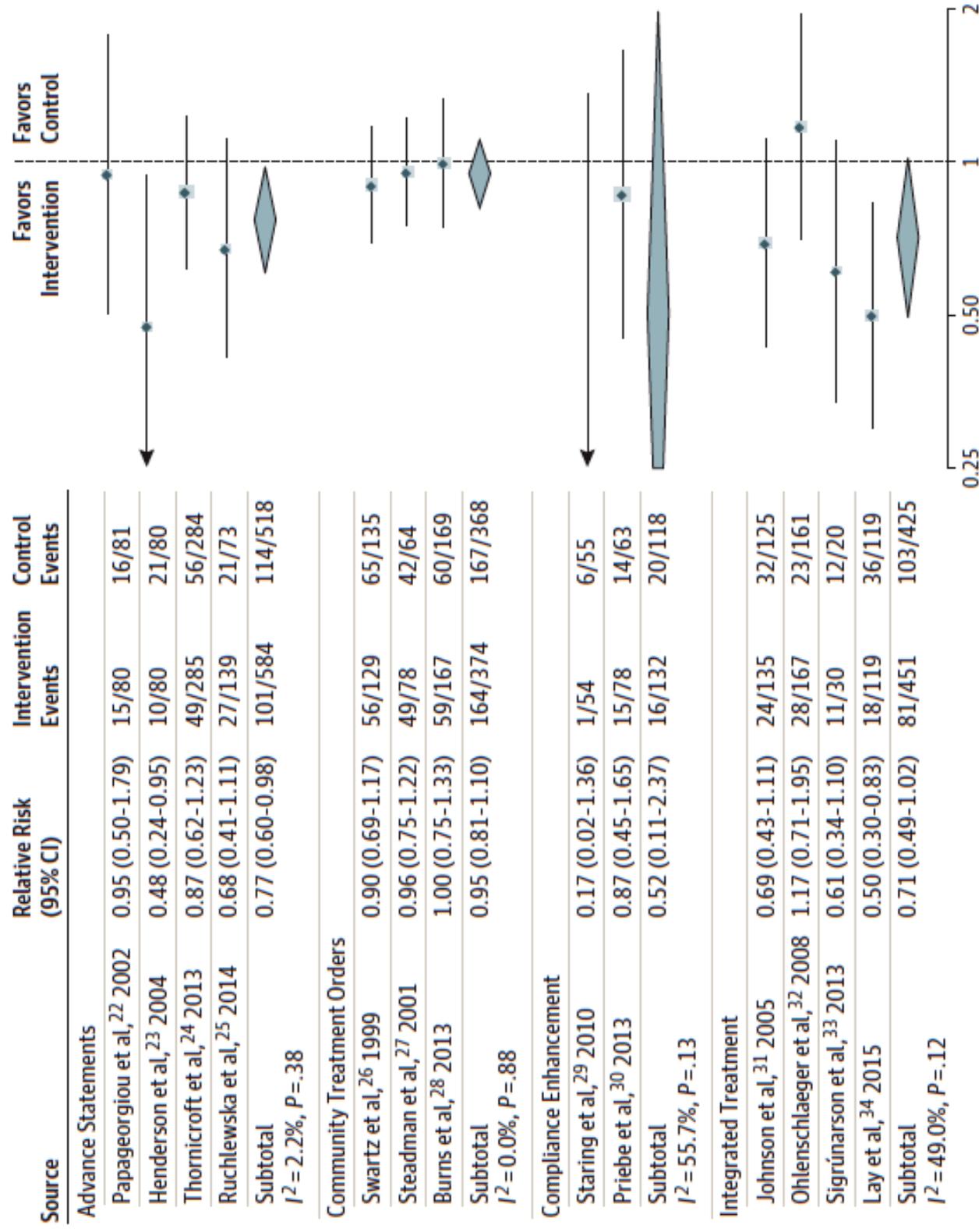
## Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions A Systematic Review and Meta-analysis

Mark H. de Jong, MD; Astrid M. Kamperman, PhD; Margreet Oorschot, PhD; Stefan Priebe, FRCPsych;  
Wichor Bramer, BSc; Roland van de Sande, PhD; Arthur R. Van Gool, PhD; Cornelis L. Mulder, PhD

*JAMA Psychiatry*. 2016;73(7):657-664. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0501

13 studi randomizzati per un totale di 2970 persone analizzate, che valutavano l'effetto di direttive anticipate, interventi per il miglioramento dell'aderenza alle terapie, trattamenti obbligatori nella comunità (*supervised treatment order*) sul rischio di trattamento sanitario obbligatorio.

**Figure 2. Relative Risk of Compulsory Admission per Subgroup of Intervention**



# Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial

*Lancet 2013; 381: 1634-41*

*Graham Thornicroft, Simone Farrelly, George Szmukler, Max Birchwood, Waqas Waheed, Clare Flach, Barbara Barrett, Sarah Byford, Claire Henderson, Kim Sutherby, Helen Lester, Diana Rose, Graham Dunn, Morven Leese, Max Marshall*

Un trial “definitivo” che testa l’ipotesi che in un gruppo di persone randomizzate all’utilizzo JCP diminuiscano i ricoveri obbligatori a 18 mesi.

Trattamento JCP prevede facilitatore, utente, psichiatra, care coordinator, eventualmente amico dell’utente.

Il gruppo definisce ciò che può facilitare la ricerca d’aiuto e la gestione autonoma dei segni di crisi.

Valutata la fedeltà.

Studio condotto su 64 servizi in 4 Mental Health Trust.

Criteri:  $\geq 16$  anni, precedente crisi psicotica,  $\geq 1$  ricoveri nei due anni precedenti, già in carico ai servizi.

JCP 285, controlli 284.

# Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial

*Lancet* 2013; 381: 1634-41

*Graham Thornicroft, Simone Farrelly, George Szmukler, Max Birchwood, Waqas Waheed, Clare Flach, Barbara Barrett, Sarah Byford, Claire Henderson, Kim Sutherby, Helen Lester, Diana Rose, Graham Dunn, Morven Leese, Max Marshall*

	OR (95% IC)
$\geq 1$ ricovero obbligatorio	0.90 (0.6-1.4)
$\geq 1$ ricovero	1.00 (0.7-1.4)
Numero di ricoveri	1.06 (0.8-1.4) (rate ratio)

Differenze tra i due gruppi non significative in Percezione di coercizione, Coinvolgimento nel servizio, alleanza terapeutica secondo utente e secondo operatore, ma più marcata alleanza terapeutica secondo utente.

## Improving Therapeutic Relationships: Joint Crisis Planning for Individuals With Psychotic Disorders

Qualitative Health Research  
2015, Vol. 25(12) 1637–1647

Simone Farrelly<sup>1</sup>, Helen Lester<sup>2</sup>, Diana Rose<sup>1</sup>, Max Birchwood<sup>3</sup>,  
Max Marshall<sup>4</sup>, Waqas Waheed<sup>4</sup>, R. Claire Henderson<sup>1</sup>,  
George Szmukler<sup>1</sup>, and Graham Thornicroft<sup>1</sup>

- CRIMSON, no effetto sui ricoveri involontari, ma miglioramento della relazione con l'operatore

studio qualitativo su significato relazione terapeutica nella routine e come questa può venire cambiata

- Il *joint crisis plan* introduce discontinuità dall'assistenza/relazione ordinaria
- Per gli utenti: rispetto della persona, rispetto degli impegni e coerenza
- Per i clinici: si mostra più attenzione – ma poco rilevante per noi, lo facciamo già
- Il JCP riduce l'influenza del contesto nel definire la persona e il ruolo in quel contesto – la relazione è condizionata dal contesto



Un'informazione completa e chiara sul funzionamento del Servizio, sulla diagnosi e sui farmaci ti può permettere di partecipare più responsabilmente al tuo percorso di cura. I semafori indicano il grado delle informazioni ricevute.

# PCC3

Uno strumento per la partecipazione dell'utente alla costruzione del percorso di cura caratterizzato da:

- filosofia della partecipazione – *fareassieme*
- squadra
- garante
- impegni reciproci

INFORMAZIONI SUL SERVIZIO E SULLA DIAGNOSI

IL SERVIZIO	Preincontro	Verifica 1
Hai ricevuto informazioni sufficienti sul Servizio e le sue attività?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> Abbastanza <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> Abbastanza <input type="radio"/> No
Non voglio informazioni		
Vorrei maggiori informazioni su:	..... ..... .....	..... ..... .....
Se ne occupa:	..... .....	..... .....
Appuntamento il:	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] <small>giorno mese anno</small>	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] <small>giorno mese anno</small>

LA DIAGNOSI	Preincontro	Verifica 1
Sei stato informato in modo chiaro sulla diagnosi della tua malattia?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> Abbastanza <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> Abbastanza <input type="radio"/> No
Non voglio informazioni		
Vorrei maggiori informazioni su:	..... ..... .....	..... ..... .....
Se ne occupa:	..... .....	..... .....
Appuntamento il:	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] <small>giorno mese anno</small>	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] <small>giorno mese anno</small>

Hai ricevuto informazioni chiare sulla possibilità e sull'importanza di esprimere al medico, se ci sono, tue perplessità sulla terapia, effetti collaterali, l'assunzione di altri farmaci, il desiderio/volontà di sospendere la terapia?

Verifica 2	Verifica 3	Verifica 4
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> Abbastanza <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> Abbastanza <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> Abbastanza <input type="radio"/> No
..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....
..... .....	..... .....	..... .....
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] <small>giorno mese anno</small>	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] <small>giorno mese anno</small>	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] <small>giorno mese anno</small>



INFORMAZIONI SUI FARMACI



IO

LA CONSAPEVOLEZZA E IL CARICO EMOTIVO

Questo è uno spazio dedicato a te. Puoi compilarlo da solo e condividerlo poi con tutti quelli che partecipano al tuo percorso. Nella vita possono verificarsi momenti di sofferenza mentale con disturbi psichici che, indipendentemente dalla volontà, condizionano i pensieri e i comportamenti e rendono più difficili le relazioni e il corso della vita. Non bisogna sentirsi in colpa per questo, nessuno ha "scelto" la sofferenza mentale.

### CONSAPEVOLEZZA

#### Preincontro

#### Verifica 1

In questo momento senti di avere consapevolezza della presenza di un disagio psichico nella tua vita?

- Sì
- Abbastanza
- No

- Sì
- Abbastanza
- No

### CARICO EMOTIVO

#### Preincontro

#### Verifica 1

In questo momento quanto pesa nella tua vita il disagio psichico e ciò che ne deriva?

- Poco
- Abbastanza
- Molto

- Poco
- Abbastanza
- Molto

È bello poterci fidare di qualcuno. Ci fidiamo di familiari, di amici e di altre persone quando le sentiamo vicine, sincere e interessate a noi. Anche con gli operatori che ci seguono la fiducia deve essere "costruita" nel tempo, in modo da poterci fidare di loro e avere la percezione che lavorino per il nostro benessere.

LA FIDUCIA E LA SPERANZA

### LA FIDUCIA

#### Preincontro

#### Verifica 1

In questo momento quanto ti fidi del Servizio di salute mentale?

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

### LA SPERANZA

#### Preincontro

#### Verifica 1

Pensi che la tua situazione possa migliorare?

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

- Molto
- Abbastanza
- Poco
- Per niente

PCC3

## QUESTIONARIO SUL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE A INIZIO PERCORSO

Buongiorno, nell'ottica di continuare a migliorare la qualità delle prestazioni offerte da questo Servizio, le chiediamo di partecipare a un breve sondaggio.

**Se vorrà aiutarci, La ringraziamo sin d'ora per la sua preziosa collaborazione.**

Troverà qui di seguito 9 affermazioni che descrivono quella che potrebbe essere la relazione di un utente con il proprio medico. Per favore **legga attentamente il testo e segni un numero** per ogni affermazione in base alla sua esperienza:

	Per niente d'accordo	D'accordo	Indifferente	D'accordo	Molto d'accordo
1) Il mio medico mi aiuta	1	2	3	4	5
2) Il mio medico ha abbastanza tempo per me	1	2	3	4	5
3) Mi fido del mio medico	1	2	3	4	5
4) Il mio medico mi capisce	1	2	3	4	5
5) Il mio medico ci tiene a collaborare con me nel mio percorso di cura	1	2	3	4	5
6) Il mio medico ed io siamo d'accordo circa la natura dei miei sintomi	1	2	3	4	5
7) Posso parlare al mio medico	1	2	3	4	5
8) Sono soddisfatto dei trattamenti ricevuti dal mio medico	1	2	3	4	5
9) Trovo che il mio medico sia facilmente reperibile	1	2	3	4	5

### Anagrafica

Nome..... Cognome.....

Età..... Genere:  m  f

Titolo di studio.....

Occupazione:  sì  no Se sì, quale.....

Stato abitativo:  famiglia di origine  famiglia acquisita

altro.....

Da quanti anni è in carico a questo Servizio?.....

Data

# Wellness Recovery Action Plan - WRAP

- Self-management
- Self-help
- Speranza
- Responsabilità individuale del proprio benessere
- Cercare informazioni
- Capacità di programmare la propria vita e di porre i propri obiettivi
- Importanza degli stili e delle strategie di adattamento
- Difendere i propri diritti
- Crescita attraverso il rischio

Utile a mantenere viva l'idea di recovery, accettabile, ma mancano valutazioni di esito a lungo termine

# Le strategie di adattamento del COPE

Attività

Pianificazione

Eliminazione delle attività non utili

Contenimento dell'impulsività

Ricerca di informazioni e confronto

Ricerca di comprensione

Espressione delle emozioni

Reinterpretazione positiva e crescita

Accettazione

Ricerca religiosa

Umorismo, autoironia

Negazione

Distacco comportamentale

Distacco mentale

Uso di sostanze

Carver C. S., Scheier M. F. & Weintraub, J. K., 1989  
Sica C, et al, 2008

# **Developing the Evidence Base for Peer-Led Services: Changes among Participants following Wellness Recovery Action Planning (WRAP) Education in Two Statewide Initiatives**

Cook J et al, Psych Rehab J 2010

Studio pre-post su 381 persone che desiderano seguire l'intervento.

Indicatore di esito: attitudine alla recovery.

Differenze pre-post significative nella maggioranza degli item dello strumento sulle attitudini.



This website contains information about the work of the Recovery Research Team at the Institute of Mental Health, University of Nottingham.

The team is led by Mike Slade and carries out research that aims to help make mental health services more recovery-orientated and better able to promote wellbeing. Our aim is to influence both policy and practice. We also develop assessment measures for use in clinical practice and research studies.

## Refocus On Recovery 2019

## Our measures

**INSPIRE, Camberwell Assessment of Need (CAN) and Threshold Assessment Grid (TAG)**

**We coordinate a national Recovery Research Network**

**Join here**

- **New opportunity to run national Refocus on Recovery**
- **Briefing paper on the business case for recovery just published**
- **Refocus On Recovery 2019 Abstract Submissions and Registration now open**

# Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS): a multisite, cluster, randomised, controlled trial

*Lancet Psychiatry* 2015;  
2: 503-14

*Mike Slade, Victoria Bird, Eleanor Clarke, Clair Le Boutillier, Paul McCrone, Rob Macpherson, Francesca Pesola, Genevieve Wallace, Julie Williams, Mary Leamy*

- Necessario condurre ricerca empirica (quantitativa)
- Criticità del passaggio da attitudini, norme e conoscenze a comportamenti e dell'implementazione di nuove pratiche



REFOCUS: intervento di un anno sull'intera équipe che lavora su

- a.priorità (*values*) dell'équipe e dei singoli operatori
- b.approfondimento del concetto di recovery
- c.competenze professionali e comportamenti
- d.relazione paziente-operatore

Studio randomizzato a cluster su

- 14 équipe e 155 pazienti randomizzati al REFOCUS e
- 13 équipe e 193 al gruppo di controllo
- seguiti per un anno (t0 e t12)
- Indicatore di esito primario: la recovery misurata con il *Questionnaire about the Process of Recovery*

## Item del Questionnaire about Process of Recovery

1. Mi sento meglio
2. Sento di poter cogliere delle opportunità
3. Riesco a instaurare relazioni positive con altre persone
4. Sento di essere parte della comunità e non di essere un'entità isolata
5. Sono in grado di impormi
6. Sento che la mia vita ha uno scopo
7. Le esperienze che ho fatto mi hanno cambiato in meglio
8. Riesco ad accettare ciò che mi è accaduto in passato e a guardare avanti
9. Sono fortemente motivata/o a stare meglio
10. Riesco a riconoscere le cose positive che ho fatto
11. Riesco a capirmi meglio
12. Riesco a farmi carico della mia vita

## Item del Questionnaire about Process of Recovery

13. Riesco a utilizzare il supporto che mi viene offerto
14. Riesco a valutare i pro e i contro della trattamento
15. Penso che le mie esperienze mi abbiano reso più sensibile nei confronti degli altri
16. Stare con persone con le mie stesse esperienze mi fa star bene
17. Il mio percorso di guarigione è servito a vedere la possibilità di stare meglio per altre persone
18. Riesco a dare un senso alle mie esperienze di disagio
19. Riesco a impegnarmi attivamente nella vita
20. Ho capito che il modo di vedere le cose degli operatori della salute mentale non è l'unico
21. Riesco a tenere sotto controllo i diversi aspetti della mia vita
22. Riesco a trovare il tempo per le cose che mi piacciono

- Il valore complessivo del QPR era simile nei due gruppi: REFOCUS 40.6 versus gruppo di controllo 40.0, con una differenza non significativa.
- Associazione diretta tra i pazienti delle équipes a più alta partecipazione e le misure di recovery.
- In entrambi i cluster l'orientamento alla recovery da parte degli operatori misurato con il *Recovery Knowledge Inventory* era modesto.

- Componenti degli interventi troppo complesse, poco comprensibili, simili fra loro, onerose - problematico introdurre un intervento complesso in contesti in continuo cambiamento.
- Utenti meno stanziali di quanto atteso.
- Implementazione dell'intervento incompleta e probabilmente insufficiente.
- Tempo insufficiente per osservare cambiamenti.
- Insufficiente potere dello studio a causa delle difficoltà di reclutamento.
- Il QRP potrebbe essere inadeguato – “i metodi propri della medicina basata sulle evidenze orientati alla quantificazione degli esiti sembrano essere intrinsecamente problematici e potrebbero essere necessari approcci di natura sociologica”.
- Utile valutare le attitudini come esito finale?

# Peer support

The idea of peer support inspiring this role can be synthesized according to Mead et al (2003), as “a system of giving and receiving help founded on key principles of respect, shared responsibility and mutual agreement of what is helpful” and where support and help are offered by people with direct experience of mental health problems.

## Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services (Review)

Pitt V, Lowe D, Hill S, Pictor M, Hetrick SE, Ryan R, Berends L

- Il coinvolgimento degli utenti nel lavoro dei servizi ha dato risultati né migliori né peggiori degli interventi offerti dagli operatori.
- Studi di qualità bassa hanno mostrato piccole riduzioni nell'uso dei servizi per la crisi o del Pronto Soccorso.
- Nessuna evidenza di danno.

# Peer Support Services for Individuals With Serious Mental Illnesses: Assessing the Evidence

*Psychiatric Services* 65:429–441, 2014

Matthew Chinman, Ph.D.

Preethy George, Ph.D.

Richard H. Dougherty, Ph.D.

Allen S. Daniels, Ed.D.

Sushmita Shoma Ghose, Ph.D.

Anita Swift, M.S.W.

Miriam E. Delphin-Rittmon, Ph.D.

20 studi (1995-2012) su tre tipologie di supporto tra pari: aggiunto ai servizi tradizionali, pari che offrono interventi strutturati, servizio interamente erogato da utenti.

Livello di evidenza moderato.

Il supporto aggiunto ai servizi tradizionali e i pari che offrono interventi strutturati ottengono migliori risultati dei servizi tradizionali su ricoveri, relazione con gli operatori, impegno nel percorso di cura, empowerment, attivazione, speranza di guarigione.

E' la componente dei pari a produrre l'effetto?

Occorre studiare e lavorare su resistenze degli operatori, definizione del ruolo, condizioni in cui il supporto tra pari può esprimere il suo effetto.

# The impact of Recovery Colleges on mental health staff, services and society

Epidemiology and Psychiatric Sciences, 2018

A. Crowther<sup>1</sup>, A. Taylor<sup>2</sup>, R. Toney<sup>3</sup>, S. Meddings<sup>1</sup>, T. Whale<sup>4</sup>, H. Jennings<sup>5</sup>,  
K. Pollock<sup>6</sup>, P. Bates<sup>7</sup>, C. Henderson<sup>2,8</sup>, J. Waring<sup>9</sup> and M. Slade<sup>3</sup>

Un modello che, più di altri, sfida la titolarità tradizionale della fonte di conoscenza.

Studio qualitativo su: qual è l'effetto su operatori e cittadini?

Quali sono i meccanismi di azione per gli operatori, i servizi e i cittadini?

Staff: riduzione dello stigma nel sistema di cura

Servizio: la separazione del Recovery College dal servizio può coinvolgere meno persone, ma permette l'espressione di valori e temi più cogenti per gli utenti.

Società: contatti tra utenti dei servizi di salute mentale e altri.

# Open Dialogue

## I sette principi dell'Open Dialogue

Aiuto immediato

Prospettiva di rete sociale

Flessibilità e mobilità

Responsabilità

Continuità psicologica

Tolleranza dell'incertezza

Dialogo (e polifonia)

## I dodici elementi chiave della Pratica Dialogica

Due o più terapeuti nella riunione di équipe

Partecipazione familiari e rete sociale

Domande a risposta aperta

Rispondere alle cose dette dal cliente

Enfatizzare il momento

Sollecitare punti di vista molteplici

Focus relazionale nel dialogo

Rispondere ai problemi del dialogo e del comportamento con stile concreto e attento ai significati

Enfatizzare le parole e le storie del cliente, non i sintomi

Conversazione tra gli operatori nelle riunioni di cura

trasparenza

Tollerare l'incertezza



## The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes



Tomi Bergström<sup>a,\*</sup>, Jaakko Seikkula<sup>a</sup>, Birgitta Alakare<sup>b</sup>, Pirjo Mäki<sup>c,d</sup>, Päivi Köngäs-Saviaro<sup>b</sup>, Jyri J. Taskila<sup>b</sup>, Asko Tolvanen<sup>c</sup>, Jukka Aaltonen<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Department of Psychology, University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland

<sup>b</sup> Department of Psychiatry, Länsi-Pohja healthcare district, Kemi, Finland

<sup>c</sup> Department of Psychiatry, Research Unit of Clinical Neuroscience, University of Oulu, Oulu, Finland

<sup>d</sup> Department of Psychiatry, Oulu University Hospital, Oulu, Finland

<sup>e</sup> The Methodology Center for Human Sciences, University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland

## Esiti di primi casi di psicosi a fine follow-up (19 anni)

	OD (183) %	Controlli (1763) %	p
Morti totali	10.2	16.8	0.07
Suicidi	7.4	4.8	0.23
Morti cause naturali	2.8	9.2	0.02
Ricovero >30 gg	33	94.4	0.00
Sussidi invalidità	38	61	0.01



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

## Psychiatry Research

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/psychres](http://www.elsevier.com/locate/psychres)



### The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes



Tomi Bergström<sup>a,\*</sup>, Jaakko Seikkula<sup>a</sup>, Birgitta Alakare<sup>b</sup>, Pirjo Mäki<sup>c,d</sup>, Päivi Köngäs-Saviaro<sup>b</sup>, Jyri J. Taskila<sup>b</sup>, Asko Tolvanen<sup>c</sup>, Jukka Aaltonen<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Department of Psychology, University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland

<sup>b</sup> Department of Psychiatry, Länsi-Pohja healthcare district, Kemi, Finland

<sup>c</sup> Department of Psychiatry, Research Unit of Clinical Neuroscience, University of Oulu, Oulu, Finland

<sup>d</sup> Department of Psychiatry, Oulu University Hospital, Oulu, Finland

<sup>e</sup> The Methodology Center for Human Sciences, University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finland

Disparità nelle numerosità dei due campioni.

Follow-up molto lungo a confronto con un intervento di breve durata.

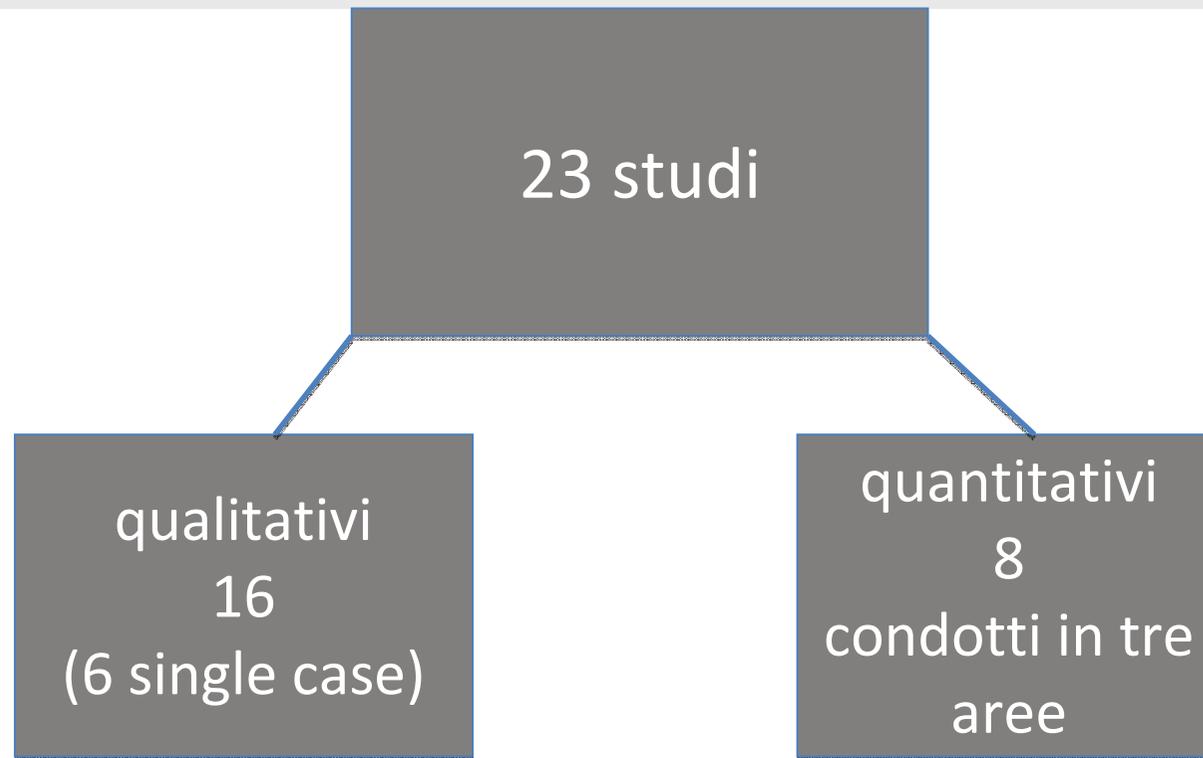
Poche le variabili di aggiustamento.

# Open Dialogue: A Review of the Evidence

Abigail M. Freeman, B.Sc., M.Sc., Rachel H. Tribe, B.Sc., M.Sc., Joshua C. H. Stott, D.Clin.Psy., Stephen Pilling, M.Sc., Ph.D.

*Psychiatric Services in Advance (doi: 10.1176/appi.ps.201800236)*

2018



Indicatori di efficacia: mortalità, ricoveri, lavoro, sintomi

Limiti metodologici: piccoli campioni, nessun RCT

Cambiamento del servizio come si valuta?

Fedeltà poco valutata

# New trends in assessing the outcomes of mental health interventions

GRAHAM THORNICROFT, MIKE SLADE

*(World Psychiatry 2014;13:118–124)*

King's College London, Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Denmark Hill, London SE5 8AF, UK

Difficoltà nell'identificazione degli indicatori:

- solo in parte sovrapposti a quelli clinici
- molteplici dimensioni coinvolte
- obiettivi personalizzati
- “funzionamento sociale”
- benessere personale
- qualità della vita
- relazioni

Advances in psychiatric treatment (2014), vol. 20, 37–47 doi: 10.1192/apt.bp.112.010652

## Becoming a recovery-oriented practitioner<sup>†</sup>

Glenn Roberts & Jed Boardman

ARTICLE

# Consumer-run services research and implications for mental health care

S. P. Segal<sup>1,2\*</sup> and S. L. Hayes<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *University of California, Berkeley, CA, USA*

<sup>2</sup> *University of Melbourne, Melbourne, Australia*

Quando gli studi vengono messi tutti assieme, indipendentemente dalle differenze dei servizi che vi vengono studiati l'effetto complessivo è quindi nullo. La fedeltà al modello è fondamentale e la mancanza di fedeltà è probabilmente all'origine dei risultati di studi che non hanno trovato esiti diversi tra servizi gestiti dai professionisti e gestiti da utenti.

- La fedeltà al modello è un problema reale?
- Integrazione di modelli alternativi, ma anche
- indipendenza, mantenimento della natura originale anche nel contesto della routine.

## Come procedere, anche nel nostro piccolo

- Capire chi sono le persone che non aderiscono – e perché – per poterle raggiungere con mezzi più adeguati.
- Caratteristiche del contesto che favoriscono implementazione e fedeltà.
- Utilizzare indicatori “tautologici” per capire il processo – più che l’esito.
- Introdurre maggiore attenzione a esiti relativi alla qualità delle relazioni.
- Descrivere esattamente ciò che si fa (fedeltà).

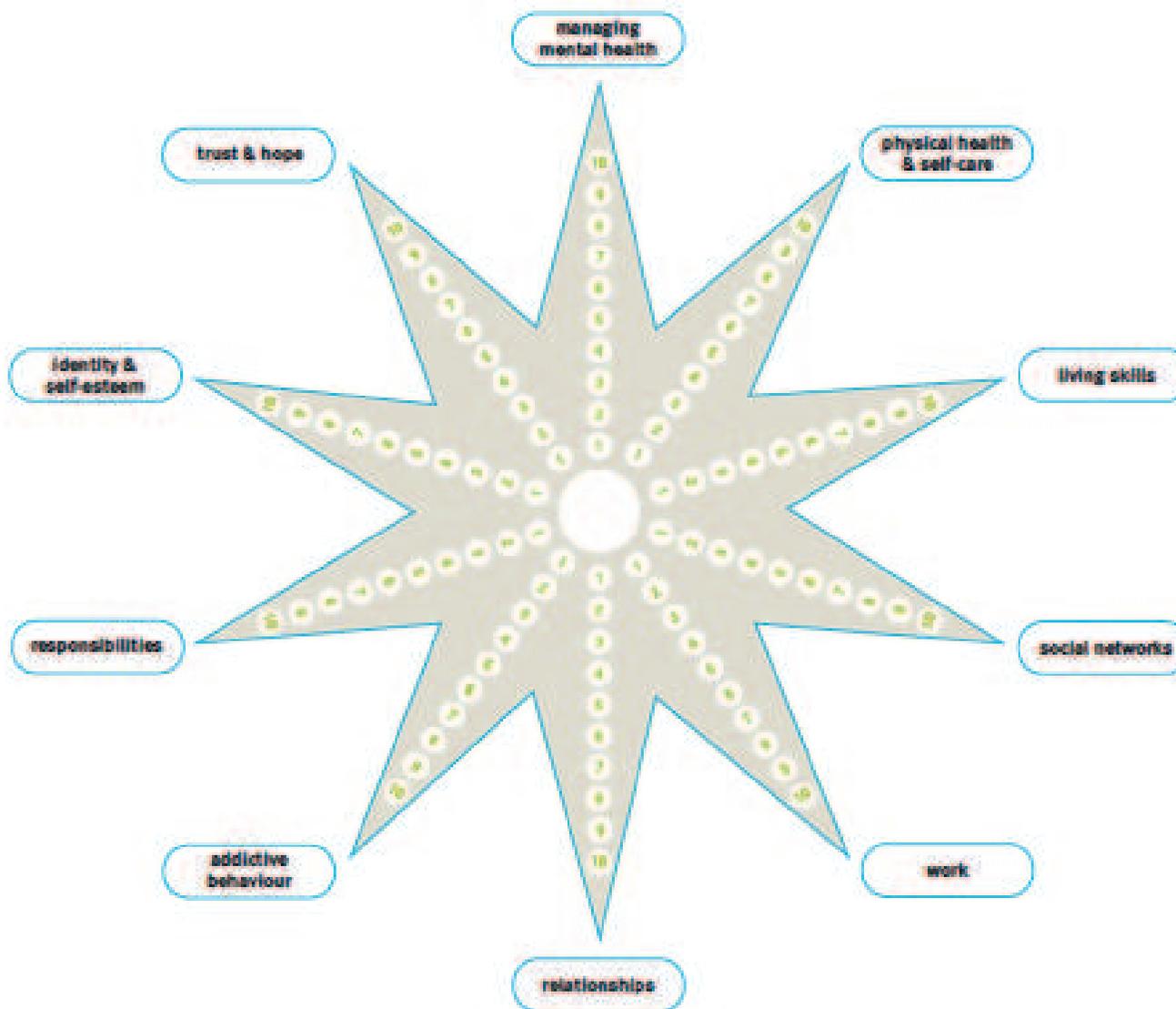
- Raccogliere pochi dati di buona qualità sul processo e sull'esito sistematicamente e con un disegno utile a capire quali *recovery-oriented services* servono e a chi.
- Costituiamo il NIRR?

Network Italiano di Ricerca sulla Recovery?

GRAZIE

- Soggettività e consapevolezza

# Recovery Star



# Recovery Star

- Cambiamento
- percorso
- speranza
- attivazione personale
- apprendimento
- condivisione
- documentazione

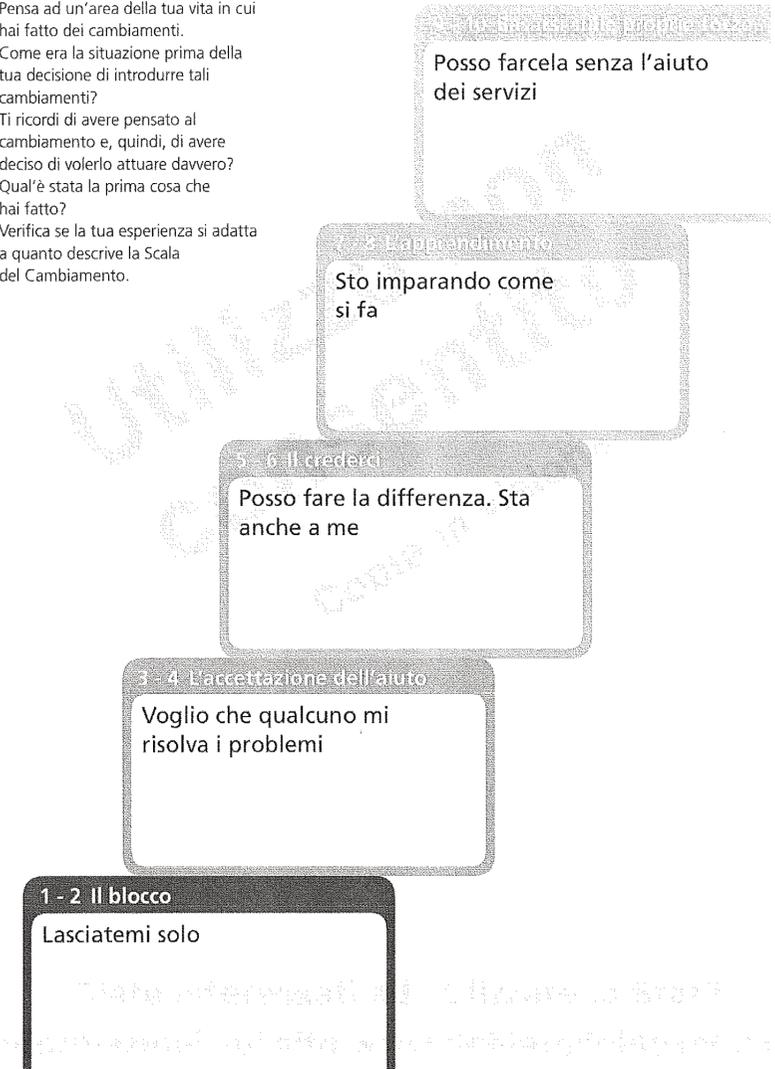
## La Scala del Cambiamento

Pensa ad un'area della tua vita in cui hai fatto dei cambiamenti.

Come era la situazione prima della tua decisione di introdurre tali cambiamenti?

Ti ricordi di avere pensato al cambiamento e, quindi, di avere deciso di volerlo attuare davvero? Qual'è stata la prima cosa che hai fatto?

Verifica se la tua esperienza si adatta a quanto descrive la Scala del Cambiamento.



Stato interregionali del "Città della Star"  
Per informazioni visitate il sito [www.cittadella.com](http://www.cittadella.com)

# Hope – Agency – Opportunity HAO

Your practitioner might want to keep this page for their records and developing your care plan.

Notes for the practitioner:

## Next steps, your goals.....

Try to set goals that are specific and based on things that are important to you.

Short term:

1,

2,

3,

Long term:

1,

2,

3,

Next time this will be reviewed:

## Other resources available...

# Hope, agency and opportunity

This questionnaire is a Patient Reported Outcome Measure (PROM). It has been co produced by service users and health care professionals at the Southern Health Recovery College.

The information you share will help us to develop our services to become more recovery focused.

When you've finished answering the questions, your health care professional will talk to you about your answers. This will support us to understand what's important to you and develop your care plan.

This document is yours to keep as a record of your recovery. You can also leave comments inside.

Practitioner name:

Contact number:

# HAO

Over the last week, please rate how much you have experienced a sense of.....

(Please tick)

## 1 Hope:

- Seeing a future for yourself
- Believing that difficulties in your life will get better
- Having things that you want to do

Do you believe that you can live well, and pursue your aspirations and goals?

## 2 Agency (sense of control):

- Having choice and information about the support you receive
- Feeling that you are able to take control of difficulties in your life
- Knowing how to keep yourself well

Do you have a sense of control over your life?

## 3 Opportunity:

- Developing and supporting the things you are good at
- Supporting the roles that you already have e.g. family member, student, job role
- Having the chance to get involved in your local community

Can you build a full and meaningful life of your choice, with opportunities to be part of wider society?

## 4 Working relationships:

- Being listened to by health and social care professionals and people that support you
- Working together to build a care plan that fits you
- Feeling that people supporting you believe in your recovery

Do your relationships with staff foster hope, agency and opportunity for recovery?

Name:

none of the time 0    rarely 1    some of the time 2    often 3    all of the time 4

Date:

Rating scale for each question (0-4).

Comments

Comments

Comments

Rating scale for each question (0-4).

Comments

Rating scale for each question (0-4).

Comments

### Further Details

Name:

Today's date:

Date of birth:

Care cluster:

Team / Ward:

RIO number:

Practitioner name:

Questionnaire completed at:    Tick    Practitioner comments

Admission

Initial appointment

Care plan review

CPA

Discharge

Extended leave

Other (please state)

Support needed to complete these questions?

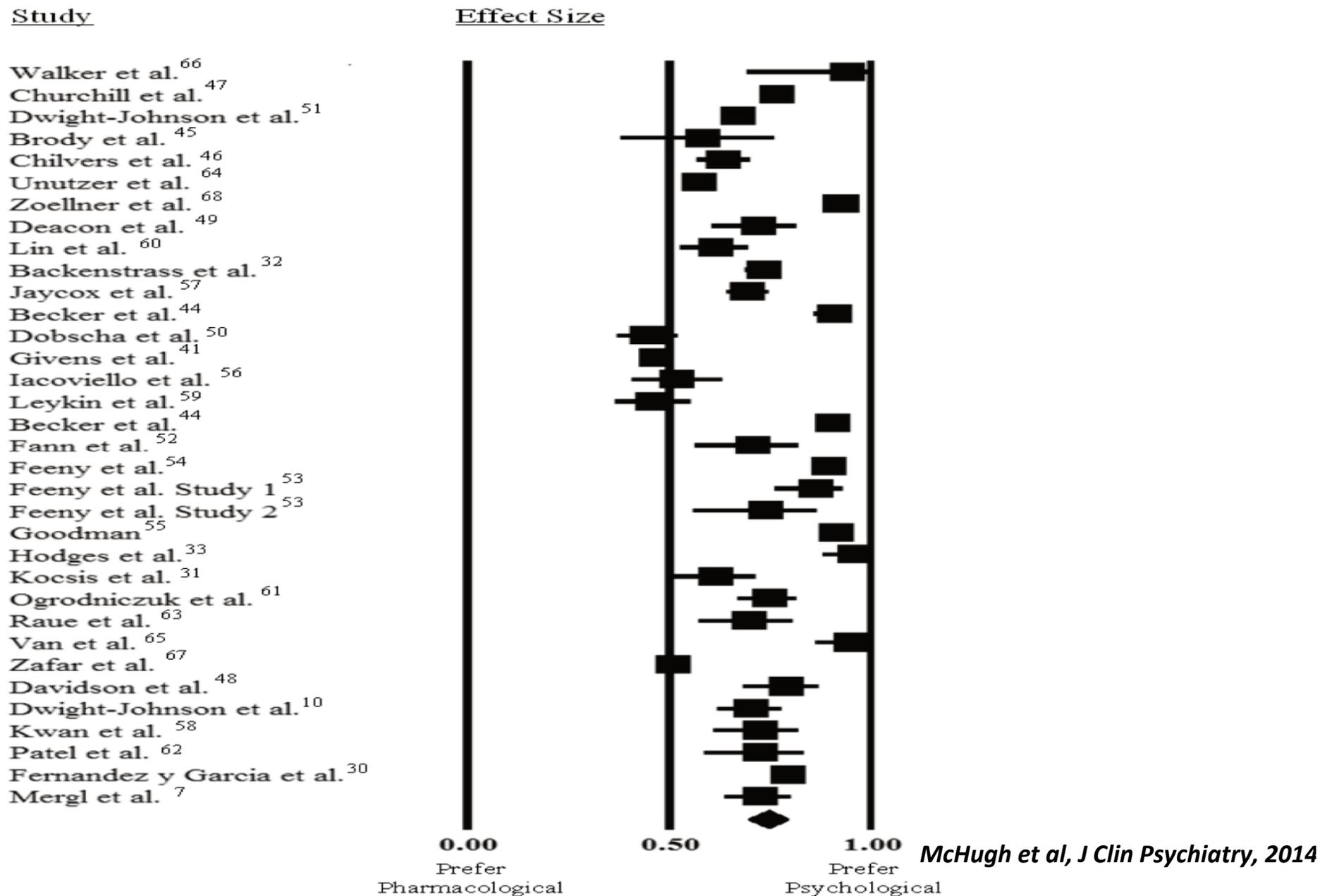
Yes

No

Some of it

Hope	None of the time	Rarely	Some of the time	Often	All of the time	Declined to answer
Agency	None of the time	Rarely	Some of the time	Often	All of the time	Declined to answer
Opportunity	None of the time	Rarely	Some of the time	Often	All of the time	Declined to answer
Relationships	None of the time	Rarely	Some of the time	Often	All of the time	Declined to answer

# Preferenza per la terapia farmacologica e la terapia psicologica nel trattamento della depressione (34 studi, n=68,612)



# Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial

Anthony P Morrison, Douglas Turkington, Melissa Pyle, Helen Spencer, Alison Brabban, Graham Dunn, Tom Christodoulides, Rob Dudley, Nicola Chapman, Pauline Callcott, Tim Grace, Victoria Lumley, Laura Drage, Sarah Tully, Kerry Irving, Anna Cummings, Rory Byrne, Linda M Davies, Paul Hutton

**Lancet 2014; 383: 1395-403**

