# Dal pregiudizio dell'incurabilità al diritto alla ripresa: Approcci innovativi alla recovery

Fabio Lucchi
2° CPS UOP23-ASST Brescia

GROWING RECOVERY
101 WAYS TO FACILITATE RECOVERY
HOPE
POSITIVE SENSE OF SELF
MEANING AND PURPOSE
ACTIVE CONSUMERISM
WELLNESS
SELF CARE
A PLACE IN THE COMMUNITY
SOCIAL RELATIONSHIPS
MEANINGFUL ACTIVITY
SPIRITUALITY
RESILIENCE
HUMAN RIGHTS
POSITIVE EXPECTATIONS
EMPOWERMENT
SELF AGENCY
OPPORTUNITIES & CHOICES
P. Ridgway & D. McDiarmid (2002). Growing Recovery: 101 Ways to Facilitate Recovery. Text version available. (785-864-4720).
Office of Mental Health Research & Training
School of Social Welfare
University of Kansas

# Il territorio di riferimento della Unità Operativa di Psichiatria 23-ASST Brescia

# Dove è iniziato il nostro percorso?

Dall'idea che i trattamenti «classici» che offriamo ai nostri utenti si debbano inserire in un orizzonte più ampio che è quello della **qualità della vita**, della **famiglia** e del **territorio**, con un atteggiamento **ottimista,** prima di tutto dell'operatore.

Approfondimento del concetto di **Recovery** e lettura di storie di Recovery

Realising the Value

Empowering people, engaging communities

# At the heart of health

## Realising the value of people and communities

Report

*March 2016*

Nesta

**Level 5**

You have manuals, systems and procedures to ensure consistent replication and positive impact

**Level 4**

You have one + independent replication evaluations that confirms these conclusions

**Level 3**

You can demonstrate causality using a control or comparison group

**Level 2**

You capture data that shows positive change, but you cannot confirm you caused this

**Level 1**

You can describe what you do and why it matters, logically, coherently and convincingly

# I Servizi sanitari ed i loro utenti: diversi livelli di collaborazione

| | Strategic Policy Making | Service Development | Treatment Processes |
|---|---|---|---|
| Informing | | | |
| Consulting | | | |
| Partnership | | | |

Involving patients and carers.
NHS Modernising agency, 2003

# I Servizi sanitari ed i loro utenti: Diversi livelli di collaborazione

Partnership - coproduzione

Consultazione

Informazione

**BY US, FOR US:**
THE POWER OF CO-DESIGN AND CO-DELIVERY

People Powered Health

# Co-designing individual care and wellbeing pathways

Care planning, pathway planning and wellbeing planning enable patients to identify their own goals and aspirations, and to navigate the services that will help to achieve them.

Innovation Unit

Nesta

BJPsych The British Journal of Psychiatry (2015)
207, 104–114. doi: 10.1192/bjp.bp.114.152447

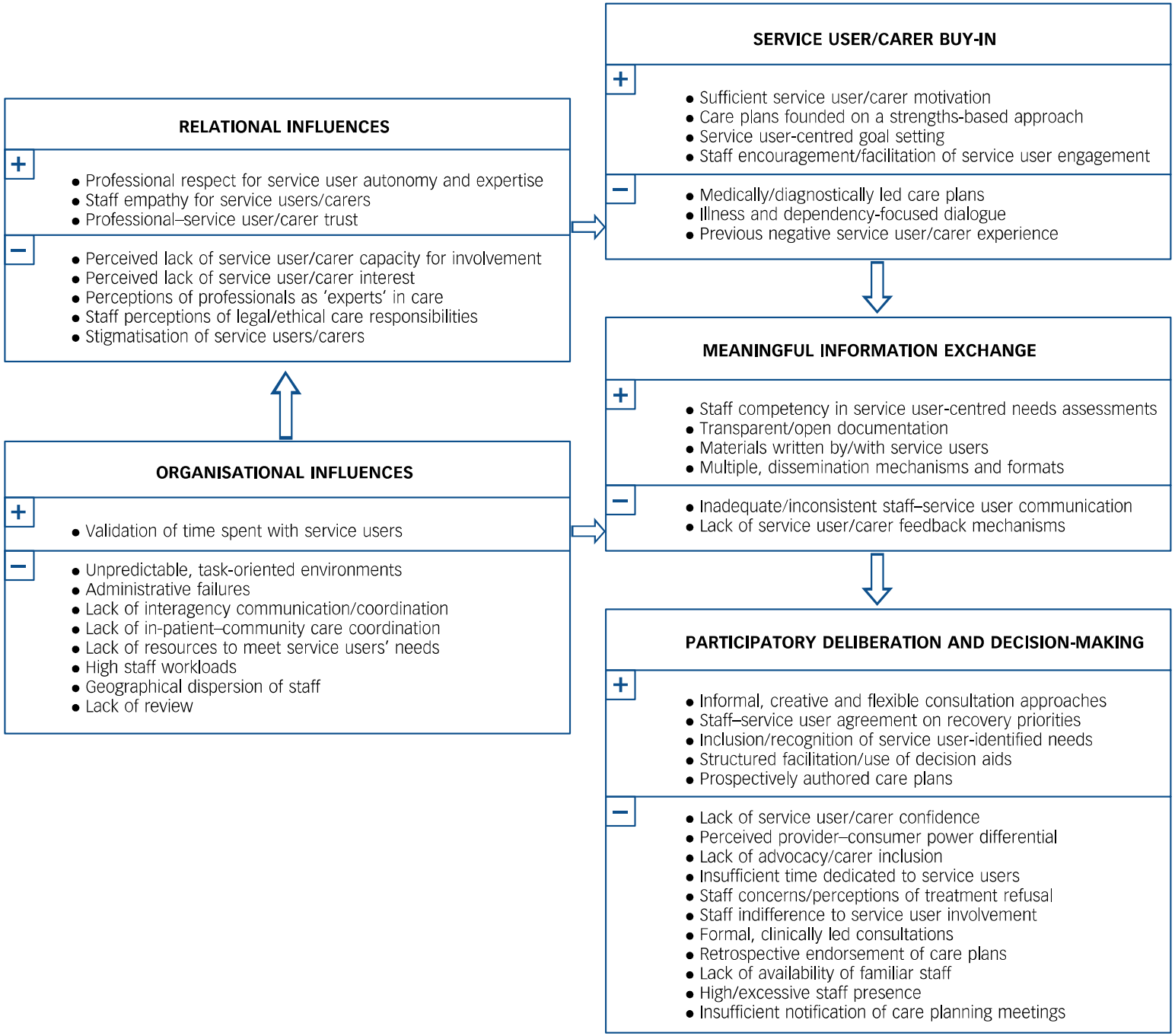



**Fig. 3** Overview of care planning barriers (−) and facilitators (+).

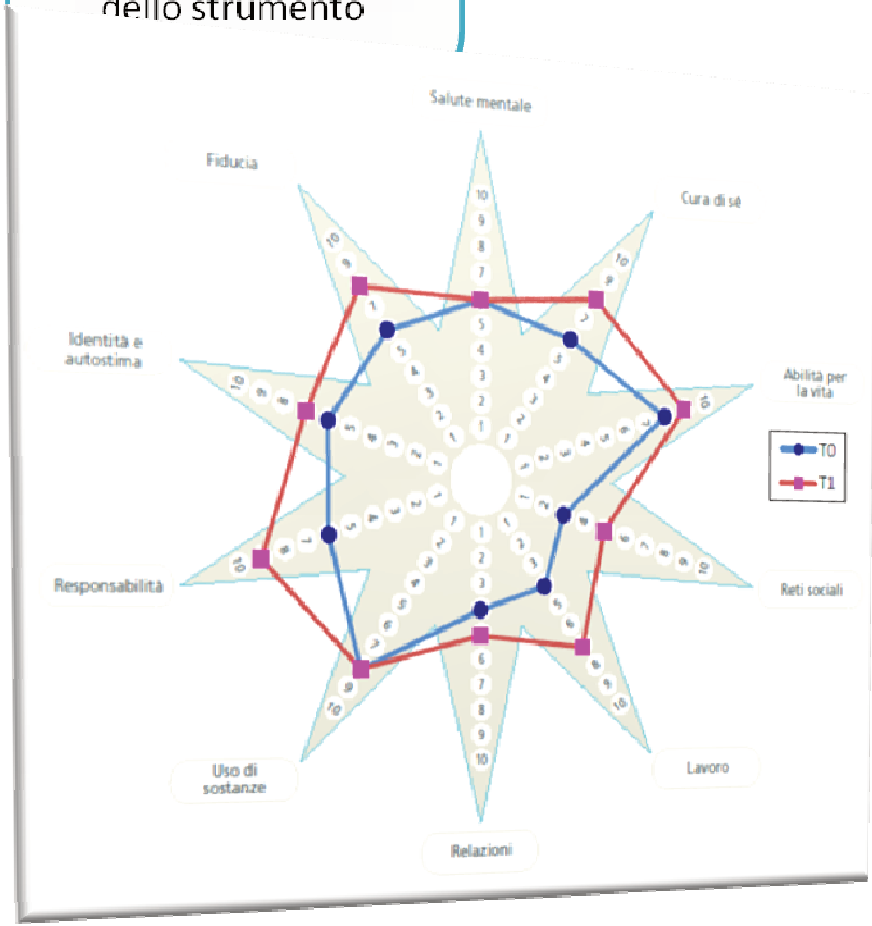
## 2011

- Traduzione **Recovery Star**
- Incontro con Sara Burns
- Inizio sperimentazione dello strumento

2012

2013

2014




La Recovery Star è stato uno strumento che ha portato i temi della recovery nella pratica quotidiana dei nostri servizi, inducendo un cambiamento principalmente nel rapporto fra utenti e operatori:

•considerare l'incontro fra operatore e utente come **incontro fra due esperti** (chi per esperienza personale chi per professione)

**•L'impegno attivo e responsabile dell'utente** nella definizione del proprio piano di cura/recovery

•L'obbiettivo di **coprodurre** il percorso

*L'aspetto grafico ha favorito molto l'approccio a questo nuovo strumento*

BJPsych The British Journal of Psychiatry (2012) 201, 65–70. doi: 10.1192/bjp.bp.111.107946

# Psychometric properties of the Mental Health Recovery Star

Helen Killaspy, Sarah White, Tatiana L. Taylor and Michael King


## Background

The Mental Health Recovery Star (MHRS) is a popular outcome measure rated collaboratively by staff and service users, but its psychometric properties are unknown.

## Aims

To assess the MHRS's acceptability, reliability and convergent validity.

## Method

A total of 172 services users and 120 staff from in-patient and community services participated. Interrater reliability of staff-only ratings and test–retest reliability of staff-only and collaborative ratings were assessed using intraclass correlation coefficients (ICCs). Convergent validity between MHRS ratings and standardised measures of social functioning and recovery was assessed using Pearson correlation. The influence of collaboration on ratings was assessed using descriptive statistics and ICCs.

## Results

The MHRS was relatively quick and easy to use and had good test–retest reliability, but interrater reliability was inadequate. Collaborative ratings were slightly higher than staff-only ratings. Convergent validity suggests it assesses social function more than recovery.

## Conclusions

The MHRS cannot be recommended as a routine clinical outcome tool but may facilitate collaborative care planning.



## Declaration of interest

None.

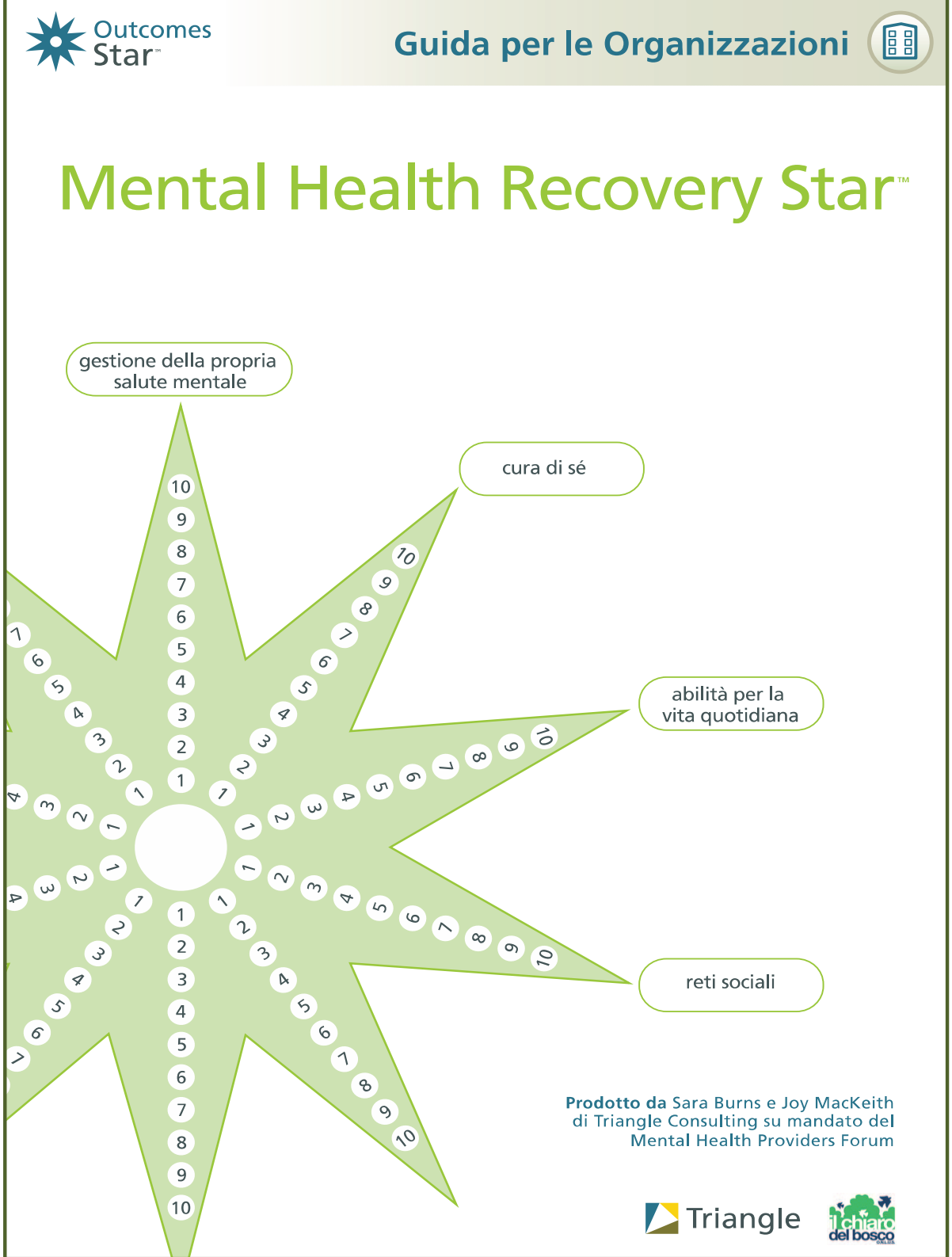

tool has also started to attract international interest, particularly in Australia.[6] It aims to assess a person's recovery from mental ill health, using the contemporary meaning of recovery as a personal and dynamic process of adjustment and growth following the development of a mental health problem.[7] The tool is described as valuing service users' perspectives, enabling empowerment and choice, assessing service users' progress and supporting recovery and social inclusion. Based on the Outcomes

the reliability and validity of the MHRS among people with severe and enduring mental health problems in order to inform its appropriateness for use as a clinical outcome tool and/or a clinical engagement tool in mental health services. The study protocol was approved by the Institute of Child Health/Great Ormond Street Hospital Research Ethics Committee (Ref 10/H0713/9).

## Method

Si tratta di un metodo per la valutazione iniziale, la negoziazione e la valutazione di percorsi individualizzati per utenti dei servizi di salute mentale attraverso un loro coinvolgimento diretto.

Si basa su modello psicologico di cambiamento articolato su 5 stadi in accordo al modello della recovery.



# Recovery Star

## Il colloquio con l'utente per la compilazione della stella

**Incontro fra due «esperti»**

**Esperto per esperienza**
chi la malattia la conosce perché l'ha provata direttamente

*expert by living*

**Esperto per professione**
chi la malattia l'ha studiata e l'ha conosciuta nel lavoro

*expert by learning*

Outcomes Star™ Developed by Triangle

A tried and tested tool for supporting and measuring change

Home | About the Star | About us | Download Stars | Copyright | Using the Star | Training | Web app | International

Search this website

Got a question? Contact us

International

- Australia
- New Zealand
- United States
- Canada
- Italy
- Denmark
- Other European

Tweet 0

# Italy

In Italy we have been working for two years with Dr Fabio Lucchi and others in the Unit of Psychiatry 23 at Spedali Civili-Brescia, supported by Il Chiaro del Bosco, a charitable association that supports new developments within the mental health sector. They identified the Recovery Star as a tool to complement and support their work to promote a recovery approach within the mental health sector in Italy. They translated the tool under license from Triangle.

On an initial visit in May 2011, Triangle Director Sara Burns presented the Recovery Star to over 80 people from a range of services in the Brescia area. In June 2012 she returned to speak at a conference at Lake Garda, where professionals and service users presented the findings of their year-long pilot of the Recovery Star. Presentations included ways in which the Star supported more collaborative, recovery-orientated discussions between professionals and service users, and the results of their inter-rater study and other statistical testing of the Star as an outcomes tool, alongside broader discussion of a recovery approach. The results have been positive and professionals at the Unit of Psychiatry are currently writing these up to present for publication in relevant journals.

In 2013, the Unit of Psychiatry 23 and Il Chiaro del Bosco launched an innovative project inspired by the concept of the Recovery College, where service users are effectively students of their own recovery. Sara Burns returned for a third visit, this time training a range of professionals and service users as trainers in the Recovery Star and licensing our collaborators to deliver training both within and beyond their organisation. By then, over 80% of service users had done the Recovery Star at least once and most workers were very familiar with using the tool.

**Training is vital**

A range of Outcomes Star training & implementation support packages are available to suit your organisation

Find out more

**Sign up**

For free Star downloads, news and updates

# La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana

## *Mental Health Recovery Star: features and validation study of the Italian version*

ANNA PLACENTINO[1]*, FABIO LUCCHI[1], GIANPAOLO SCARSATO[1], GIUSEPPE FAZZARI[1], GRUPPO REX.IT**

*E-mail: anna.placentino@asst-spedalicivili.it

[1]Unità Operativa di Psichiatria n. 23 DSM, ASST Spedali Civili Brescia

**Gruppo REX.IT: Paola De Carli, Miriam Lussignoli, Giuseppe Seggioli, Delia Rita Tosi, Giovanna Villa (UOP23-ASST Spedali Civili Brescia); Ivana Orsola Ferrazzoli, Laura Gavelli, Sara Marelli, Simonetta Migliorati, Francesco Saviotti (DSM ASST del Garda); Marco Pegoraro (DSM ASST Crema); Vincenzo Spandre, Vincenzo Zindato (DSM ASST Vallecamonica); Ilaria Liscidini, Ruggero Radici (Associazione Liberamente); Rossella Micheli (Associazione Il chiaro del bosco)

**RIASSUNTO. Scopo.** La Mental Health Recovery Star (MHRS) è uno strumento che, mediante un approccio collaborativo, consente di valutare il percorso di recovery di pazienti affetti da un disturbo mentale. Lo scopo dell'articolo è quello di descrivere le caratteristiche dello strumento e riportare i risultati dello studio di validazione italiano. **Metodi.** Lo studio ha coinvolto 117 utenti, valutati in due fasi a distanza di un mese circa. Sono state utilizzate, oltre alla MHRS, la Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS), il World Health Organization Quality of Life-Breve (WHOQoL-B) e la Global Assessment of Functioning (GAF). Sono state valutate l'accettabilità dello strumento e le sue principali caratteristiche psicometriche, tra cui la stabilità dei punteggi ottenuti in modo collaborativo tramite il coefficiente intraclasse e la validità concorrente tramite il coefficiente di correlazioni di Pearson. **Risultati.** La MHRS ha dimostrato avere una stabilità temporale in tutte le aree. Correlazioni significative sono state rilevate fra la MHRS e le aree maggiormente affini delle scale utilizzate. L'inter-rater reliability è stata studiata in modo insoddisfacente. Nel complesso la MHRS è stata ritenuta uno strumento gradito e di facile compilazione. Le valutazioni collaborative sono state condotte in meno di 45 minuti. **Conclusioni.** La MHRS si dimostra uno strumento accettabile da utenti e operatori, distinguendosi per l'utilizzo di pratici e utili ausili visivi; concorre a rilevare il percorso di recovery del paziente e favorisce un approccio collaborativo tra utente e operatore. I risultati delle proprietà psicometriche dello strumento sono apparsi promettenti, ma non esaustivi. Sebbene ulteriori sforzi possano essere dedicati all'implementazione di tali aspetti e riflessioni debbano essere sollevate rispetto alle metodiche tradizionali per rilevare il complesso costrutto – soggettivo e oggettivo – della recovery, non si può eludere il prezioso contributo collaborativo della MHRS nel favorire la responsabilizzazione dell'utente e nel sostegno dell'operatore nel ruolo di case-manager.

**PAROLE CHIAVE:** strumenti di valutazione, recovery, disturbi mentali, servizi di salute mentale.

# La scala del cambiamento

BJPsych The British Journal of Psychiatry (2011) 199, 445–452. doi: 10.1192/bjp.bp.110.080733

Review article

# Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis

Mary Leamy,* Victoria Bird,* Clair le Boutillier, Julie Williams and Mike Slade

**Table 3** Recovery stages mapped onto the transtheoretical model of change

| Table DS1 study number | Precontemplation | Contemplation | Preparation | Action | Maintenance and growth |
|---|---|---|---|---|---|
| 32 | | Novitiate recovery – struggling with disability | | Semi-recovery – living with disability | Full recovery – living beyond disability |
| 73 | Stuck | Accepting help | Believing | Learning | Self-reliant |
| 3 | Descent into hell | Igniting a spark of hope | Developing insight/ activating instinct to fight back | Discovering keys to well-being | Maintaining equilibrium between internal and external forces |
| 44 | Demoralisation | | Developing and establishing independence | | Efforts towards community integration |
| 36 | Occupational dependence | | Supported occupational performance | Active engagement in meaningful occupations | Successful occupational performance |
| 14 | Dependent/unaware | Dependent/aware | | Independent/aware | Interdependent/aware |
| 29 | Moratorium | Awareness | Preparation | Rebuilding | Growth |
| 78 | | Glimpses of recovery | Turning points | Road to recovery | |
| 61 | | Reawakening of hope after despair | No longer viewing self as primarily person with psychiatric disorder | Moving from withdrawal to engagement | Active coping rather than passive adjustment |
| 40 | Overwhelmed by the disability | | Struggling with the disability | Living with the disability | Living beyond the disability |
| 35 | Initiating recovery | | | Regaining what was lost/moving forward | Improving quality of life |
| 59 | Crisis (recuperation) | | Decision (rebuilding independence) | Awakening (building healthy interdependence) | |
| 43 | | Turning point | Determination | | Self-esteem |

## Unleash Intrinsic Motivation

Tapping into sources of intrinsic motivation galvanizes people's individual and collective commitment to act.

### Adapt in Action

Acting can be a motivational experience for people to learn and iterate to be effective.

### Co-Design People-Driven Change

Those most affected by change have the greatest interest in designing it in ways that are meaningful and workable to them.

### Distribute Power

People can contribute their unique assets to bring about change when power is shared.

### Co-Produce in Authentic Relationship

Change is co-produced when people inquire, listen, see, and commit to one another.

## 2011

- Traduzione **Recovery Star**
- Incontro con Sara Burns
- Inizio sperimentazione dello strumento

## 2012

- Chiusura della sperimentazione della Recovery Star
- Incontro con Geoff Shepher e Julie Repper e conoscenza dell'esperienza del **Recovery College**

## 2013

## 2014

Lo studio e la riflessione sui temi della Recovery ci ha portato a conoscere l'esperienza del **Recovery College di Nottingham** che in qualche modo intercettava la nostra esigenza di trovare un modello alternativo di pensare le proposte di cura e riabilitazione.
La **coproduzione** degli interventi era percepita coma una delle tappe che avremmo voluto raggiungere sul nostro percorso di rinnovamento.
Un'idea ci sembrava particolarmente azzeccata: diventare «**studenti del proprio benessere**»

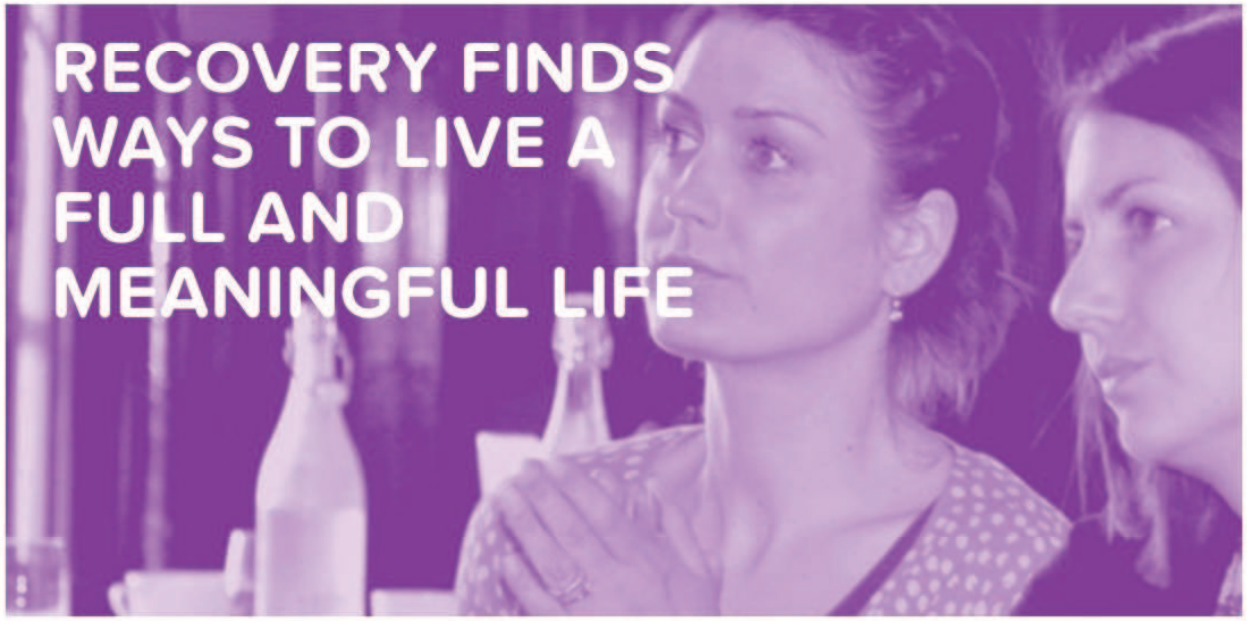
Coke

ImROC
Implementing Recovery through Organisational Change

Contact us
Membership login

Home | About us | What is recovery? | Supporting you | Resources

Home | About Us




MEET THE TEAM

IMROC ANNUAL CONFERENCE 2016

IMROC PEER WORKER CRITICAL ISSUES DEBATE

## WHAT IS IMROC?

The Implementing Recovery through Organisational Change (ImROC) programme is a new approach to helping people with mental health problems.

In mental health, 'recovery' means the process through which people find ways to live meaningful lives, with or without the on-going

ImROC

Supported by

Centre for Mental Health

NHS Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust

# 13. Co-Production – Sharing Our Experiences, Reflecting On Our Learning

Anna Lewis, Toni King, Lesley Herbert and Julie Repper

## INTRODUCTION

There can be little doubt that the term 'co-production' has a growing profile in public services, and particularly within the mental health sector. Look at any conference programme, recent policy document, training event or even your Twitter feed, and it is likely that you will find mention of it. It features in the Five Year Forward View for Mental Health (2016), Prudent Health Care for Wales (Bradley & Willson 2014), the Scottish Co-Production Network and Learn to Lead in schools (Frost & Stenton 2010). The NHS is talking about it. Local Government is talking about it. Education is talking about it. Many have been working diligently and authentically to do it over many years. Others are just embarking on their journey and may feel overwhelmed by the challenges lying ahead.

So what is 'it' and why does it matter? Co-production offers a unique approach through which to interpret and address the challenges faced in our communities. It opens up opportunities we haven't yet spotted. It represents something fundamentally different in the way that relationships between services and communities are understood and developed. And yet this has not happened suddenly or dramatically. Slowly, people, communities, partnerships, groups are responding to shared challenges by evolving new ways of problem solving together.

# "La più semplice definizione di co-produzione è: le persone che usano i servizi contribuiscono a produrli"

*Needham C., Co-Production: an Emerging Evidence Base for Adult Social Care Transformation, SCIE, 2012.*

# The Journey to the Interface

## How public service design can connect users to reform

From cleaning the streets to checkouts, from looking after our elderly parents to selling us holidays, more than 20 million people in the UK work in service. The 'service economy' now accounts for 72 per cent of our gross domestic

public, private and voluntary sectors, *Journey to the Interface* makes the case for a fresh approach to public service reform – an approach that is less about competition and contestability and more about closing the gap between what people want

...e ridurre la distanza fra ciò che le persone vogliono e cosa le organizzazioni fanno.

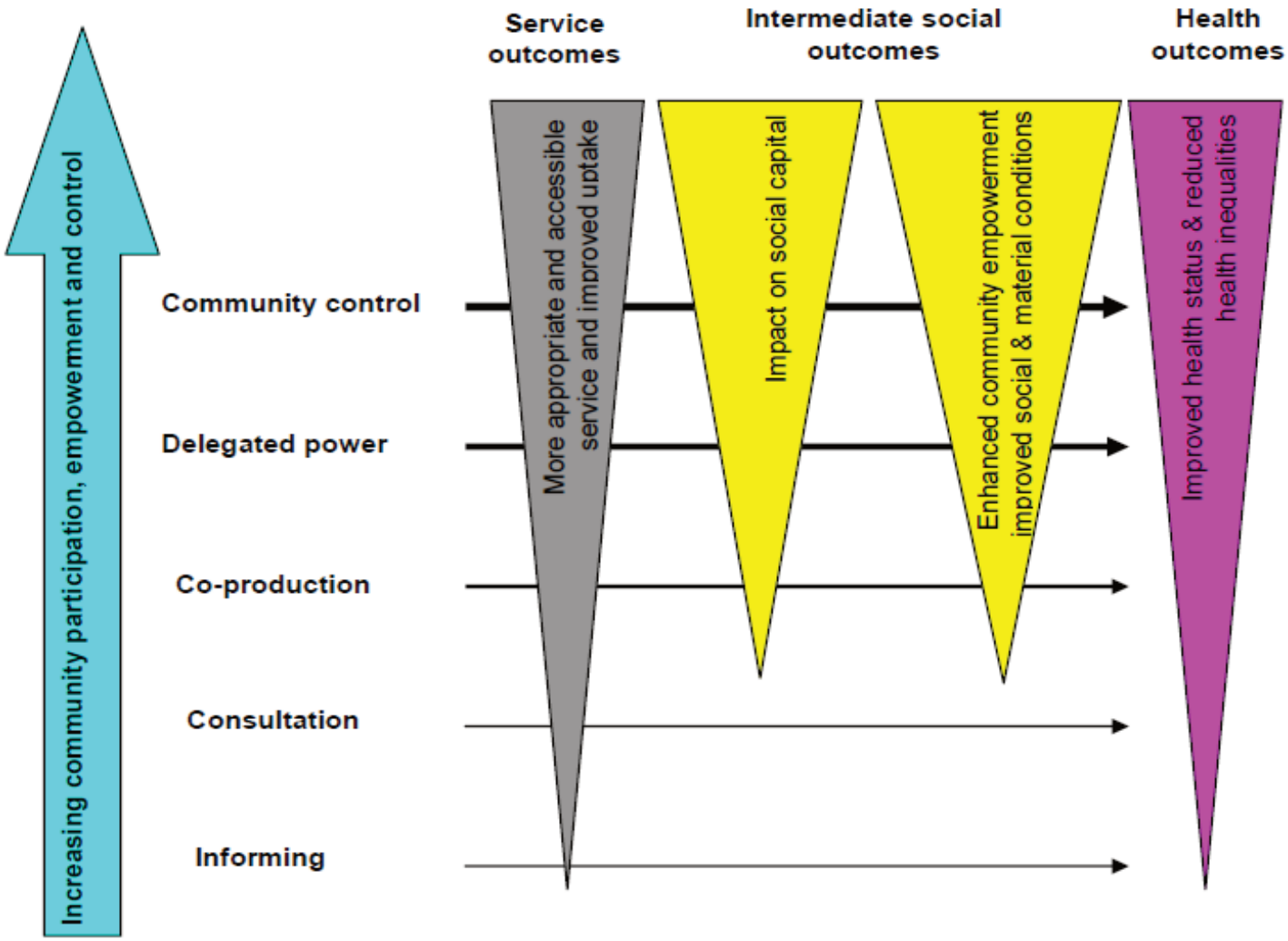
this pamphlet argues that the common challenge that all service organisations face is how to create more intimate and responsive relationships with their users and customers. Drawing on over 50 interviews with service innovators from the

Sophia Parker is deputy director of Demos.
Joe Heapy is a director of Engine.

La coproduzione come metodo per avvicinare i servizi alla comunità...

NHS
National Institute for Health and Clinical Excellence

**Pathways from community participation, empowerment and control to health improvement**




(Source: Popay 2010)

NHS

National Institute for
Health and Clinical Excellence

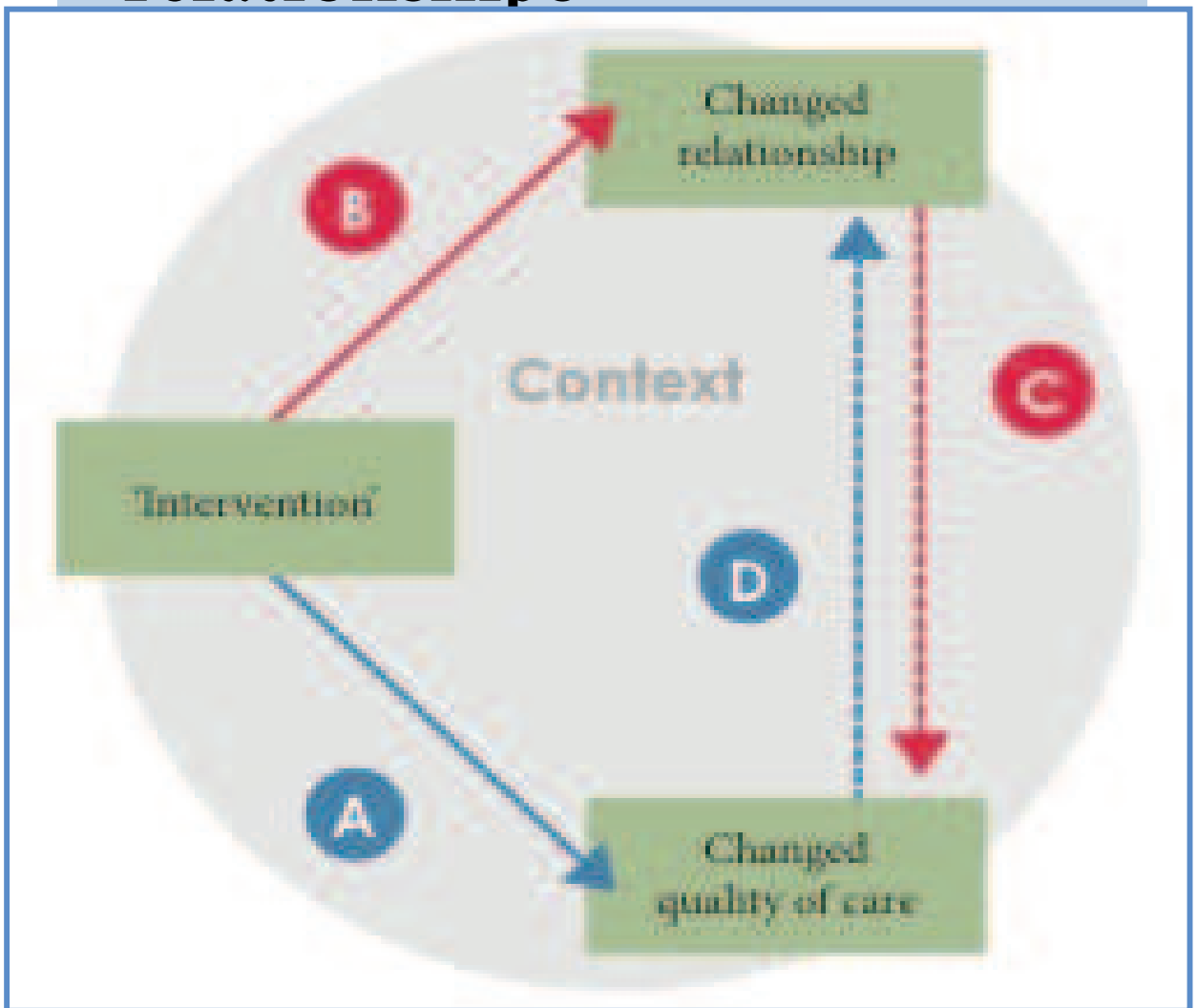
La co-produzione
migliora gli esiti di salute

Issue Date: February 2008

# Community engagement to improve health

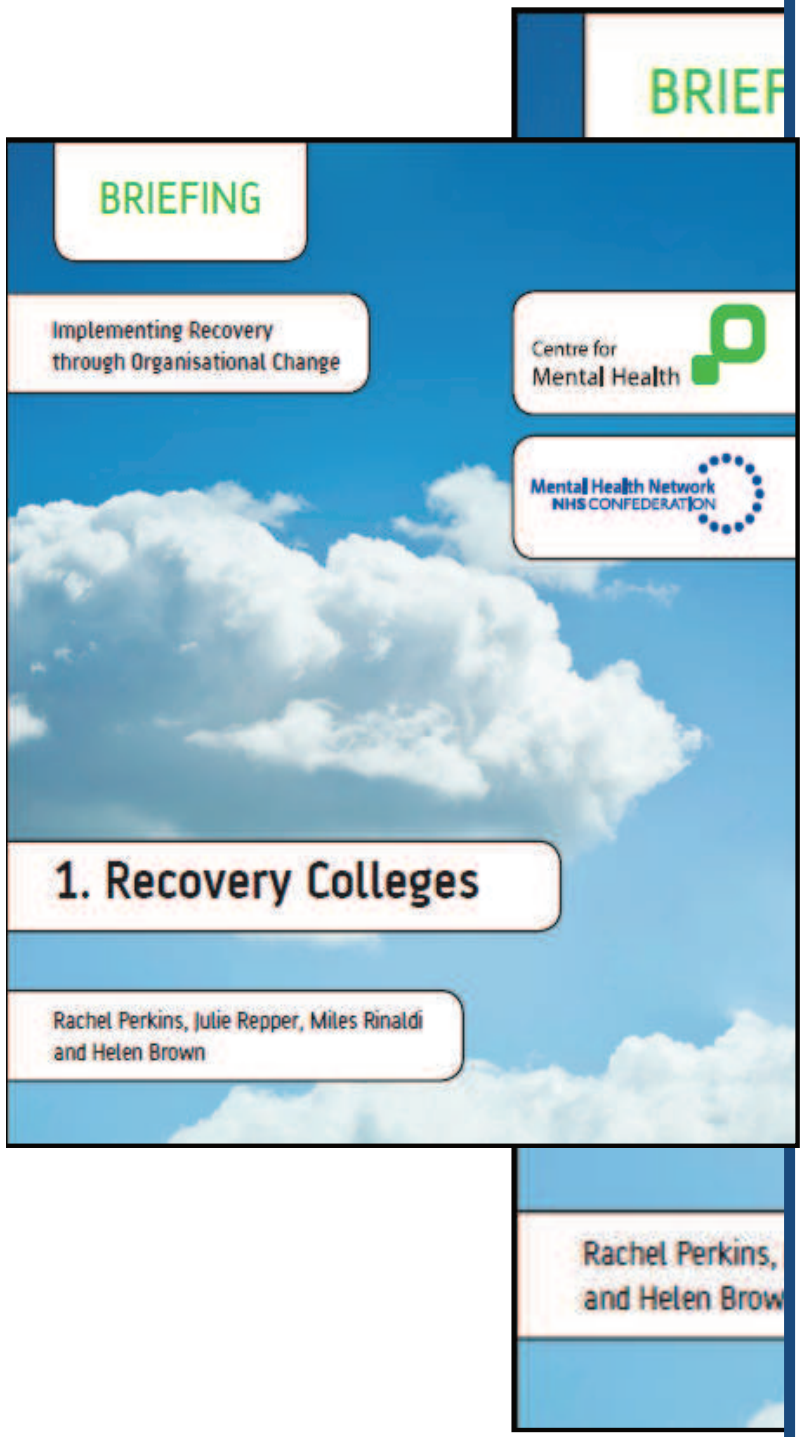
The Health Foundation
Inspiring Improvement

# The puzzle of changing relationships



Nesta...

1 Suggerimenti
2 Proposte
3 Prototipi
4 Conferme
5 Diffusione
6 Cambiamento del sistema






## Feature

# Learned recovery

Recovery Colleges, as they are known, began in Arizona: pioneered by a psychiatric ward patient who was disgruntled with services, alongside staff who wanted to help. Now, Recovery Colleges have started to spread across the USA and into the UK, Italy, Australia, the Netherlands, and Japan.

Casting my mind back to my own university days, they weren't the best days of my life. At 22, I'd just been diagnosed with paranoid psychosis. I'd expected to make friends but instead had crippling anxieties. Too scared to leave the dorms or turn up for lessons, I had the ailing grades and exam results to attest my absence.

So it was with trepidation that I arrive at Westminster University on this windy morning to attend the Central and North West London Mental Health NHS Trust (CNWL) Recovery & Wellbeing College. I'm booked on a healthy eating course. Being back on campus, now 34 years old and stable on medication, feels okay.

Dr Maria Clarke, a Consultant Psychiatrist at CNWL explains the college's ethos: "It offers a wide curriculum of courses, seminars and workshops. The Recovery & Wellbeing College focus is to support the journey that people take from a person that currently uses services, to achieving the best quality of life possible for them."

Wanting just that, I enter a small but air-conditioned room with 12 people, all with differing interests in mental health. If I had it my way, I'd be studying creative writing or English literature at Oxford. But psychosis shot through my early years like a shoal of fish, ravishing much of my hope for a good education. You could say I was growing bitter, so I turn my attention back to the room.

It's seated with two trainers to the front. We're asked to introduce ourselves and what we hope to gain from the day. I introduce myself as a person hoping to gain confidence in eating. It's encouraged here that we start the day on an equal footing with interests and aspirations rather than diagnosis in common.

Today, I discover that as a service user, I'm contributing to the course with other attendees as well as the trainers. We're promised certificates at the end of the day, but these are not formal qualifications.

Instead of academics, Dr Clarke says each course at CNWL is designed and presented by both a health-care practitioner and a person who has direct life experience of mental health difficulties. This is called "co-production", and provides the crux of how Recovery College courses are delivered.

Today's training is led by a qualified social worker and a peer trainer, who has lived experience of mental illness. I'm told that this helps not only people attending but also the Peer Trainer's personal journey to recovery. As Angela Kinn, a Senior Peer Recovery Trainer at CNWL, states: "Before I started working as a Peer Trainer I feared that employment could be a risk to my recovery. It has proved to be the complete opposite. Working as a Peer Trainer has meant that I've been able to inspire people to recover by using my personal experience in my work and it's extremely rewarding as you see people turn their lives around."

Course times can vary from as little as one hour to several weeks. My course today is 10 am to 4 pm, but it doesn't really feel like studying. It's less formal, and presented more like a workshop.

The concept of Recovery Colleges appealed to the ambitious side of my nature, and it's a little bitter sweet that my day at Westminster University comprised small steps to eating well. As I leave through the campus I pass signs for creative degree courses and students carry portfolios in and out of class. There's a part of me that's sorry I ended up at a Recovery College at 34, and not with my BA (Hons) in Fashion Design at 22 (I dropped out in the second year—the bullying and stress got too much, and my weight had dropped to 5 stone, or about 30 kg).

I'm resigned to my situation; however, mental illness shows no discrimination in who it hits, only that it strikes so many of us down in our prime, our University days. I reason with myself that a nutritious diet may increase my lifespan, but will certainly help stop the psychosis coming back and assist recovery. I do feel a new-found confidence in my eating habits and I'm glad I'm enabled to take my time progressing through the day with regular rest breaks, too. This can only be a good thing.

*Erica Camus*

Il College non è un centro diurno, non offre trattamenti o percorsi di cura. Gli studenti si iscrivono scegliendo da un catalogo dei corsi e non c'è nessuno che dice loro a quali si devono iscrivere. La selezione non è basata su una diagnosi o una condizione clinica, non viene fatta una valutazione sui rischi per dire una persona è in grado o no di frequentare. Come in tutti i college, un piano degli studi descrive quali sono gli obiettivi che possono essere perseguiti e che cosa il College si aspetta dai propri studenti in termini di frequenza e modalità di comportamento.

(Centre for Mental Health , 2012)

# Learning for Life

Adult learning, mental health and wellbeing

"Un luogo dove poter essere studenti del proprio benessere"

Julie Repper, Nottingham Recovery College

mental health foundation

# Recovery colleges: un approccio formativo

| Il modello terapeutico tradizionale | L'approccio formativo |
|---|---|
| **Il focus è sui sintomi, problemi e deficit** | Aiuta a riconoscere e usare le proprie risorse. |
| **Supera i confini degli interventi terapeutici e diventa un paradigma dominante** | Aiuta ad esplorare le propre potenzialità e a sviluppare le proprie abilità. |
| **Trasforma tutte le attività in terapie** | Supporta nel raggiungimento dei propri obiettivi e nelle proprie aspirazioni. |
| **I problemi ed il tipo di intervento è scelto dagli operatori: c'è un esperto-l'operatore- ed un non esperto-il paziente.** | Gli operatori aiutano gli utenti a trovare soluzioni nel modo più autonomo possibile. |
| **Mantiene ruoli e rapporti di potere ben definiti rinforzando il concetto che gli operatori hanno tutte le competenze necessarie** | Gli studenti scelgono in autonomia i corsi di proprio interesse, diventano esperti nel prendersi cura di sè. |

# I principi della Recovery nel Recovery College

| Principi della Recovery | Declinazioni nel RC |
|---|---|
| **Un ruolo diverso degli operatori e del loro sapere professionale** | Formatori “esperti per esperienza” lavorano con i formatori professionali senza una esplicita suddivisione di ruoli e competenze |
| **Ridefinizione del coinvolgimento degli utenti verso la coproduzione dei servizi** | Gli “utenti esperti” lavorano alla definizione di tutti gli aspetti del recovery college. |
| **Equipe con una composizione aperta agli utenti esperti** | Apertura ad includere nella equipe utenti esperti come formatori, ricercatori, tutor, etc. |
| **Un rapporto diverso fra I servizi e le comunità di riferimento** | Il College è aperto a tutti, le comunità locali collaborano nella progettazione e nella attuazione dei corsi. |

ImROC

Supported by

Centre for Mental Health

NHS Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust

# 15. Recovery Colleges 10 Years On

**Rachel Perkins, Sara Meddings, Sue Williams and Julie Repper**

**with contributions from Jane Rennison, Joanne Sommer, Sharon Gilfoyle and Toni King**

Rarely has an idea in the mental health arena been taken up so widely or so quickly as that of a 'Recovery College'. The idea of a Recovery College was first mooted, and initial specifications drafted, in 2007/2008. The first UK pilot Recovery College was established in the London Boroughs of Merton and Sutton in 2009 (Rinaldi and Wybourn, 2011) leading to the establishment of the South West London Recovery College serving 5 London Boroughs in 2010. By 2017 over 75 Recovery Colleges have been established in the UK and in other parts of the world including Australia, Canada, Hong Kong, Japan, the Republic of Ireland, Scandinavia and Western Europe. An international Community of Practice has been established and in 2017, the European Union Regional Development Fund invested 7.6 million Euros to build on existing initiatives and create a 'Cross-Border Recovery College Network' serving 8000 people facing mental health challenges in Northern Ireland and the border counties of the Republic of Ireland. Across Europe, Erasmus is funding the development of Empowerment Colleges, based on the Recovery College model, in Germany, Holland, Italy, Poland and Bulgaria.

Recovery Colleges form a core part of the development of more recovery-focused mental health services that enable people to grow within and beyond what has happened to them; discover a new sense of self, meaning and purpose in life; explore their possibilities and rebuild a satisfying and contributing life (Deegan, 1988; Anthony, 1993; Repper and Perkins, 2003, 2012; Perkins et al, 2012).

## 2011

- Traduzione **Recovery Star**
- Incontro con Sara Burns

## 2012

- Chiusura della sperimentazione della Recovery Star

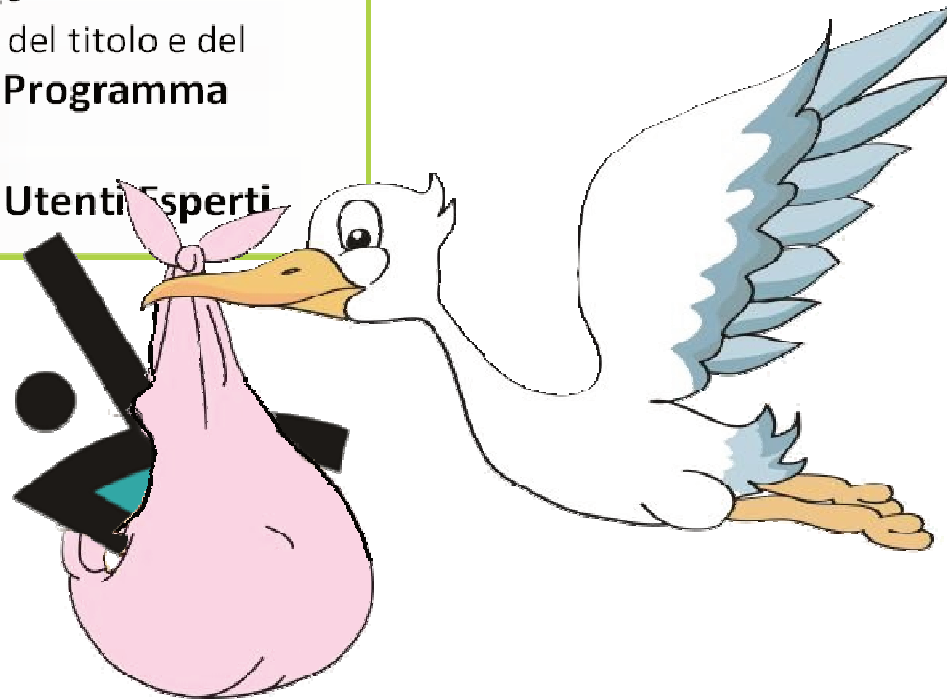
## 2013

- Incontro aperto agli utenti, famigliari e operatori per pensare di **costruire insieme** le proposte
- Attivazione dei **laboratori** per pensare alle attività del nostro «Recovery College»
- Scelta del titolo e del logo «**Programma FOR**»
- Corso **Utenti Esperti**

## 2014

Abbiamo attivato 4 **laboratori** (salute menale, benessere e cura di sé, reti sociali, lavoro) e due gruppi di supporto (formazione e comunicazione) che hanno coinvolto utenti, operatori e famigliari, con l'obbiettivo di immaginare possibili corsi per il 2014.

Questo **progetto** ha ricevuto un riconoscimento da parte di Fondazione Comunità Bresciana e Fondazione Cariplo all'interno del Bando per i Progetti Provinciali Emblematici.



HOME | RECOVERY | PROGETTO | PROGRAMMA 2014 | ARTICOLI | RECOVERY STAR | I NOSTRI LINK

# Formazione e Opportunità per la Recovery

PROGRAMMA FOR

## Organizzare il cambiamento per riprendersi la vita

"Le persone con disturbi mentali
devono accedere a percorsi di cura
individualizzati, di qualità e basati sui principi
della recovery, sia in ospedale che nella comunità.
Recovery significa costruire una vita soddisfacente
per come viene considerata esserlo dagli stessi utenti.
La speranza per la recovery è un elemento
centrale e può essere sostenuta
se una persona ha un controllo
attivo sulla propria vita".

novembre: 2013

| L | M | M | G | V | S | D |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | |

« giu

## Contatti

info@programmafor.it

## Log In

Username

Password

## Ultimi articoli

- Ti stai sbagliando, mi riprendo la vita
- Progetto "Recovery: Organizzare il cambiamento per riprendersi la vita"

## Area Riservata

Giovedì 24 gennaio 2013

dalle 17.00 alle 18.00

presso il Centro Diurno di Via Romiglia

incontro di presentazione dell'iniziativa

e raccolta delle disponibilità

*Per informazioni:*

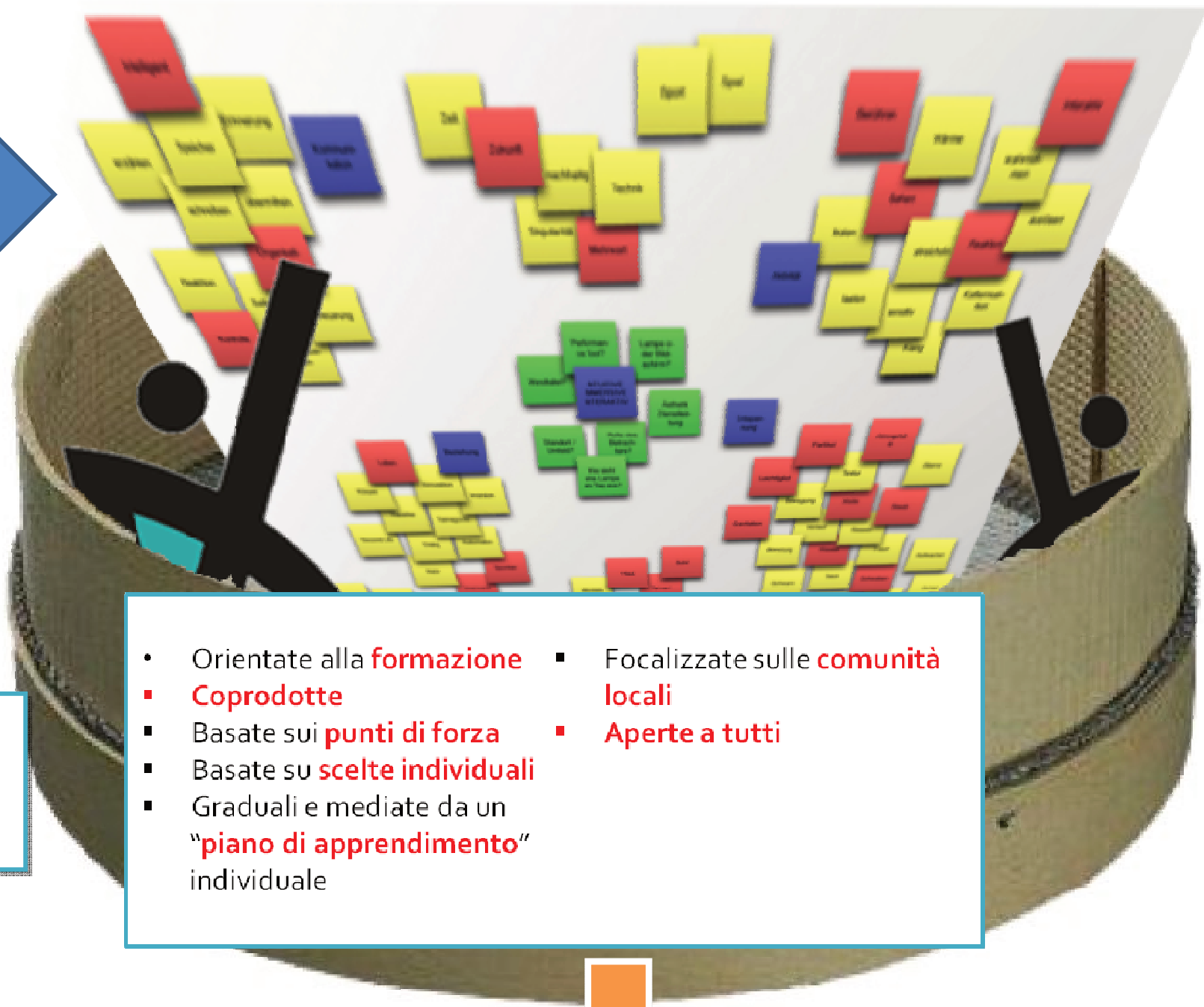
*Operatori di CPS e CDAP*

*e punto accoglienza presso ingresso*

# *Costruiamo insieme le attività dei nostri servizi*

*CPS e Centro Diurno di Via Romiglia*

Più di 40 proposte dai laboratori



**Criteri del Recovery College di Nottingham**

- Orientate alla **formazione**
- **Coprodotte**
- Basate sui **punti di forza**
- Basate su **scelte individuali**
- Graduali e mediate da un "**piano di apprendimento**" individuale
- Focalizzate sulle **comunità locali**
- **Aperte a tutti**

15 corsi

## 2011

- Traduzione Recovery Star
- Incontro con Burns

**Criteri del Recovery College di Nottingham**

- Orientate alla **formazione** (Educational);
- **Coprodotte** (Collaborative);
- Basate sui **punti di forza** (Strenghts based);
- Basate su **scelte individuali** (person-centred);
- Graduali e mediate da un "**piano di apprendimento**" individuale (Progressive);
- Focalizzate sulle **comunità locali** (Community-focused);
- Aperte a **tutti** (Inclusive).

## 2014

- Realizzazione del primo **catalogo** dei corsi
- 3 marzo: inizio dei corsi

«Recovery e» del titolo e del Programma

Utenti Esperti

Dopo il lavoro dei laboratori sono stati scelti i **corsi** che rispondevano a **criteri** coerenti con la **Recovery** ed è stato realizzato il catalogo

Spedali Civili di Brescia
Unità Operativa di
Psichiatria n. 23

Sistema Sanitario Regione Lombardia

# Formazione e Opportunità per la Recovery

PROGRAMMA FOR

## Corsi 2015

## 1 Orientarsi alla salute mentale …
## Sulle tracce della recovery

Il corso si propone di introdurre al concetto di recovery quale percorso personale di cura e partecipazione attiva nei Servizi da parte di utenti, operatori e famigliari. I temi trattati saranno: la recovery, gli strumenti per favorire i percorsi di cura, la partecipazione degli utenti nei servizi, la coproduzione e la qualità dei Servizi.

**Centro Diurno - Via Romiglia, 1 Brescia**

| GIUGNO | LUGLIO |
|---|---|
| lunedì 8 | lunedì 6 |
| lunedì 15 | |
| lunedì 22 | |
| lunedì 29 | |
| **17.00 - 19.00** | **17.00 - 19.00** |



## 2 Orientarsi alla salute mentale …
## Sulle tracce della recovery

Il corso si propone di introdurre al concetto di recovery quale percorso personale di cura e partecipazione attiva nei Servizi da parte di utenti, operatori e famigliari. I temi trattati saranno: la recovery, gli strumenti per favorire i percorsi di cura, la partecipazione degli utenti nei servizi, la coproduzione e la qualità dei Servizi.

**Ospedale di Montichiari - Aula Magna**

| SETTEMBRE | OTTOBRE |
|---|---|
| lunedì 14 | lunedì 5 |
| lunedì 21 | lunedì 12 |
| lunedì 28 | |
| **14.00 - 16.00** | **14.00 - 16.00** |

# Il 29 settembre 2014 è iniziata la seconda edizione con 20 corsi proposti

| | | |
|---|---|---|
| Utenti | 74 | 37,37% |
| Famigliari | 17 | 8,59% |
| Operatori | 58 | 29,29% |
| Cittadini | 39 | 19,70% |
| Consulenti esper. | 0 | 0,00% |
| Studenti | 2 | 1,01% |
| Non indicato | 8 | 4,04% |
| **Totale Iscritti** | **198** | |

## I corsi che proponiamo da settembre 2014 a febbraio 2015 sono:

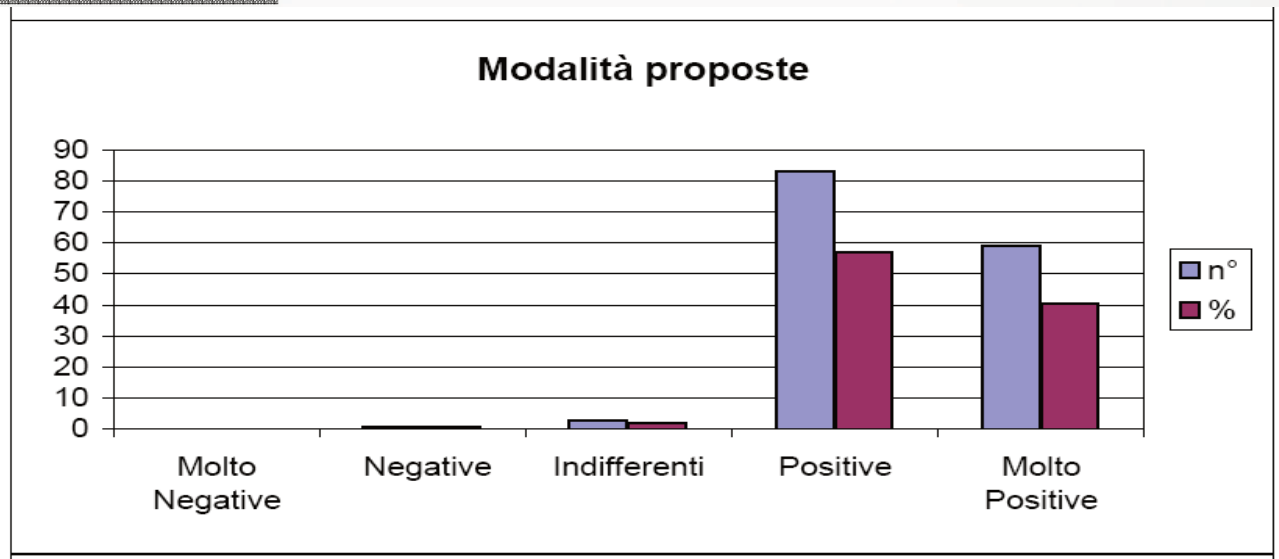
* Conosciamo la Recovery
* La Recovery Star
* Story-boarding: la creatività nelle storie personali
* Parole in viaggio per ri-trovarsi
* Recovery, tra ricerca di senso e di speranza
* Stima e autostima
* La rabbia: cos'è e come gestirla
* C'è ansia e ansia
* La depressione
* Il disturbo bipolare
* I sintomi psicotici
* Comunicazione e ascolto
* T'hai chi chuan
* Sono conosco e scelgo
* Kaos, percorso di sopravvivenza creativa
* Incontri monotematici sui disturbi nell'adolescenza (aperti a tutta la cittadinanza)

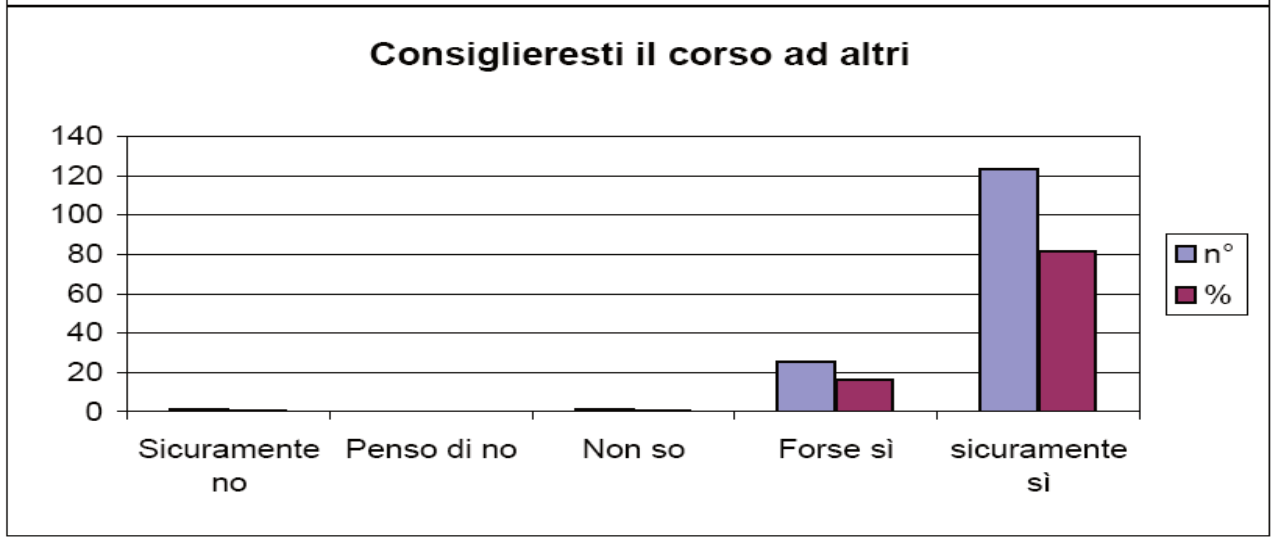
**Il catalogo completo è disponibile sul sito web del Programma FOR**

**www.programmafor.it**

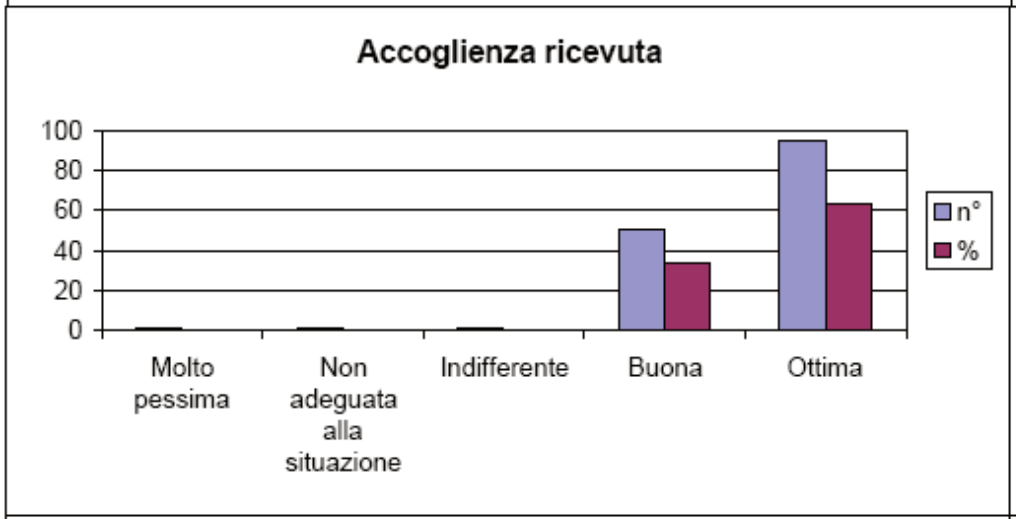
# Gradimento dei partecipanti

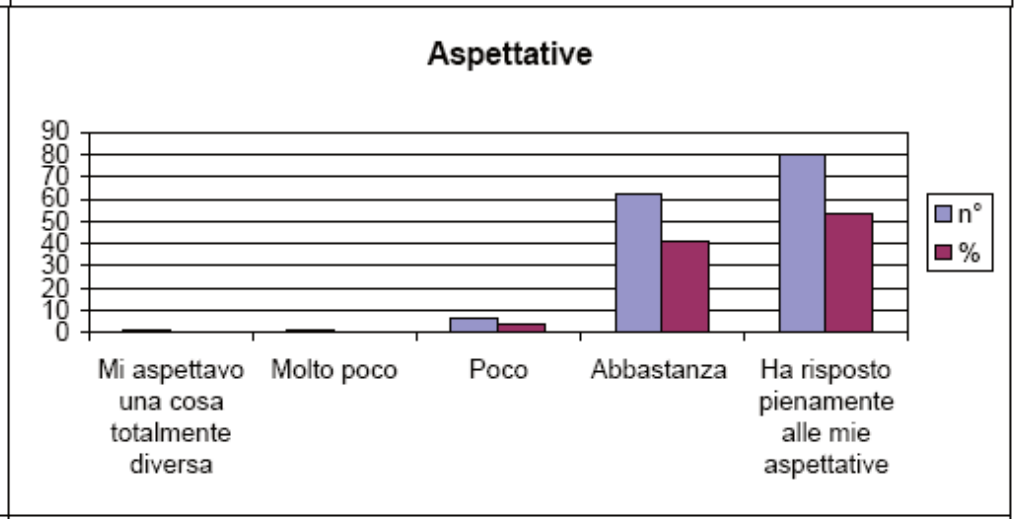
| | n° | % |
|---|---|---|
| Utente | 76 | 51,0 |
| Operatore | 16 | 10,7 |
| Famigliare | 29 | 19,5 |
| Altro | 16 | 10,7 |
| Vuoto | 12 | 8,1 |
| | | |
| Totale | 149 | 100 |

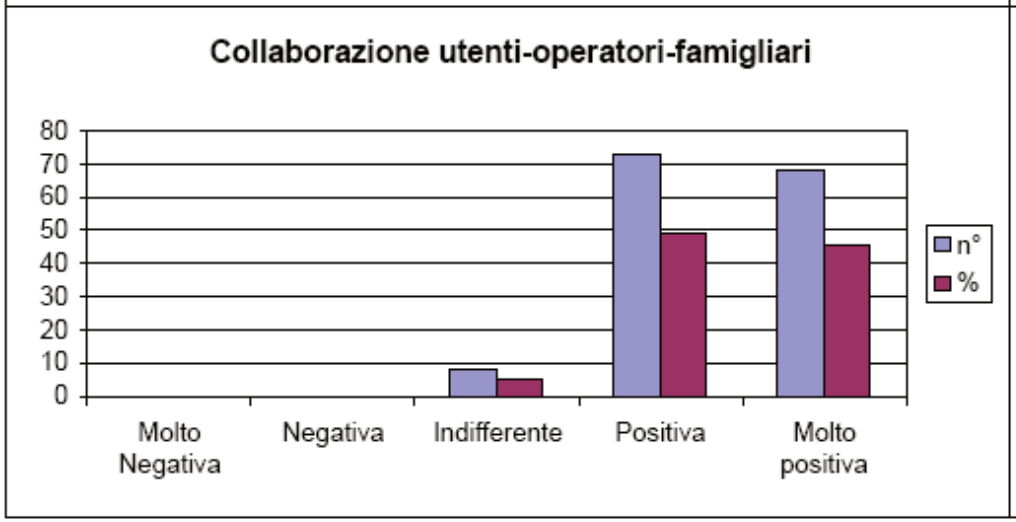


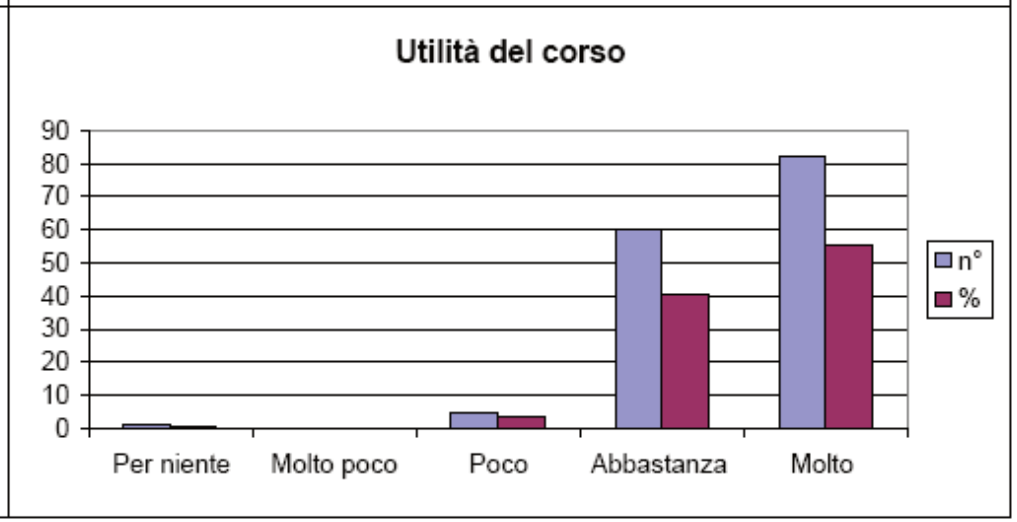



# Gradimento dei partecipanti



# I dati delle iscrizioni ai corsi FOR

| | Utenti | Operatori | Famigliari | Altro | Totale | Iscrizioni totali ai corsi | N. di corsi |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **2014-1** | 76 | 16 | 29 | 28 | **149** | 250 | 15 |
| **2014-2*** | 74 | 58 | 17 | 49 | **198** | 414 | 20 |
| **2015** | 79 | 0 | 9 | 21 | **109** | n.d. | 25 |
| **2016** | 104 | 25 | 42 | 32 | **203** | 587 | 31 |
| **2017-1** | 86 | 34 | 23 | 16 | **159** | 314 | 22 |
| **2017-2** | 73 | 46 | 17 | 16 | **152** | 339 | 22 |
| **2018-1** | 75 | 26 | 20 | 18 | **139** | 263 | 15 |
| **2018-2** | | | | | | | 15 |

** Iscrizioni aperte oltre il territorio dell'Unità Operativa*

ESPERIENZA
FOR

# Utenti attivi nei Servizi

Chi svolge attività all'interno dei servizi (rivolte ad altri) senza però attivare una relazione di aiuto (coproduzione di attività e/o servizi)

## Supporto fra pari occasionale

Chi svolge attività di supporto fra pari non inserite in un progetto su iniziativa dell'utente

## Esperto in supporto fra pari

Chi svolge un'attività di supporto fra pari inserita in un progetto e concordata con gli operatori

Ha svolto un corso per ESP

Partecipa regolarmente al gruppo di supervisione

# UNA PRIMA ESPERIENZA DI RECOVERY COLLEGE IN ITALIA

Elisa Chiaf
Fabio Lucchi
Anna Placentino
Gianpaolo Scarsato
GiovannaVilla
Laura Bazzana
Ilaria Liscidini
Luisella Alessandrini
Mariella Mentasti
Nando Castelli
Sabrina Sancius
Enrica Zizioli
Gabriele Berardi
Miriam Lussignoli
Paola De Carli

*Gli esiti del Programma Formazione e Opportunità per la Recovery.*

Il modello della *recovery* ha visto a livello internazionale una diffusione che ha trovato il consenso di organizzazioni governative, società scientifiche e professionali del settore della salute mentale.[1]

Anche in Italia si stanno diffondendo pratiche e iniziative che rientrano nella cornice di riferimento della *recovery*: metodi di valutazione, coinvolgimento degli utenti attraverso la valorizzazione dell'esperienza vissuta, sperimentazione di nuove modalità di organizzazione dei servizi e di trattamento contribuiscono a disegnare uno "spazio italiano per la *recovery*" che sta producendo ricerche e pubblicazioni di alto livello qualitativo.

1 Si veda il contributo, sempre a cura degli operatori del Centro psicosociale Brescia Sud: "Il recovery college. Percorsi innovativi per utenti e operatori dei servizi di salute mentale", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2.2, 2016.

In un contesto generale nel quale sembra prevalere una fase di *prototyping*, piuttosto che di riorientamento complessivo dei servizi alla *recovery*, si colloca un progetto pilota condotto a Brescia a partire dal 2013 che ha consentito di sperimentare per la prima volta in Italia il modello del *recovery college* (Perkins, Repper, Rinaldi, Brown, 2012), secondo i criteri e le caratteristiche indicate dal progetto inglese IMROC (Implementing Recovery through Organisational Change) (Shepherd, Boardman, Burns, 2010), che sta accompagnando attraverso interventi formativi numerosi *trust* del National Health Service ad assumere prassi e assetti organizzativi in linea con i principi della *recovery*.

Il progetto, denominato FOR (Formazione e Opportunità per la Recovery),[2] ha ricevuto un cofinanziamento da Fondazione Cariplo nell'ambito di un progetto "emblematico minore" per la Provincia di Brescia ed ha coinvolto aziende ospedaliere, cooperative sociali e associazioni di familiari del territorio.

2 www.programmafor.it

Il percorso progettuale è stato articolato in tre fasi:

1. la progettazione dell'offerta formativa secondo la matrice dei criteri di fedeltà al modello del Recovery College di Nottingham che è stata coprodotta da un gruppo di operatori, utenti, famigliari e cittadini interessati;
2. la fase attuativa dei corsi, sempre facilitati da un operatore e un utente;
3. la fase della valutazione.

La fase progettuale è stata di autoformazione per tutto il gruppo "misto" di progetto e ha potuto beneficiare di tre interventi formativi dei direttori del progetto IMROC che hanno di fatto offerto un supporto e una supervi-

## PUNTI DI FORZA

Il lavoro degli utenti esperti nella progettazione e presenza all'interno dei corsi

Flessibilità organizzativa come risposta ai molteplici bisogni emersi

Responsabilizzazione di chi partecipa fin dal momento dell' iscrizione (scelta individuale)

Evidenze positive osservate nei percorsi individuali: le persone riconoscono il loro cambiamento

Il successo e la grande diffusione del progetto fa emergere un bisogno concreto dell'intera comunità.

## ASPETTI CRITICI

Mancanza di un «college», un luogo accogliente di cui sentirsi parte

Flessibilità organizzativa vs disorganizzazione. Ad esempio la diversità di procedura nella raccolta iscrizioni, può generare incomprensioni.

I formatori interpretano la Recovery in maniera diversa all'interno dei corsi.

Secondo il criterio d'inclusione, i corsi sono aperti a tutti. A volte risulta complesso rispondere ad aspettative molto diverse

# Impatto sulle organizzazioni

a)I Recovery Colleges sono uno spazio operativo concreto per sperimentare la coproduzione con utenti che rivestono ruoli di “partner alla pari”.

a)Consentono di dimostrare che gli utenti esperti sono risorse con competenze e capacità reali e che quindi non solo gli operatori sono “gli esperti della salute mentale”.

a)Gli utenti coinvolti come formatori/facilitatori sono un modello efficace sia per gli operatori che per altri utenti e sono la dimostrazione di cosa si può raggiungere se alle persone vengono date opportunità concrete di crescita personale.

# Valutare l'orientamento dei servizi alla Coproduzione e alla Recovery

CoRe

RECOVERY CO—LAB UOP 23

POLITECNICO MILANO 1863

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Spedali Civili

# PROGETTARE PER LA CO-PRODUZIONE DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE: IL PROGETTO RECOVERY CO-LAB ED OLTRE

## RECOVERY CO-LAB

Il progetto Recovery Co-Lab è una collaborazione tra l'Unità Operativa di Psichiatria 23 (UOP23) degli Spedali Civili di Brescia e i Dipartimenti di Design e di Ingegneria Gestionale del Politecnico di Milano con lo scopo di sperimentare approcci di Design dei Servizi per sviluppare e diffondere i principi della Recovery e della co-produzione all'interno dei servizi per la salute mentale.

L'evento finale del progetto 'Recovery Co-Lab' vuole condividere le attività svolte ed aprire ad un pubblico più vasto la discussione sulle opportunità di sviluppo future. L'evento prevede un intervento di Paola Pierri, ricercatrice e progettista presso l'associazione Mind che da 70 anni si occupa di supporto alla salute mentale in Gran Bretagna.

*Paola Pierri si occupa da più di 15 anni di progettazione e gestione di servizi per l'inclusione sociale. Dal 2012 ha disegnato e condotto un programma di ricerca azione presso Mind volto ad incorporare tecniche di innovazione e di progettazione collaborativa nel settore della salute mentale.*

**Milano**
**23 maggio 2017**

***Campus Bovisa***
***Via Candiani 72***
***edificio B2***
***aula B2.1.16***
***(primo piano)***

## AGENDA

**9:30** **Introduzione**
*Daniela Sangiorgi (Politecnico di Milano)*

**9:45** **Design e salute mentale: il caso di Mind (UK)**
*Paola Pierri, Mind*

**10:15** **Recovery Co-Lab**
Progettazione dei servizi e co-produzione
*Daniela Sangiorgi*
*Fabio Lucchi (Spedali Civili di Brescia)*

L'esperienza del progetto Recovery Co-lab nei servizi dell'UOP n.23
*Marta Carrera (Politecnico di Milano)*
*Deborah Rancati e Anna Placentino (UOP23)*

Valutare la co-produzione nei servizi orientati alla recovery: esperienza e cambiamento organizzativo
*Francesca Foglieni (Politecnico di Milano)*
*Federica Segato (Politecnico di Milano)*

**11:15** Pausa caffé

**11:30** **Tavoli di sperimentazione: metodologia e servizi**

**13:00** Pausa pranzo

**13:30** **Sviluppi futuri: Programma PERcorsi**
*Fabio Lucchi*

**14:00** **Tavoli di Discussione: adesione corsi e sperimentazioni**

**15:00** **Chiusura**

# OPPORTUNITA’

## Quarta edizione

fondazione cariplo

Al via la quarta edizione del Bando “Welfare di comunità e innovazione sociale”.

# Recovery.net: laboratori per una salute mentale di comunità

RECOVERY
.NET

# PARTNER PROGETTO

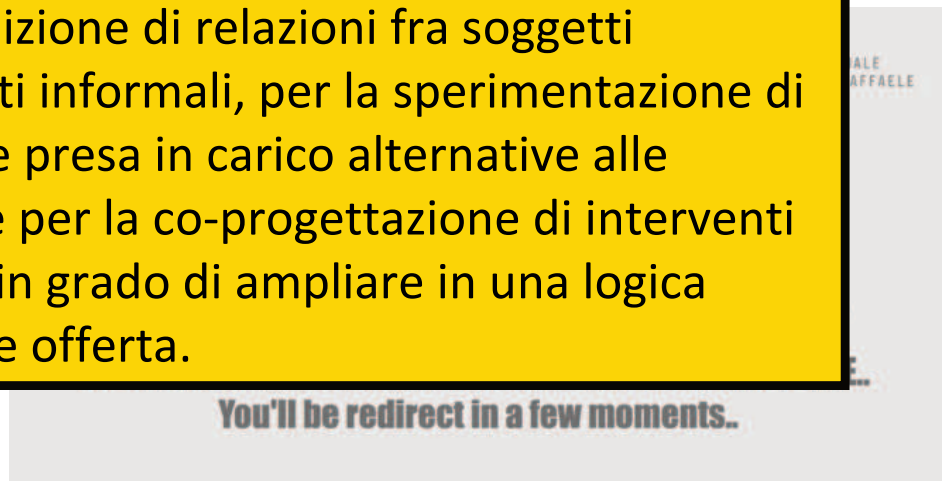
- ASST degli Spedali Civili di Brescia
- ASST di Mantova
- Politecnico di Milano – Dipartimento Design
- Università degli Studi di Milano – Bicocca, Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale
- Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano – Dipartimento di Psicologia
- Liberamente Cooperativa Sociale ONLUS
- Associazione  Teatro 19
- Associazione il Chiaro del Bosco
- Solco Mantova
- Associazioni Famigliari Mantova

# PREMESSE

-La **cultura dei servizi** di salute mentale sta perdendo i riferimenti teorici e pratici della “psichiatria del territorio”
-**Difficoltà** a costruire percorsi di cura con gli utenti e le loro reti
-Le prassi attuali privilegiano processi di presa in carico attraverso il rincorso a **percorsi di residenzialità** non sempre appropriati
-L’**integrazione fra interventi sanitari e sociali** è più dichiarata che reale
-Le **collaborazioni fra i servizi** sono spesso centrate, più che sui bisogni degli utenti, su protocolli che formalizzano le rigidità e le fragilità delle organizzazioni che li sottoscrivono.
-Richiesta di **spazi di protagonismo da parte degli utenti** dei servizi
-**Ricchezza di esperienze** e di risorse nei territori poco conosciute e poco valorizzate

# LABORATORI PER L'INNOVAZIONE

**spazio laboratoriale**, formativo e al contempo operativo a supporto della ridefinizione di relazioni fra soggetti istituzionali e delle reti informali, per la sperimentazione di modalità di ingaggio e presa in carico alternative alle pratiche tradizionali e per la co-progettazione di interventi e/o servizi innovativi in grado di ampliare in una logica trasformativa l'attuale offerta.



# RECOVERY CO-LAB

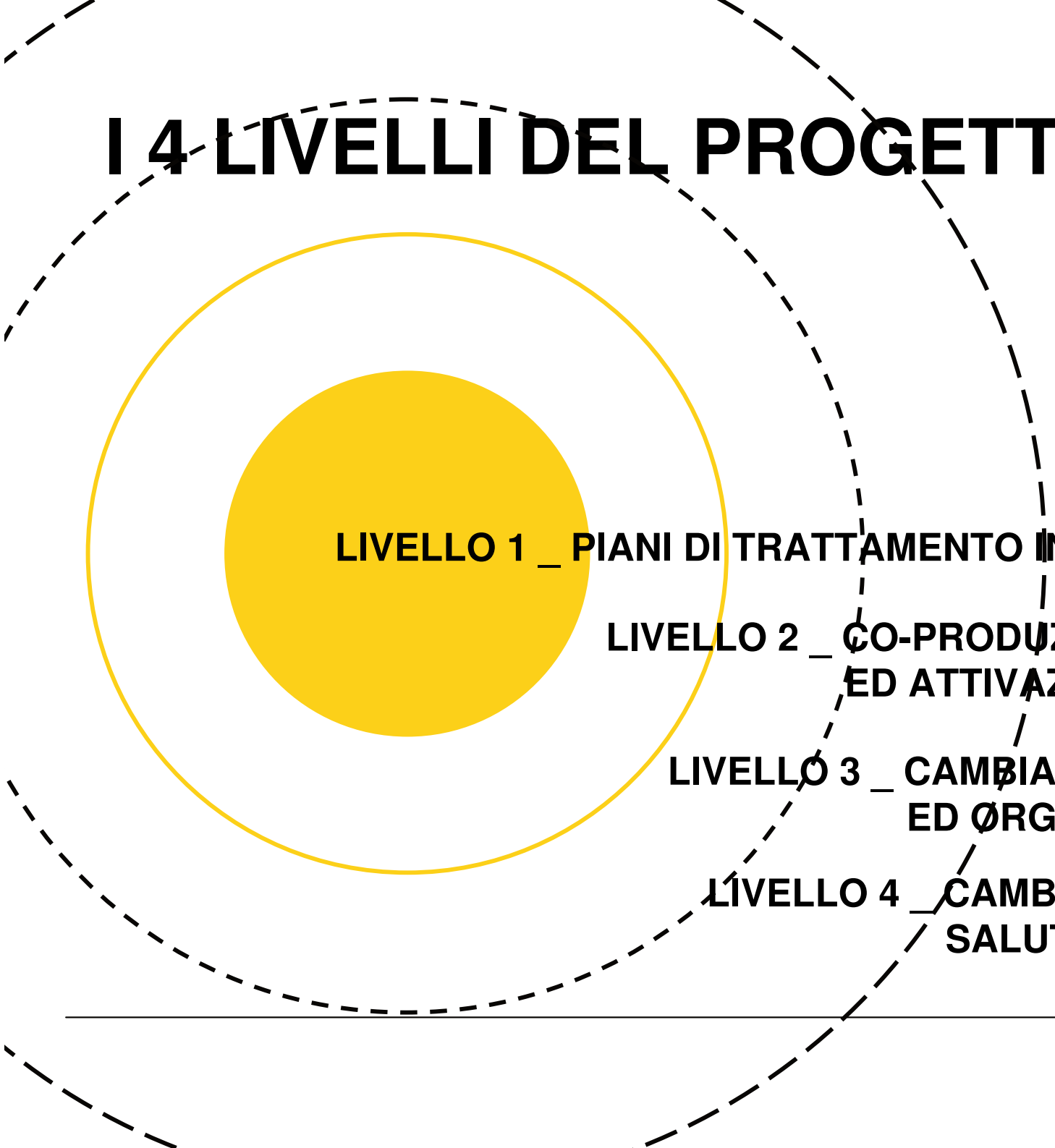
- **COMPETENZE: FORMAZIONE E SPERIMENTAZIONE CON APPROCCI DI STUDIO UTENTI E CO-DESIGN**

- **SPAZI: DEDICARE SPAZI FISICI/VIRTUALI E TEMPO NELLE STRUTTURE COINVOLTE ALLA SPERIMENTAZIONE, CREATIVITA' E SCAMBIO CONOSCENZA**

- **PRATICHE: CONSOLIDARE STRUMENTI E PRATICHE A SUPPORTO DELLA COLLABORAZIONE, SPERIMENTAZIONE E AUTO-VALUTAZIONE**

nergic.ambiente

# I 4 LIVELLI DEL PROGETTO



LIVELLO 1 _ PIANI DI TRATTAMENTO INDIVIDUALIZZATI

LIVELLO 2 _ CO-PRODUZIONE SERVIZI ED ATTIVAZIONE UTENTI

LIVELLO 3 _ CAMBIAMENTO SISTEMICO ED ORGANIZZATIVO

LIVELLO 4 _ CAMBIAMENTO PERCEZIONE SALUTE MENTALE

RECOVERY .NET

# PRINCIPALI ATTIVITA’

1. **Mappatura e attivazione delle risorse ed opportunità dei territori**
*(Università Bicocca-Dipartimento Sociologia)*
2. **Formazione per la Recovery e co-produzione**: Recovery Star, Individual Placement and Support, Riabilitazione Cognitiva, Coproduzione, Service Design, valutazione dei servizi, lavoro di rete.
*(ASST-Spedali Civili Brescia)*
3. **Attivazione laboratori e sperimentazioni sul territorio**
*(Polimi-Dipartimento di Design)*
4. **Valutazione e monitoraggio delle sperimentazioni**
*(Univ. Cattolica SC, Univ. Bicocca, Polimi)*
5. **Gestione e coordinamento**
*(Asst-Spedali Civili Brescia)*
6. **Comunicazione e diffusione dei risultati**
*(Ass. Il Chiaro del Bosco)*

# PRINCIPALI AZIONI

1. **Attivare i 3 Recovery co-lab**

*(Politecnico)*

2. **Co-produrre nuovi percorsi di cura orientati alla recovery**

*(ASST-Spedali Civili Brescia) – LIVELLO 1*

3. **Arricchire l'offerta dei servizi orientati alla recovery**

*(Politecnico) – LIVELLO 2*

4. **Favorire una rappresentazione positiva della salute mentale**

*(Teatro 19) – LIVELLO 3*

5. **Promuovere e sperimentare un modello di governance partecipata ed orientata alla recovery**

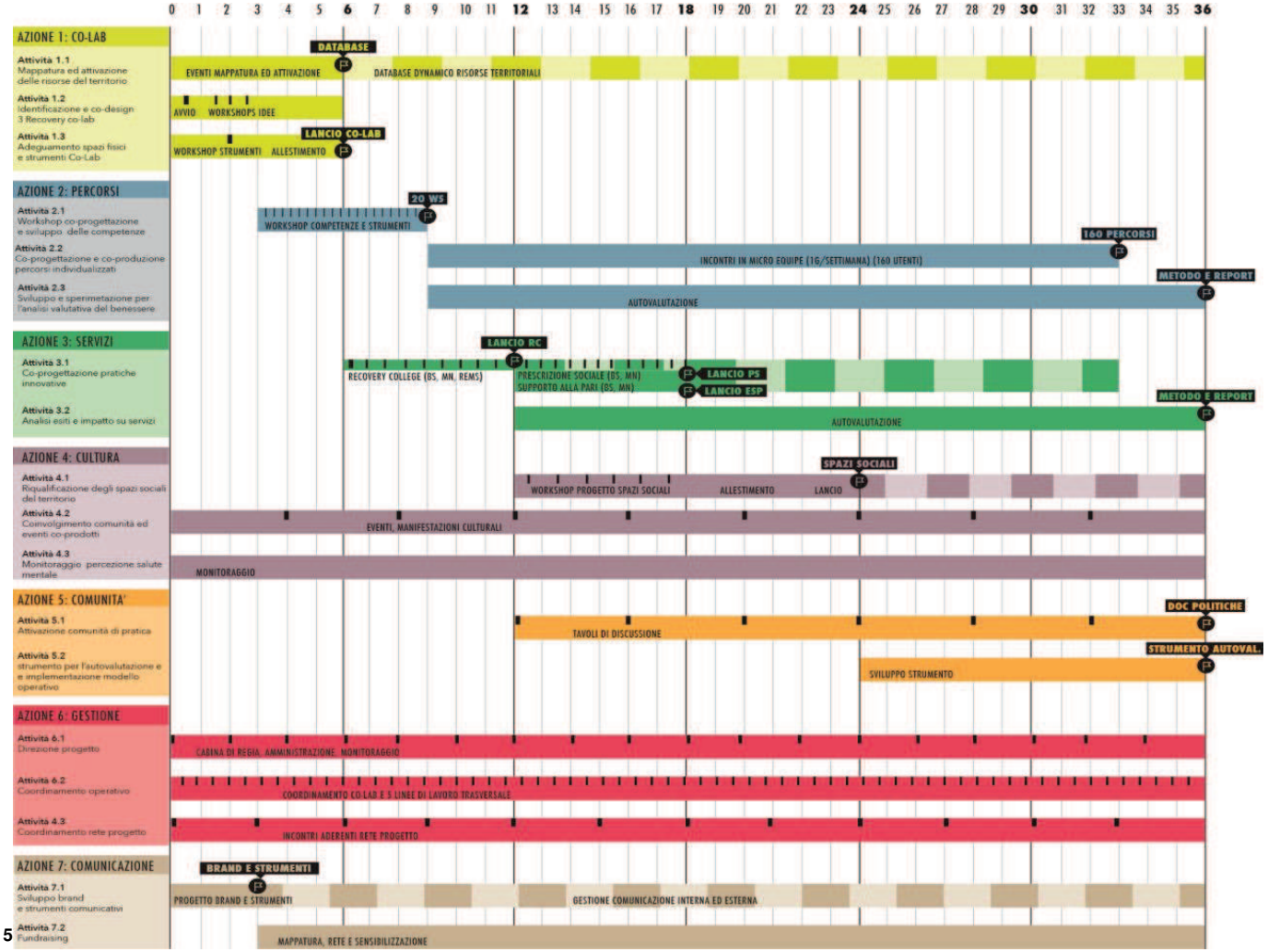
*(Liberamente) – LIVELLO 4*

6. **Gestione e coordinamento del progetto**

*(ASST-Spedali Civili Brescia)*

7. **Comunicazione e diffusione dei risultati**

*(Associazione il Chiaro del Bosco)*


0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36
AZIONE 1: CO-LAB
Attività 1.1
Mappatura ed attivazione delle risorse del territorio
Attività 1.2
Identificazione e co-design 3 Recovery co-lab
Attività 1.3
Adeguamento spazi fisici e strumenti Co-Lab
DATABASE
EVENTI MAPPATURA ED ATTIVAZIONE
DATABASE DYNAMICO RISORSE TERRITORIALI
AVVIO
WORKSHOPS IDEE
LANCIO CO-LAB
WORKSHOP STRUMENTI
ALLESTIMENTO
AZIONE 2: PERCORSI
Attività 2.1
Workshop co-progettazione e sviluppo delle competenze
Attività 2.2
Co-progettazione e co-produzione percorsi individualizzati
Attività 2.3
Sviluppo e sperimetazione per l'analisi valutativa del benessere
20 WS
WORKSHOP COMPETENZE E STRUMENTI
160 PERCORSI
INCONTRI IN MICRO EQUIPE (16/SETTIMANA) (160 UTENTI)
METODO E REPORT
AUTOVALUTAZIONE
AZIONE 3: SERVIZI
Attività 3.1
Co-progettazione pratiche innovative
Attività 3.2
Analisi esiti e impatto su servizi
LANCIO RC
RECOVERY COLLEGE (BS, MN, REMS)
PRESCRIZIONE SOCIALE (BS, MN)
SUPPORTO ALLA PARI (BS, MN)
LANCIO PS
LANCIO ESP
METODO E REPORT
AUTOVALUTAZIONE
AZIONE 4: CULTURA
Attività 4.1
Riqualificazione degli spazi sociali del territorio
Attività 4.2
Coinvolgimento comunità ed eventi co-prodotti
Attività 4.3
Monitoraggio percezione salute mentale
SPAZI SOCIALI
WORKSHOP PROGETTO SPAZI SOCIALI
ALLESTIMENTO
LANCIO
EVENTI, MANIFESTAZIONI CULTURALI
MONITORAGGIO
AZIONE 5: COMUNITA'
Attività 5.1
Attivazione comunità di pratica
Attività 5.2
strumento per l'autovalutazione e e implementazione modello operativo
DOC POLITICHE
TAVOLI DI DISCUSSIONE
STRUMENTO AUTOVAL.
SVILUPPO STRUMENTO
AZIONE 6: GESTIONE
Attività 6.1
Direzione progetto
Attività 6.2
Coordinamento operativo
Attività 6.3
Coordinamento rete progetto
CABINA DI REGIA, AMMINISTRAZIONE, MONITORAGGIO
COORDINAMENTO CO-LAB E 5 LINEE DI LAVORO TRASVERSALE
INCONTRI ADERENTI RETE PROGETTO
AZIONE 7: COMUNICAZIONE
Attività 7.1
Sviluppo brand e strumenti comunicativi
Attività 7.2
Fundraising
BRAND E STRUMENTI
PROGETTO BRAND E STRUMENTI
GESTIONE COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA
MAPPATURA, RETE E SENSIBILIZZAZIONE

Metamorfosi Festival: Scena mentale in cambiamento.
(Brescia, 2016)

# ATTIVITA' 1: MAPPATURA E ATTIVAZIONE RISORSE E TERRITORI

- Mappatura e attivazione delle risorse e degli attori territoriali che possono partecipare alle sperimentazioni
- Identificazione e coprogettazione dei 3 Recovery Co-Lab
- Adeguamento degli spazi fisici e sviluppo degli strumenti operativi di supporto alle attività dei 3 recovery co-lab

**REALIZZAZIONI:**

- **mappa e registro dinamico delle risorse attivate**
- **progetti dei 3 Recovery Co-Lab e loro allestimento**
- **piattaforma online con strumenti e risorse**

# ATTIVITA' 2: COPRODURRE NUOVI PERCORSI DI CURA ORIENTATI ALLA RECOVERY

- C-progettazione e sperimentazione di nuovi percorsi di cura nella prospettiva della recovery
- Workshop di co-progettazione e sviluppo di competenze e di strumenti per i qualificare i percorsi di cura orientati alla recovery nei 3 recovery co-lab
- Sviluppo e sperimentazione di una metodologia per l'analisi valutativa del benessere individuale degli utenti

# REALIZZAZIONI:

- **160 percorsi individualizzati**
- **20 workshop**
- **Metodologia e strumenti di analisi dei percorsi**

-

| | 2014 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Primo Semestre | | Secondo Semestre | | Differenza (2°-1°) | |
| Utenti | 76 | 51% | 74 | 37% | -2 | -3% |
| Famigliari | 29 | 19% | 17 | 9% | -12 | -41% |
| Operatori | 16 | 11% | 58 | 29% | 42 | 263% |
| Cittadini | 7 | 5% | 39 | 20% | 32 | 457% |
| Consulenti esper. | 3 | 2% | 0 | 0% | -3 | -100% |
| Studenti | 6 | 4% | 2 | 1% | -4 | -67% |
| Non indicato | 12 | 8% | 8 | 4% | -4 | -33% |
| **Totale** | **149** | | **198** | | **49** | **33%** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Iscrizioni | **250** | | **414** | 164 | 66% |
| Media a persona | 1,7 | | 2,1 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Numero di corsi | **15** | | **20** | 5 |
| Media a corso | **16,7** | | **20,7** | |

# ATTIVITA' 3: ARRICCHIRE L'OFFERTA DEI SERVIZI ORIENTATA ALLA RECOVERY E CO-PRODUZIONE

- Coprogettazione e sperimentazione di pratiche innovative orientate alla recovery
- Analisi degli esiti delle pratiche innovative e il loro impatto sull'orientamento alla recovery dei singoli servizi

**REALIZZAZIONI**

**7 pratiche innovative:**

- ❑ **3 recovery college**
- ❑ **2 programmi di Social Prescribing**
- ❑ **2 programmi di Supporto fra Pari**

# ATTIVITA' 4: RAPPRESENTAZIONE DELLA SALUTE MENTALE ATTRAVERSO AZIONI CULTURALI E RIGENERAZIONE DI LUOGHI

•Coinvolgimento della comunità attraverso eventi coprodotti
•Attività di riqualificazione di spazi sociali del territorio per favorire l'inclusione sociale
•Monitoraggio delle percezione della salute mentale, prima, durante e dopo l'implementazione del progetto

**REALIZZAZIONI**

**•Festival della salute mentale, concorsi lettarari, biblioteca vivente**
**•Riqualificazione ed avvio di 3 spazi per l'inclusione sociale**
**•Report di elaborazione dei dati**

# ATTIVITA' 5: PROMUOVERE E SPERIMENTARE UN MODELLO DI GOVERNANCE PER LA SALUTE MENTALE

- Attivazione di un osservatorio che promuove la gestione di un sistema di governance per a salute mentale orientata alla recovery e ne condivide le buone pratiche
- Messa a punto e sperimentazione di uno strumento per l'autovalutazione delle organizzazioni rispetto al loro orientamento alla recovery e alla coproduzione.

**REALIZZAZIONI:**

- **Documento per le politiche della salute mentale e repertorio di buone pratiche**
- **Strumento di autovalutazione per le organizzazioni**

# ATTIVITA' 6: GESTIONE E COORDINAMENTO PROGETTO (1-36 MESI)

- Monitoraggio sulla corretta applicazione delle procedure amministrative di tutti i partner coinvolti;
- Monitoraggio e corretta implementazione delle attività di progetto definite nei documenti progettuali, con verifica di eventuali scostamenti (budget, cronogramma e attività)
- Gestione rete di attori e delle dinamiche e relazioni di progetto
- Rapporto diretto con gli Enti finanziatori e interfaccia con la cabina di regia del progetto
- Preparazione della documentazione necessaria per eventuali audit
- Rendicontazione.

# ATTIVITA' 7: COMUNICAZIONE E FUNDRAISING

- Formazione per la gestione degli strumenti di comunicazione da parte di un team composto da partner ed utenti esperti
- Progettazione e individuazione di una strategia su tre anni per la promozione e la raccolta di fondi del progetto
- Mappatura del territorio in chiave di people raising, sensibilizzazione e diffusione del senso di comunità

**REALIZZAZIONI:**

- **Logo ed immagine coordinata**
- **Piano di comunicazione**
- **Piano di fundraising**

# INSPIRE **Versione Italiana**

'INSPIRE was developed in English by Julie Williams, Mary Leamy, Mike Slade and colleagues in the Section for Recovery, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London.
Further information from researchintorecovery.com/INSPIRE.
This version was translated into italian by Saverio Randi and Nicolò Ratti.

Si può parlare di "recovery" ("recupero") in differenti modi, uno di questi è vivere una vita soddisfacente e piena di speranza. Tale questionario Le chiede come l'operatore supporta il Suo recupero.
La sezione "Supporto" chiede informazioni a proposito di aree che Lei potrebbe ritenere importanti per la Sua guarigione e di come l'operatore del servizio di salute mentale La sostiene in queste aree.
La sezione "Rapporto" indaga invece com'è il rapporto con il Suo operatore. Se non desidera rispondere a una domanda, lasci uno spazio vuoto.

**Per favore risponda a tutte le domande a proposito di .....**
**(nome dell'operatore)**

## *Sezione "Supporto dell'operatore"*

La preghiamo di leggere ogni domanda e decidere se è importante per Lei o no. Se ha cerchiato NO può passare direttamente alla domanda successiva. Se la Sua risposta è SI, Le chiediamo di cerchiare nelle aree grigie la quantità di supporto che ritiene di ottenere dall'operatore in quella specifica area.

| **Una parte importante del mio recupero è...** | | | **Mi sento supportato dal mio operatore in questo...** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **S1** Sentirmi supportato dalle altre persone | No | Si: | Per niente | Non molto | Un po' | Abbastanza | Molto |
| **S2** Avere relazioni positive con le altre persone | No | Si: | Per niente | Non molto | Un po' | Abbastanza | Molto |
| **S3** Ricevere supporto dagli altri utenti del servizio | No | Si: | Per niente | Non molto | Un po' | Abbastanza | Molto |
| **S4** Sentirmi parte della mia comunità | No | Si: | Per niente | Non molto | Un po' | Abbastanza | Molto |
| **S5** Sentirmi speranzoso riguardo al mio futuro | No | Si: | Per niente | Non molto | Un po' | Abbastanza | Molto |
| **S6** Avere fiducia di potere "riprendermi" | No | Si: | Per niente | Non molto | Un po' | Abbastanza | Molto |
| **S7** Essere motivato a portare cambiamenti nella mia vita | No | Si: | Per niente | Non molto | Un po' | Abbastanza | Molto |

SPEDALI CIVILI DI BRESCIA
AZIENDA OSPEDALIERA

Sistema Sanitario Regione Lombardia

PROGRAMMA FOR

# Perché ci vuole una città: utenti ed operatori dei servizi di salute mentale si confrontano su recovery e coproduzione

**- una giornata di studio -**

## Venerdì 29 maggio 2015

**Auditorium del Museo di Santa Giulia**
**Via Musei, 15 - Brescia**

# THE CHALLENGE OF CO-PRODUCTION

| | | Responsibility for design of services | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Professionals as sole service planner | Professionals and service users/ community as co-planners | No professional input into service planning |
| **Responsibility for delivery of services** | Professionals as sole service deliverers | Traditional professional service provision | Professional service provision but users/communities involved in planning and design | Professionals as sole service deliverers |
| | Professionals and users/communities as co-deliverers | User co-delivery of professionally designed services | Full co-production | User/community delivery of services with little formal/ professional |
| | Users/communities as sole deliverers | User/community delivery of professionally planned services | User/community delivery of co-planned or co-designed services | Self-organised community provision |

# Unità Operativa di Psichiatria n. 23

## Percorsi 2016

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Spedali Civili

Info

Progetti

Perché ci vuole una città

Coproduzione e supporto fra pari

Esperienza FOR

UOP 23

SPECIAL ARTICLE

# New trends in assessing the outcomes of mental health interventions

Graham Thornicroft, Mike Slade

**Decisione 1: L'esito per chi?**

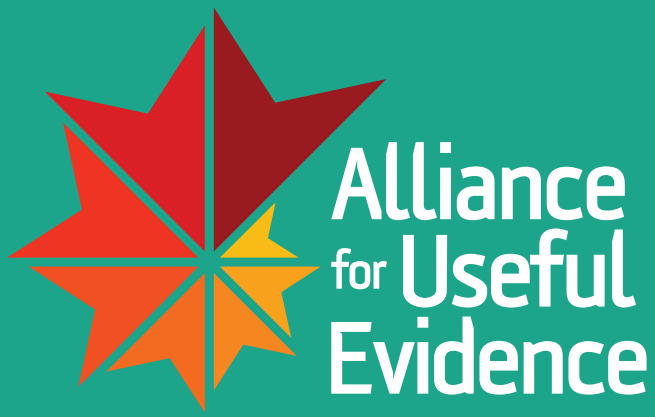
**Decisione 2: L'esito in quale fase dello sviluppo scientifico di un intervento?**

## Conclusioni

….se dovessimo provare a predire quale sarà il tema centrale della valutazione degli esiti in salute mentale, proporremmo di concentrarci senza esitazione su ciò che interessa di più agli utenti come da loro valutato.

**Decisione 8: Misure standardizzate o individualizzate?**

Coprodurre significa erogare servizi pubblici in una relazione paritaria e reciproca fra professionisti, utenti dei servizi, famigliari e le loro comunità di riferimento.




We **conclude** that there is no simple answer to the question of what counts as good evidence. It depends on what we want to know, for what purposes, and in what contexts we envisage that evidence being used. Thus while there is a need to debate standards of evidence we should be realistic about the extent to which such standard-setting will shape complex, politicised, decision making by policymakers, service managers and local practitioners.

## BELIEF MARKERS

Some beliefs in traditional and personal recovery focussed services are compared in Table 1.

**Table 1.** *Beliefs in Two Types of Mental Health Service*

| Beliefs in traditional mental health services | Beliefs in recovery-focussed mental health services |
|---|---|
| We already "do" recovery | Recovery is a journey not a destination, and we are on the way, but have a long way to go |
| Recovery begins with recognizing you have a mental illness | Recovery begins by reclaiming a sense of who you are |
| My job is to diagnose or formulate, then provide treatments or interventions for mental illness | My job is to support the person in their journey towards a more meaningful and enjoyable life |
| My primary approach to relating to consumers is as an expert | My primary approach to relating to consumers is as a coach or a mentor |
| I have a duty to intervene | I have some must-dos, but I employ several approaches to avoid my agendas dominating our work together |
| I decide when compulsory treatment is necessary | Approaches such as Advance Directives minimise the extent to which I decide when compulsion is necessary |
| Staff and consumers are fundamentally different – they have a mental illness, we do not | Staff and consumers are fundamentally similar – we are all trying to live a meaningful and enjoyable life |
| It is better not to be open if I have my own experience of mental health problems | Being open with other staff and clients about my own strengths and vulnerabilities is a positive asset |

# Prima Conferenza di Consenso per il Patient Engagement

## Milano, 12-13 giugno 2017

Conferenza

Engageminds-HUB
Consumer and Health Engagement Research Center

in collaborazione con

RegioneLombardia
DG Welfare

Con il patrocinio di

Istituto Superiore di Sanità
Ministero della Salute

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

Martedì 13 giugno

Piazza Città di Lombardia
Auditorium "Testori"

## Presentazione delle raccomandazioni

9.30-10.00 **Registrazione dei partecipanti**

10.00-10.30 **Saluti istituzionali**

Giulio GALLERA, Assessore al Welfare Regione Lombardia
Primiano IANNONE, Direttore Centro Eccellenza Clinica, Qualità e Sicurezza delle Cure - Istituto Superiore di Sanità
Mario GATTI, Direttore di Sede - Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano
A. Claudio BOSIO, Preside Facoltà Psicologia - Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

10.30-10.45 **Prima Conferenza di Consenso sul *Patient Engagement*: gli obiettivi e il processo**

Guendalina GRAFFIGNA, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

10.30-10.45 **Presentazione delle raccomandazioni per il *Patient Engagement***

Gianfranco DAMIANI, Presidente del Panel della Giuria della Conferenza di Consenso
Salvatore LEONE, Vice-Presidente del Panel della Giuria della Conferenza di Consenso
Giovanna ARTIOLI, Segretario del Panel della Giuria della Conferenza di Consenso

11.15-11.30 *Tavola rotonda*
**Dalle raccomandazioni all'implementazione: traiettorie per il *Patient Engagement* in Sanità**

Giovanni CARACCI, Area Qualità e Accreditamento - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas)
Daniela GALEONE, DG Prevenzione Sanitaria - Ministero della Salute
Luca MERLINO, DG Welfare - Regione Lombardia
Paola PISANTI, DG Programmazione Sanitaria - Ministero della Salute
Walter RICCIARDI, Istituto Superiore di Sanità
Nathalie BERE, European Medicines Agency (EMA)

12.30-13.00 **Dibattito pubblico**

13.00-13.30 **Chiusura e prossimi passi**

Giuseppe RIVA, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

DEBATE Open Access

Empirical evidence about recovery and mental health

## Sette messaggi basati sulle evidenze:

1)La recovery è valutata meglio da persone esperte per esperienza.
2)Molte persone che hanno disturbi mentali guariscono.
3)Se una persona non soddisfa i criteri diagnostici per un disturbo mentale non lo ha.
1)Le diagnosi non hanno fondamenti robusti.
2)I trattamenti sono una delle molte vie verso la recovery.
1)Alcune persone scelgono di non rivolgersi ai servizi.
2)L'impatto dei disturbi mentali non è univoco.

(http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

Nesta...

| Scaling route | Models and approaches | Activities | Scaling focus |
|---|---|---|---|
| Influence and advise | Campaigning and advocacy<br>Consultancy<br>Training | Public speaking<br>Publishing<br>Engaging with policymakers<br>Communicating via traditional and social media<br>Advising or training others | Central idea<br>Principles, values, processes, guidelines<br>Services<br>Programmes |
| Build a delivery network | Federations and membership models<br>Communities of practice<br>Kitemarks and quality marks<br>Licencing<br>Franchising<br>Delivery contracts<br>Collaborations | Representation<br>Advocacy and awareness raising<br>Transferring knowledge, codifying processes, sharing good practices, providing tools<br>Training, support and quality assurance<br>Community and movement building | Principles, values, processes, guidelines<br>Programmes<br>Services<br>Roles |
| Form strategic partnerships | Strategic alliances<br>Mainstreaming into the public sector<br>Piggybacking on another organisation's infrastructure<br>Joint ventures<br>Mergers and acquisitions | Brokering and managing partnerships with other organisations that allow a step change in scale<br>Transferring knowledge<br>Creating a sense of common values and mission | Programmes<br>Products or services<br>Roles |
| Grow an organisation to deliver | Setting up new branches<br>Growing delivery capacity of a central team | Building staff and team capabilities<br>Raising funds/investment<br>Developing organisational capacity and systems | Programmes<br>Products or services<br>Roles |

NHS
Improving Quality

1 Activate disruptors, heretics, radicals and mavericks

2 Lead transformation from 'the edge'

3 Change your story

4 Curate rather than create knowledge

5 Build bridges to connect the disconnected

The theme that links the five enablers is diversity of thought; engaging with a wide range of people with different views and experiences in the ways we think about and go about change.

Public Health England

NHS England

Individual health & wellbeing
Strong connected communities
Vibrant civil society

Increased equity
Increased control & voice
Increased social connectedness

Community-centred approaches

Community needs and strengths

# Co-Production

Where professionals and users co-design, co-deliver and co-resource solutions. Then all people get a better deal which includes better health outcomes for users and a better provider experience for professionals.

## 6 Principles of Co-Production

**Assets:** Transforming the perception of people from passive recipients to equal partners.

**Capabilities:** Building on what people can do and supporting them to put this to work.

**Mutuality:** Reciprocal relationships with mutual responsibilities and expectations.

**Networks:** Engaging a range of networks, inside and outside 'services' including peer support, to transfer knowledge.

**Blur roles:** Removing tightly defined boundaries between professionals and recipients to enable shared responsibility and control.

**Catalysts:** Shifting from 'delivering' services to supporting things to happen and catalysing other action.

"[co-production is] about broadening and deepening public services so that they are no longer the preserve of professionals or commissioners, but a shared responsibility, both building and using a multi-faceted network of mutual support"

nef co-production manifesto, p. 10

'6 Principles of Co-Production' taken from: People Powered Health Co-production Catalogue, Nesta, April 2012

# OBIETTIVI

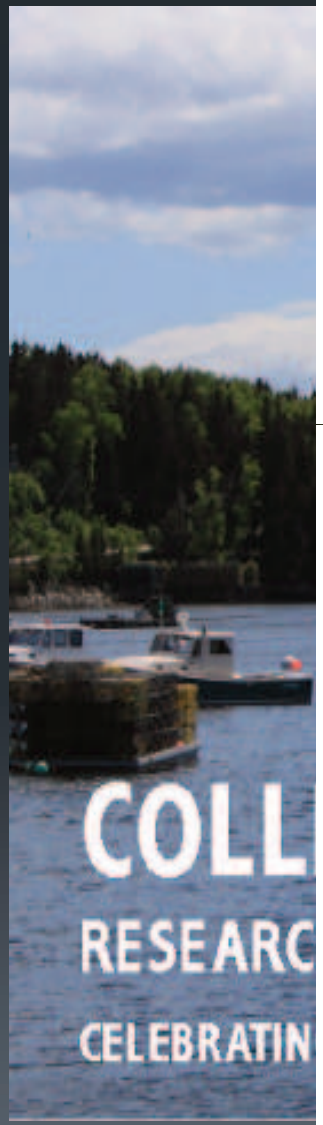
-attivare e mettere in sinergia le risorse territoriali lombarde e sviluppare le competenze e gli strumenti necessari per sperimentare e valutare un **modello di psichiatria orientato ai principi della Recovery e della co-produzione, attivo sul territorio e di comunità**

-favorire la formazione di **forme regionali e locali di governance a rete (Recovery Net)** capaci di gestire percorsi di presa in cura centrati sulla persona, co-prodotti ed integrati nel territorio, da costruire attorno alla istituzione di Recovery Co-Lab locali

| Period | Who we are | What's wrong with us | Who decides | Where we go |
|---|---|---|---|---|
| Middle ages | Demons, sinners | Possession | The church | Exile or death |
| 16th – 18th Century | Criminals, lunatics, idiots | Lunacy | The law | Prison, madhouses |
| 19th Century | Insane, diseased | Insanity | The law & medicine | Asylums |
| 1900 – 1980s | Mental patients | Mental illness | The law, medicine & allied health | Hospitals |
| 1990s – today | Disabled | Psychiatric disability | The law, medicine, allied health & community services | Supported community |

**Table 2: A future paradigm for mental health?**

| Period | Who we are | What's wrong with us | Who decides | Where we go |
|---|---|---|---|---|
| Future | People | Nothing. We all have normal and understandable variations in mental emotional, social and spiritual wellbeing | Us… with support from law, medicine, allied health & community services, friends and family | Everywhere |




Pergamon

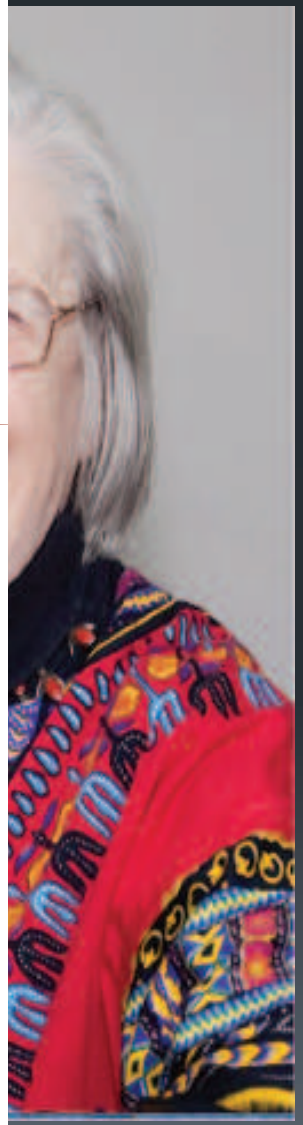
*World Development*, Vol. 24, No. 6, pp. 1073–1087, 1996
Copyright © 1996 Elsevier Science Ltd
Printed in Great Britain. All rights reserved
0305–750X/96 $15.00 + 0.00

S0305–750X(96)00023–X

# Crossing the Great Divide: Coproduction, Synergy, and Development

ELINOR OSTROM
*Indiana University, Bloomington, U.S.A.*

**Summary** — Coproduction is a process through which inputs from individuals who are not "in" the same organization are transformed into goods and services. Two cases are presented – one from Brazil and one from Nigeria – where public officials play a major role. In Brazil, public officials actively encourage a high level of citizen input to the production of urban infrastructure. In Nigeria, public officials discourage citizen contributions to primary education. The third section of the paper provides a brief overview of the theory of coproduction and its relevance for understanding the two cases. The last section addresses the implications of coproduction in polycentric systems for synergy and development. Copyright © 1996 Elsevier Science Ltd



## 1. THE HYPOTHETICAL DIVIDE

In his introductory essay for this symposium, Peter Evans identifies a strong divide between "a market-based logic of development and traditional theories of public administration" (Evans, 1995b). He identifies Judith Tendler's concept of blurred public-private boundaries and my work on coproduction as "radical" and potentially offending to "everyone's sense of propriety."

> Public Administration purists see it as threatening the insulation necessary for clearheaded decisions that are in the public interest. Market advocates see it as hopelessly muddying the logic of individual incentives and rational resource allocation (Evans, 1995b).

Since I think the great divide between the Market and the State or between Government and Civil Society is a conceptual trap arising from overly rigid disciplinary walls surrounding the study of human institutions, I am delighted to be considered a radical. If trying to remove artificial walls surrounding disciplines is offensive, I regret assailing individual senses of propriety. I proceed on the assumption that contrived walls separating analysis of potentially synergetic phenomena into separate parts miss the potential for synergy (see V. Ostrom, 1995). By developing more fully the theory of coproduction and its relevance to the study of synergy and development, I hope to change the views of social scientists toward the hypothetical "Great Divide."[1]

My own approach to breaching the great divide utilizes the concept of "coproduction." By coproduction, I mean the process through which inputs used to produce a good or service are contributed by individuals who are not "in" the same organization. The "regular" producer of education, health, or infrastructure services is most frequently a government agency. Whether the regular producer is the only producer of these goods and services depends both on the nature of the good or service itself and on the incentives that encourage the active participation of others. All public goods and services are potentially produced by the regular producer and by those who are frequently referred to as the client. The term "client" is a passive term. Clients are acted upon. Coproduction implies that citizens can play an active role in producing public goods and services of consequence to them.

To provide grist for the discussion of coproduction

*The author wishes to thank Robert Putnam for his energetic intellectual, and entrepreneurial leadership of the Social Capital and Public Affairs Project and Peter Evans for his similarly skilled leadership of the Economic Development Working Group and for his comments on the first draft of this paper. The author is appreciative of the materials made available by, and useful comments of, N. Vijay Jagannathan of the World Bank, about condominial systems and other water user organizations; and of the time and generous help extended by many public officials and local villagers while the author was in Nigeria during the summer of 1991. Mark Granovetter and Michael Lipsky provided insightful and useful comments on earlier papers. George Varughese and Patty Dalecki both greatly improved the readability of this manuscript. Financial support from the Ford Foundation (Grant 920-0701) is gratefully acknowledged.

# Cos'è il programma FOR?

**Milano 16/04/2014**

PROGRAMMA
FOR

Ente capofila:
Spedali Civili di Brescia-UOP 23

Enti che aderiscono:
ASL Vallecamonica-Sebino, Azienda Ospedaliera Desenzano del Garda, Azienda Ospedaliera “Ospedale Maggiore” di Crema, Associazione Il Chiaro del Bosco Onlus, La Rete Coop. Sociale Onlus, Cooperativa Sociale LiberaMente Onlus, Cooperativa Sociale Si Può Onlus, Associazione Alleanza per la Salute Mentale Onlus, Associazione Nessuno è un’Isola O.d.V., Associazione A.M.A.

Cofinanziato da Fondazione Cariplo

Giovedì 24 gennaio 2013

dalle 17.00 alle 18.00

presso il Centro Diurno di Via Romiglia

incontro di presentazione dell'iniziativa

e raccolta delle disponibilità

Per informazioni:

Operatori di CPS e CDAP

e punto accoglienza presso ingresso

# Costruiamo insieme le attività dei nostri servizi

CPS e Centro Diurno di Via Romiglia

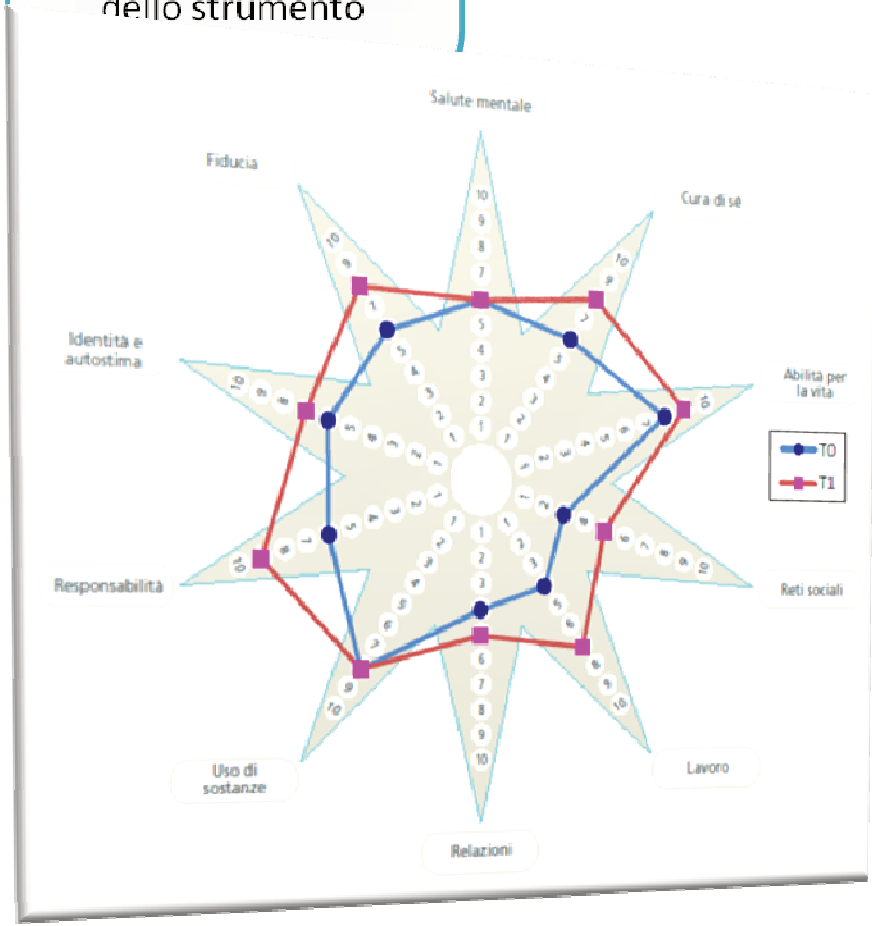
## 2011

- Traduzione **Recovery Star**
- Incontro con Sara Burns
- Inizio sperimentazione dello strumento

2012

2013

2014




La Recovery Star è stato uno strumento che ha portato i temi della recovery nella pratica quotidiana dei nostri servizi, inducendo un cambiamento principalmente nel rapporto fra utenti e operatori:

•considerare l'incontro fra operatore e utente come **incontro fra due esperti** (chi per esperienza personale chi per professione)

**•L'impegno attivo e responsabile dell'utente** nella definizione del proprio piano di cura/recovery

•L'obbiettivo di **coprodurre** il percorso

*L'aspetto grafico ha favorito molto l'approccio a questo nuovo strumento*

## 2011

- Traduzione **Recovery Star**
- Incontro con Sara Burns
- Inizio sperimentazione dello strumento

## 2012

- Chiusura della sperimentazione della Recovery Star
- Incontro con Geoff Shepher e Julie Repper e conoscenza dell'esperienza del **Recovery College**

## 2013

## 2014

Lo studio e la riflessione sui temi della Recovery ci ha portato a conoscere l'esperienza del **Recovery College di Nottingham** che in qualche modo intercettava la nostra esigenza di trovare un modello alternativo di pensare le proposte di cura e riabilitazione.
La **coproduzione** degli interventi era percepita coma una delle «Milestone» che avremmo voluto posare sul nostro percorso di rinnovamento.
Un'idea ci sembrava particolarmente azzeccata: diventare «**studenti del proprio benessere**»

## 2011

- Traduzione **Recovery Star**
- Incontro con Sara Burns

## 2012

- Chiusura della sperimentazione della Recovery Star

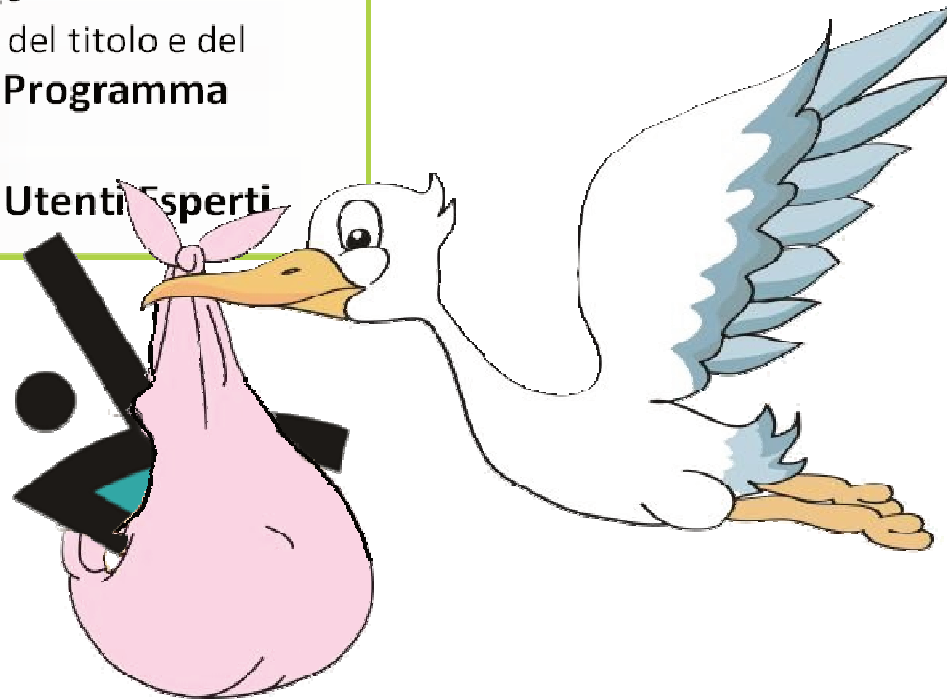
## 2013

- Incontro aperto agli utenti, famigliari e operatori per pensare di **costruire insieme** le proposte
- Attivazione dei **laboratori** per pensare alle attività del nostro «Recovery College»
- Scelta del titolo e del logo «**Programma FOR**»
- Corso **Utenti Esperti**

## 2014

Abbiamo attivato 4 **laboratori** (salute menale, benessere e cura di sé, reti sociali, lavoro) e due gruppi di supporto (formazione e comunicazione) che hanno coinvolto utenti, operatori e famigliari, con l'obbiettivo di immaginare possibili corsi per il 2014.

Questo **progetto** ha ricevuto un riconoscimento da parte di Fondazione Comunità Bresciana e Fondazione Cariplo all'interno del Bando per i Progetti Provinciali Emblematici.



## 2011

- Traduzione Recovery Star
- Incontro con Burns

**Criteri del Recovery College di Nottingham**

- Orientate alla **formazione** (Educational);
- **Coprodotte** (Collaborative);
- Basate sui **punti di forza** (Strenghts based);
- Basate su **scelte individuali** (person-centred);
- Graduali e mediate da un "**piano di apprendimento**" individuale (Progressive);
- Focalizzate sulle **comunità locali** (Community-focused);
- Aperte a **tutti** (Inclusive).

## 2014

- Realizzazione del primo **catalogo** dei corsi
- 3 marzo: inizio dei corsi

«Recovery e»

del titolo e del Programma

Utenti Esperti

Dopo il lavoro dei laboratori sono stati scelti i **corsi** che rispondevano a **criteri** coerenti con la **Recovery** ed è stato realizzato il catalogo

Spedali Civili di Brescia
Unità Operativa di
Psichiatria n. 23

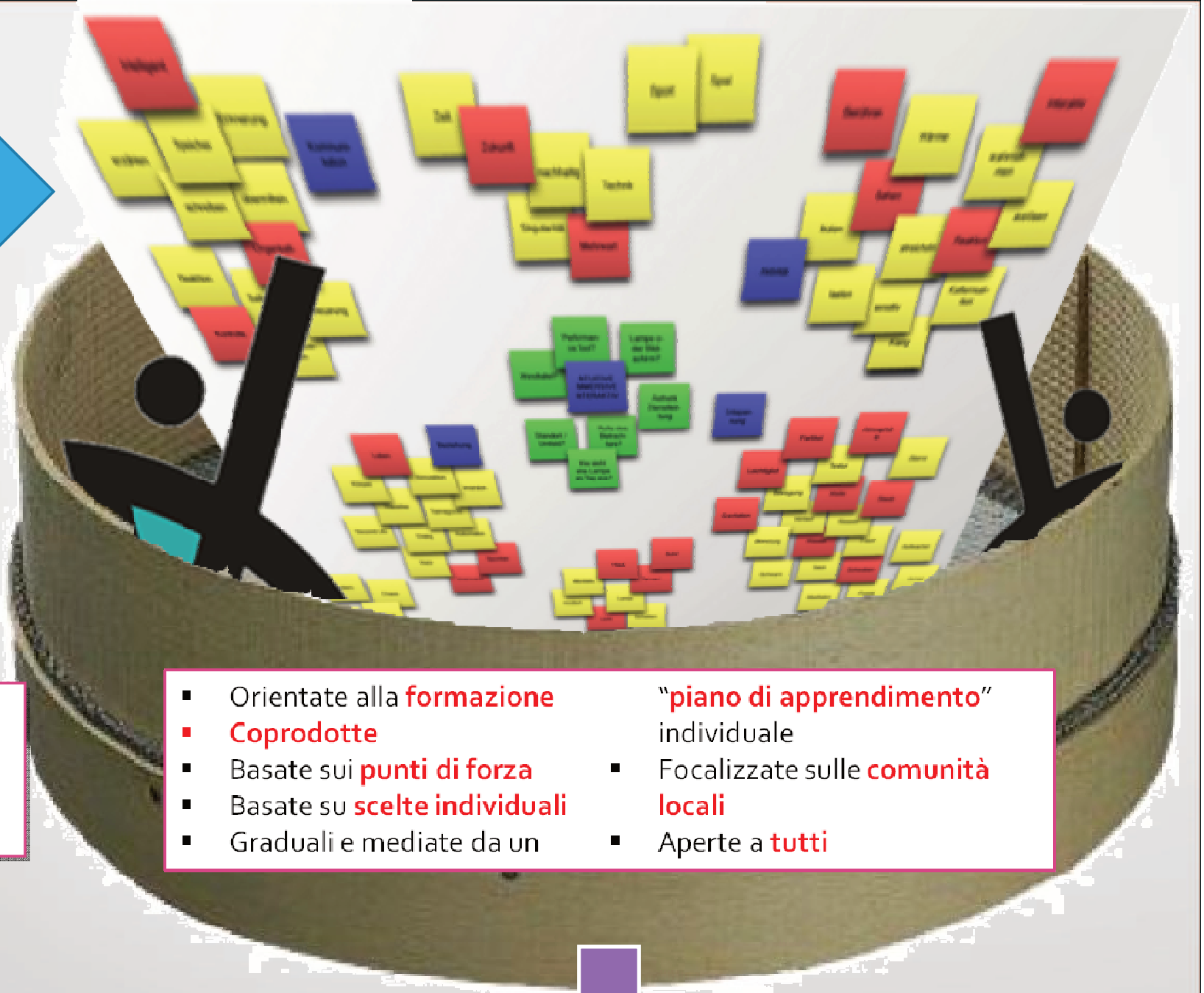
Sistema Sanitario Regione Lombardia

# Formazione e Opportunità per la Recovery

PROGRAMMA FOR

## Corsi 2015

Più di 40 proposte dai laboratori



**Criteri del Recovery College di Nottingham**

- Orientate alla **formazione**
- **Coprodotte**
- Basate sui **punti di forza**
- Basate su **scelte individuali**
- Graduali e mediate da un **"piano di apprendimento"** individuale
- Focalizzate sulle **comunità locali**
- Aperte a **tutti**

15 corsi

# Il 29 settembre 2014 è iniziata la seconda edizione con 20 corsi proposti

| | | |
|---|---|---|
| Utenti | 74 | 37,37% |
| Famigliari | 17 | 8,59% |
| Operatori | 58 | 29,29% |
| Cittadini | 39 | 19,70% |
| Consulenti esper. | 0 | 0,00% |
| Studenti | 2 | 1,01% |
| Non indicato | 8 | 4,04% |
| **Totale Iscritti** | **198** | |

## I corsi che proponiamo da settembre 2014 a febbraio 2015 sono:

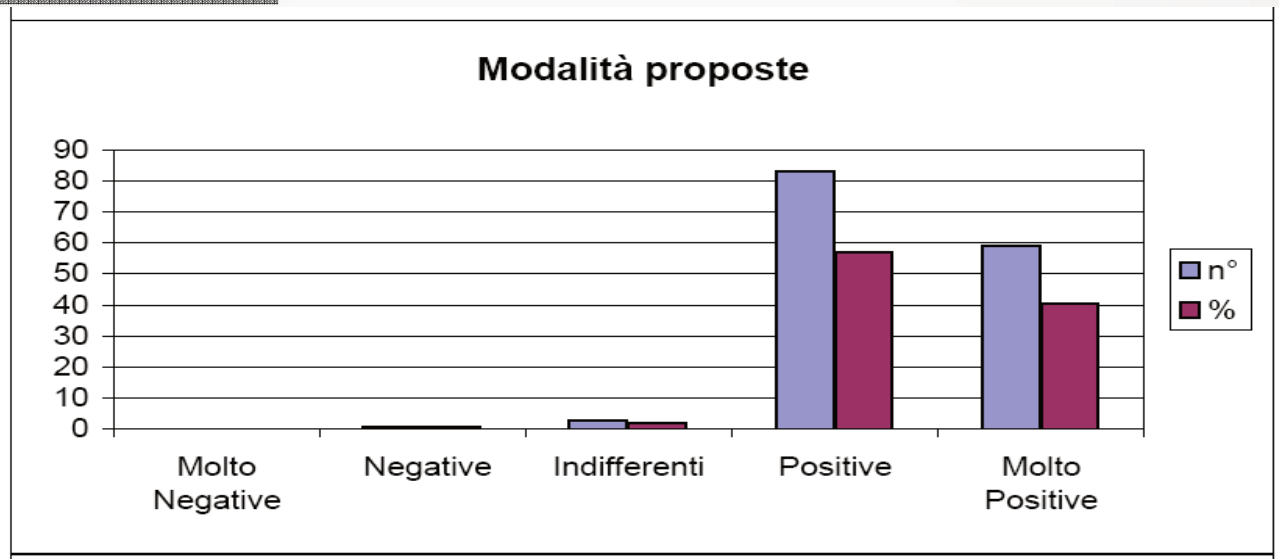
* Conosciamo la Recovery
* La Recovery Star
* Story-boarding: la creatività nelle storie personali
* Parole in viaggio per ri-trovarsi
* Recovery, tra ricerca di senso e di speranza
* Stima e autostima
* La rabbia: cos'è e come gestirla
* C'è ansia e ansia
* La depressione
* Il disturbo bipolare
* I sintomi psicotici
* Comunicazione e ascolto
* T'hai chi chuan
* Sono conosco e scelgo
* Kaos, percorso di sopravvivenza creativa
* Incontri monotematici sui disturbi nell'adolescenza (aperti a tutta la cittadinanza)

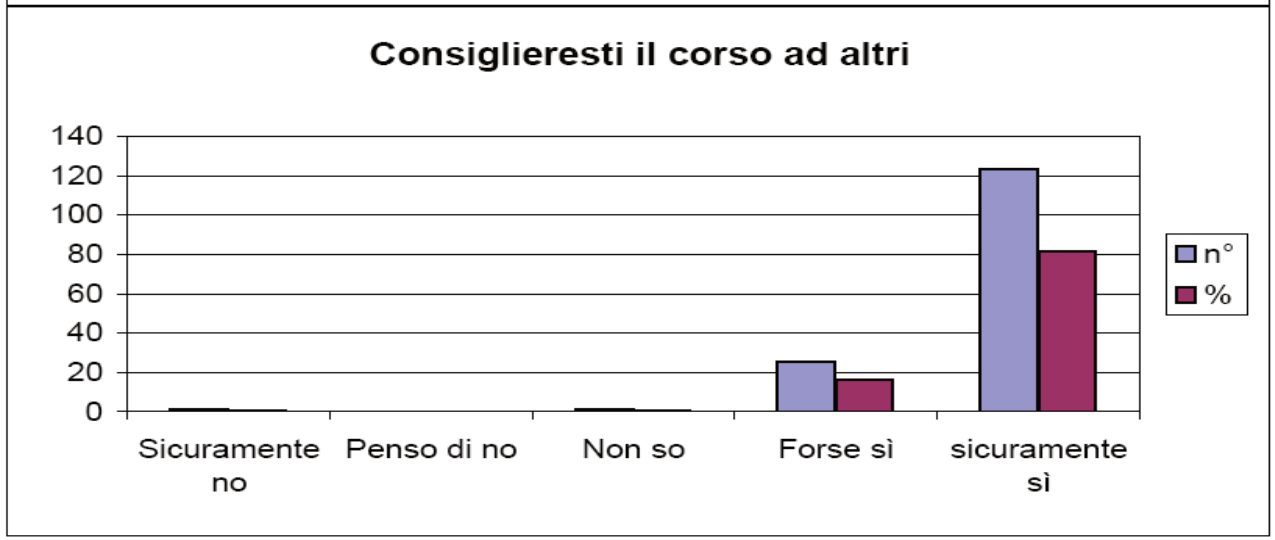
**Il catalogo completo è disponibile sul sito web del Programma FOR**

**www.programmafor.it**

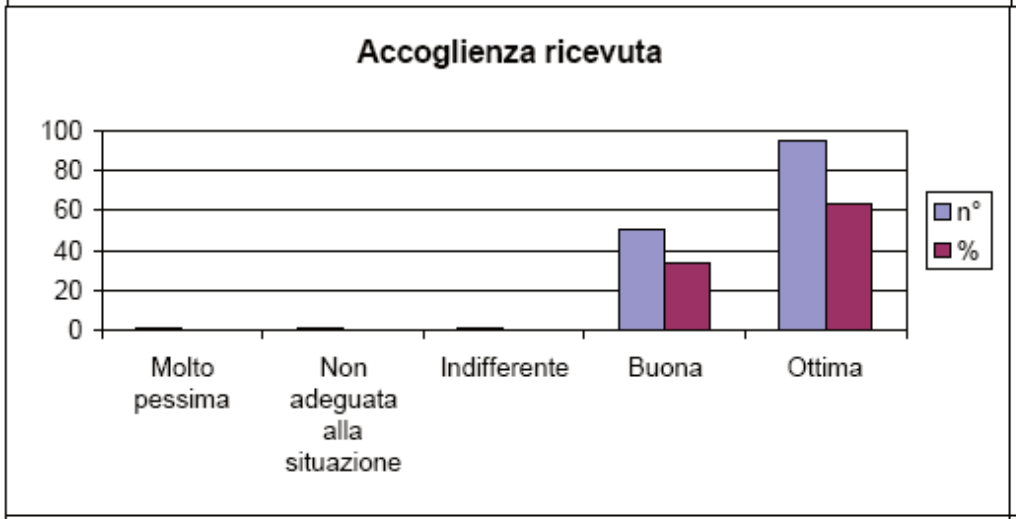
# Gradimento dei partecipanti

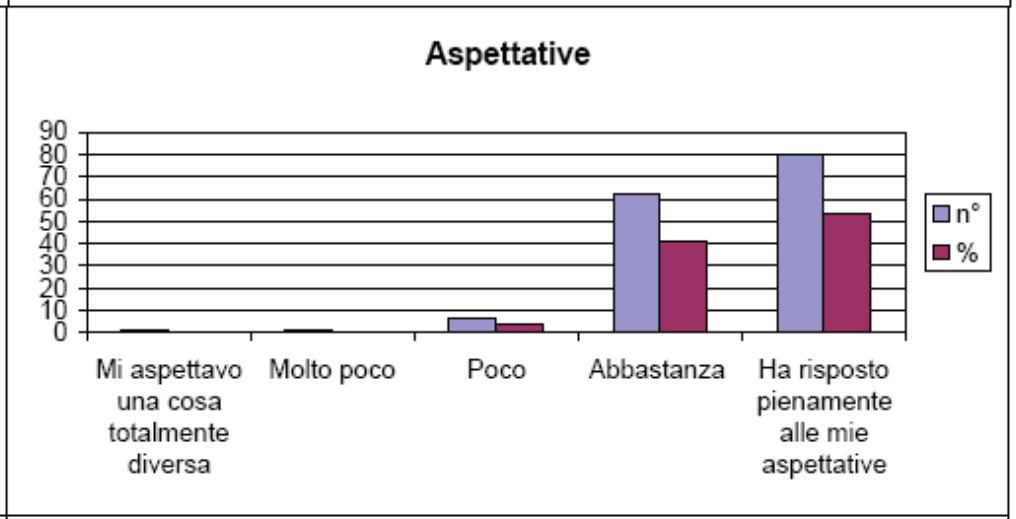
| | n° | % |
|---|---|---|
| Utente | 76 | 51,0 |
| Operatore | 16 | 10,7 |
| Famigliare | 29 | 19,5 |
| Altro | 16 | 10,7 |
| Vuoto | 12 | 8,1 |
| | | |
| Totale | 149 | 100 |

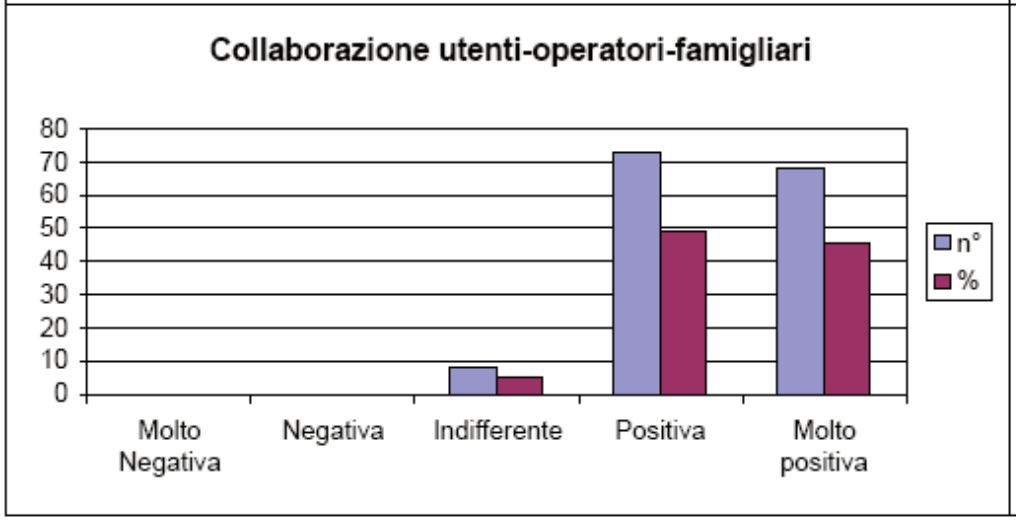


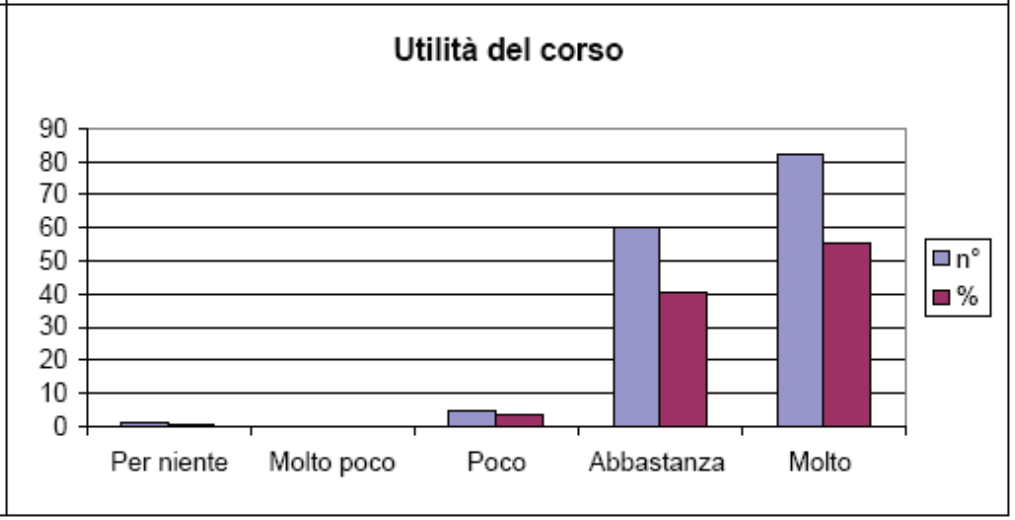



# Gradimento dei partecipanti



# Il 29 settembre 2014 è iniziata la seconda edizione con 20 corsi proposti

| | | |
|---|---|---|
| Utenti | 74 | 37,37% |
| Famigliari | 17 | 8,59% |
| Operatori | 58 | 29,29% |
| Cittadini | 39 | 19,70% |
| Consulenti esper. | 0 | 0,00% |
| Studenti | 2 | 1,01% |
| Non indicato | 8 | 4,04% |
| **Totale Iscritti** | **198** | |

## I corsi che proponiamo da settembre 2014 a febbraio 2015 sono:

* Conosciamo la Recovery
* La Recovery Star
* Story-boarding: la creatività nelle storie personali
* Parole in viaggio per ri-trovarsi
* Recovery, tra ricerca di senso e di speranza
* Stima e autostima
* La rabbia: cos'è e come gestirla
* C'è ansia e ansia
* La depressione
* Il disturbo bipolare
* I sintomi psicotici
* Comunicazione e ascolto
* T'hai chi chuan
* Sono conosco e scelgo
* Kaos, percorso di sopravvivenza creativa
* Incontri monotematici sui disturbi nell'adolescenza (aperti a tutta la cittadinanza)

**Il catalogo completo è disponibile sul sito web del Programma FOR**

**www.programmafor.it**

-

| | 2014 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Primo Semestre | | Secondo Semestre | | Differenza (2°-1°) | |
| Utenti | 76 | 51% | 74 | 37% | -2 | -3% |
| Famigliari | 29 | 19% | 17 | 9% | -12 | -41% |
| Operatori | 16 | 11% | 58 | 29% | 42 | 263% |
| Cittadini | 7 | 5% | 39 | 20% | 32 | 457% |
| Consulenti esper. | 3 | 2% | 0 | 0% | -3 | -100% |
| Studenti | 6 | 4% | 2 | 1% | -4 | -67% |
| Non indicato | 12 | 8% | 8 | 4% | -4 | -33% |
| **Totale** | **149** | | **198** | | **49** | **33%** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Iscrizioni | **250** | | **414** | 164 | 66% |
| Media a persona | 1,7 | | 2,1 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Numero di corsi | **15** | | **20** | 5 |
| Media a corso | **16,7** | | **20,7** | |

The King's Fund

In association with National Voices

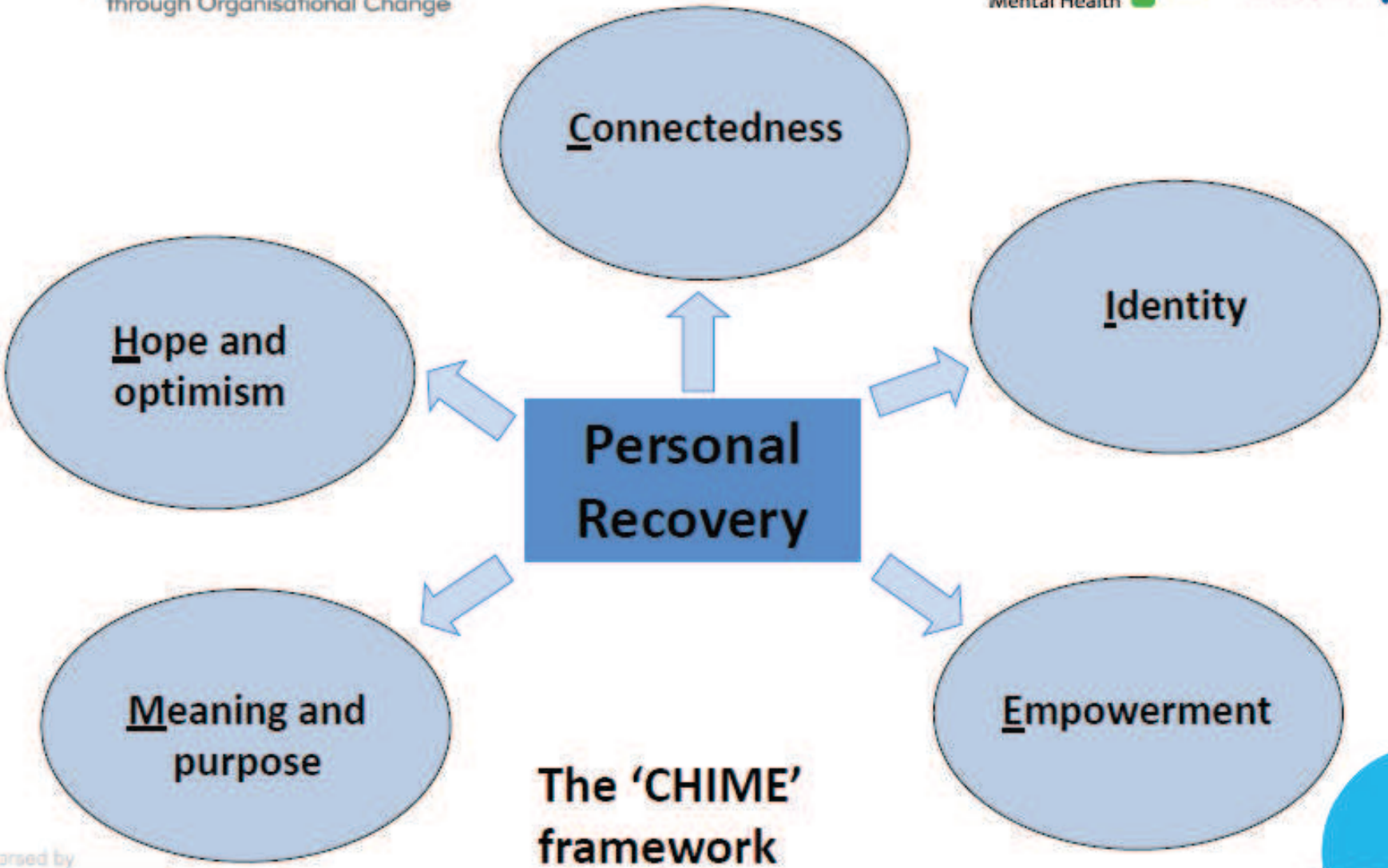
November 2014

ImROC
Implementing Recovery through Organisational Change

Supported by

Centre for Mental Health

Mental Health Network NHS CONFEDERATION




The 'CHIME' framework

Endorsed by

DH Department of Health

www.imROC.org

# I sei principi della Coproduzione

- **Riconoscere che tutte le persone hanno risorse**
- **Costruire sulle capacità che le persone hanno**
- **Importanza delle reti di supporto «fra pari»**
- **Ruoli professionali non rigidi**
- **Facilitazione  piuttosto che erogazione di interventi**
- **Mutualità e reciprocità**

**(Coproduction: the modernisation of public services by staff and users. NEF e NESTA, 2013)**

# Riconoscere le risorse di ciascuno

- Ogni persona ha competenze
- Il ruolo di chi è esperto “by living”

# Mutualità e reciprocità

•. Da ‘tu hai bisogno di me’ a ‘noi possiamo collaborare”

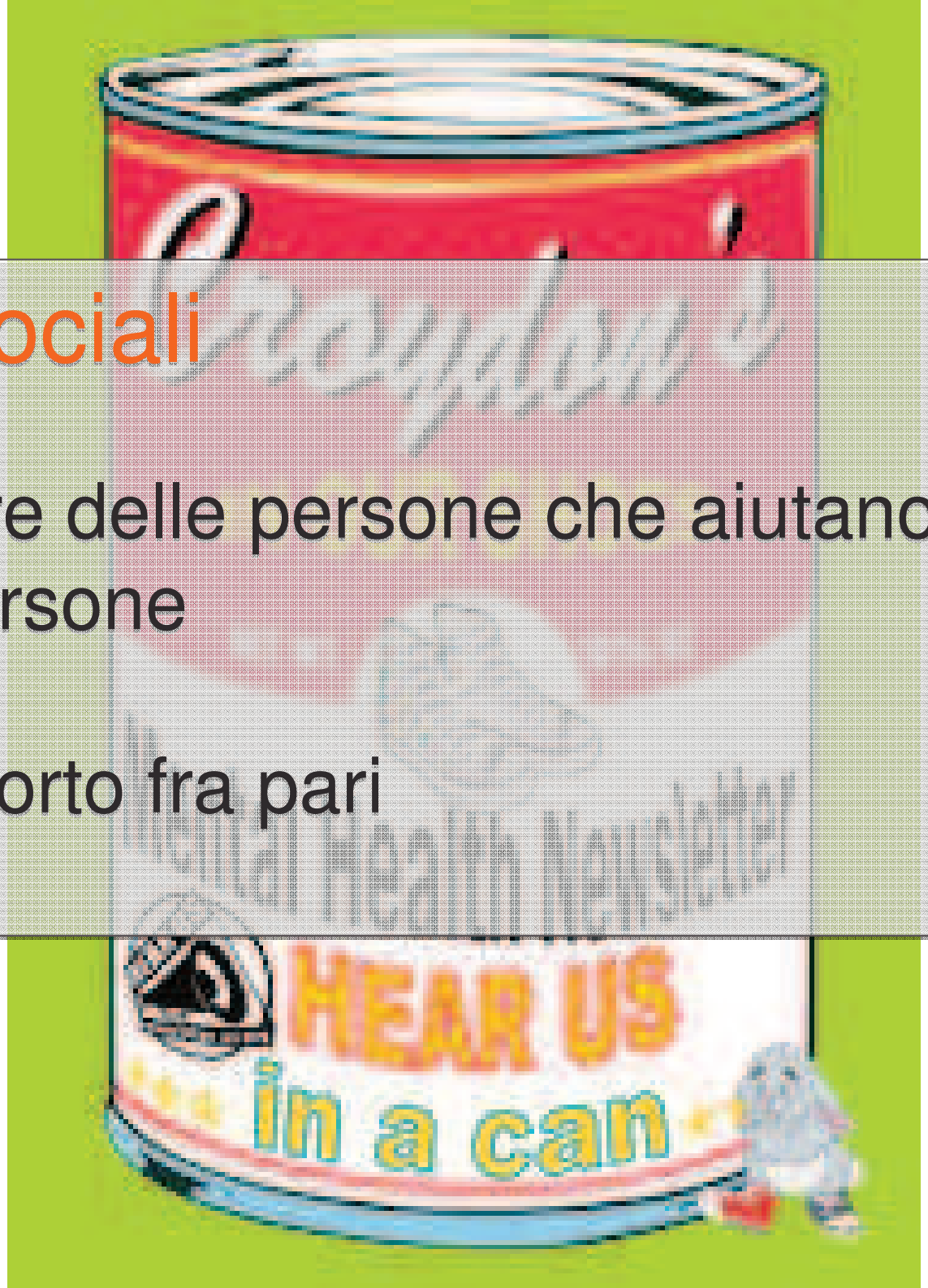
•Consentire alle persone di scambiare ed interagire con I servizi e le proprie comunità.

# Aree di sovrapposizione fra i ruoli dei professionisti e gli utenti

- Creare nuovi ruoli sia per i professionisti che per gli utenti
- Ridefinire e rivalutare il lavoro

# Reti sociali

- Il potere delle persone che aiutano altre persone
- Il supporto fra pari



BY US, FOR US:
THE POWER OF CO-DESIGN AND CO-DELIVERY

People Powered Health

# Co-designing individual care and wellbeing pathways

Care planning, pathway planning and wellbeing planning enable patients to identify their own goals and aspirations, and to navigate the services that will help to achieve them.

Innovation Unit

Nesta

# Recovery colleges: un approccio formativo

R Perkins, J Repper, M Rinaldi and H Brown, 'Recovery Colleges', Centre for Mental Health and Mental Health Network NHS Confederation, 2012

| Il modello terapeutico tradizionale | L'approccio formativo |
|---|---|
| **Il focus è sui sintomi, problemi e deficit** | Aiuta a riconoscere e usare le proprie risorse. |
| **Supera i confini degli interventi terapeutici e diventa un paradigma dominante** | Aiuta ad esplorare le proprie potenzialità ed abilità. |
| **Trasforma tutte le attività in terapie** | Supporta nel raggiungimento dei propri obiettivi ed aspirazioni. |
| **I problemi ed il tipo di intervento è scelto dagli operatori: c'è un esperto-l'operatore- ed un non esperto-il paziente.** | Gli operatori aiutano gli utenti a trovare soluzioni nel modo più autonomo possibile. |
| **Mantiene ruoli e rapporti di potere ben definiti rinforzando il concetto che gli operatori hanno tutte le competenze necessarie** | Gli studenti scelgono in autonomia i corsi di proprio interesse, diventano esperti nel prendersi cura di sè. |

# “La più semplice definizione di co-produzione è:

# le persone che usano i servizi contribuiscono a produrli”

*Needham C., Co-Production: an Emerging Evidence Base for Adult Social Care Transformation, SCIE, 2012 p. 4*

- La co-produzione può essere interpretata come una **nuova cultura** e un **nuovo stile** di lavoro che pone al centro la **relazione** tra utente e professionista
- aperta agli apporti delle **reti** sociali dell'uno (famiglia, amici, comunità, associazioni) e dell'altro (organizzazioni di appartenenza, reti di pari, enti locali)
- per la produzione di **servizi personalizzati** e personalizzanti

*Prandini R., I servizi relazionali per la famiglia, in E. Scabini e G. Rossi (a cura di ), Le parole della famiglia, Milano, Vita & Pensiero, 2006, pp. 199-211*

# I sei principi della Coproduzione

1. Riconoscere che tutte le persone hanno risorse
2. Costruire sulle capacità che le persone hanno
3. Importanza delle reti di supporto «fra pari»
4. Ruoli professionali non rigidi
5. Facilitazione  piuttosto che erogazione di interventi
6. Mutualità e reciprocità

(Coproduction: the modernisation of public services by staff and users. NEF e NESTA, 2013)

# 6. Promozione della salute mentale: il movimento della recovery ed il ruolo degli utenti

Il frutto maturo della visione della promozione della salute mentale nel mondo dei servizi è sicuramente rappresentato dalle pratiche che nei paesi di lingua inglese sono riconducibili all'approccio della 'recovery'. Donabedian aveva sottolineato 3 ruoli che gli utenti avrebbero dovuto assumere al fine di assicurare la qualità dei servizi:

- **contribuire** alla definizione di standard soddisfacenti
- **partecipare** consapevolmente alla **co-produzione** della salute
- utilizzare le informazioni per poter individuare le cure più adeguate.

(Donabedian A., 1980).

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2233

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CASATI, MOLEA, GRASSI, VARGIU, CAPONE, CAPUA, CATANIA, D'INCECCO, IORI, MAZZIOTTI DI CELSO, MIOTTO, OLIARO, ANDREA ROMANO, TINAGLI, VITELLI

Norme per valorizzare, in continuità con la legge 13 maggio 1978, n. 180, la partecipazione attiva di utenti, familiari, operatori e cittadini nei servizi di salute mentale e per promuovere equità di cure nel territorio nazionale

ART. 1.

*(Finalità).*

*[…]*

*c)* riconoscere valore fondamentale alla promozione di percorsi di cura fondati sulla condivisione tra utenti, familiari e operatori;

ART. 2.

*(Obiettivi).*

*[…]*

*b)* coinvolgere concretamente gli utenti e i familiari nei percorsi di cura e promuoverne la partecipazione attiva negli organismi deputati alla programmazione, all'attuazione e alla verifica degli interventi in tema di salute mentale.

ART. 5.

*(Utenti e familiari esperti).*

1. Il Servizio sanitario nazionale riconosce il valore del sapere esperienziale degli utenti e dei familiari e ne valorizza e promuove l'impiego nell'ambito delle prestazioni erogate dai dipartimenti di salute mentale.

**Proposta di Legge 181 (2233)**

# Un esempio di co-produzione

PROGRAMMA

FOR

**F**ormazione e

**O**pportunità per la

**R**ecovery

***Organizzare il cambiamento per riprendersi la vita***

PROGRAMMA FOR

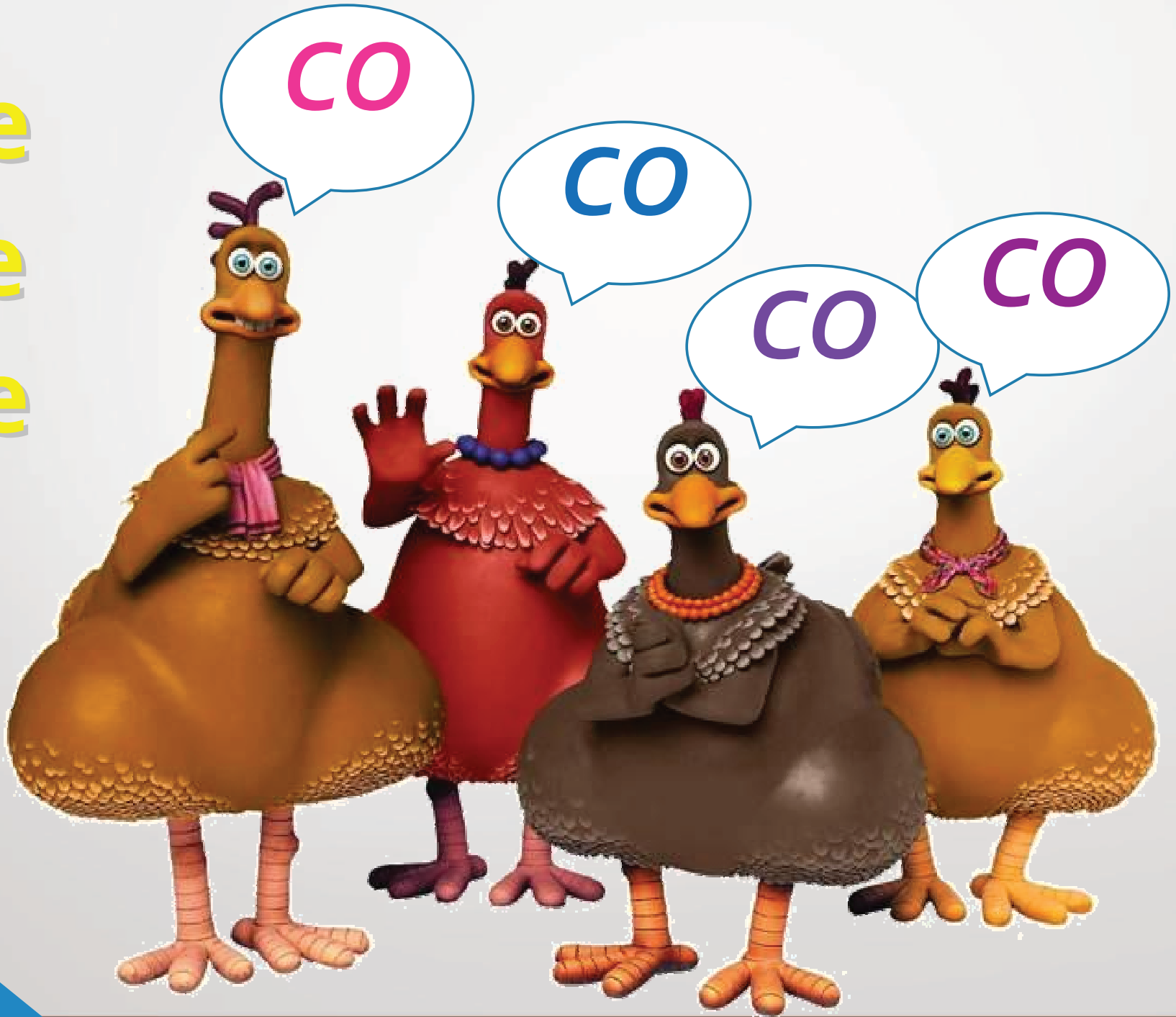
**Ente capofila:**

Spedali Civili di Brescia-UOP 23

**Enti che aderiscono:**

- ASL Vallecamonica-Sebino,
- Azienda Ospedaliera Desenzano del Garda,
- Azienda Ospedaliera "Ospedale Maggiore" di Crema,
- Associazione Il Chiaro del Bosco Onlus,
- La Rete Coop. Sociale Onlus

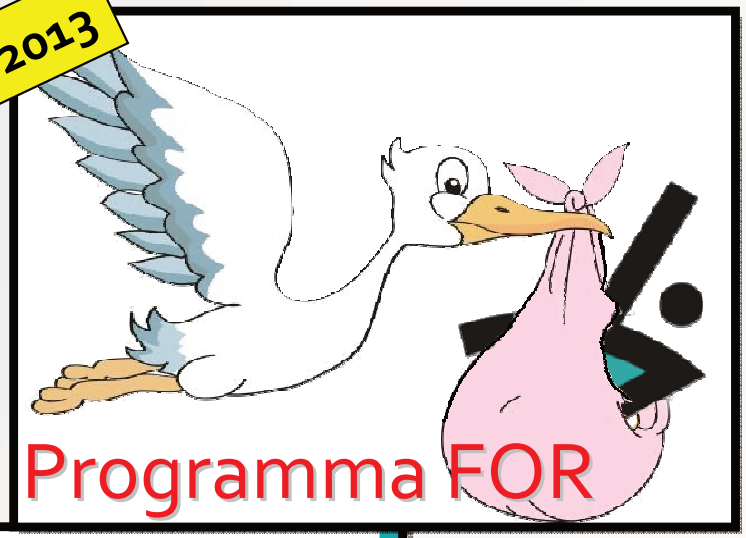
# Le nostre parole chiave



# Le nostre parole chiave

PROGRAMMA
FOR

2013




**4 laboratori**

salute mentale, benessere e cura di sé, reti sociali, lavoro

**2 gruppi di supporto**

formazione e comunicazione

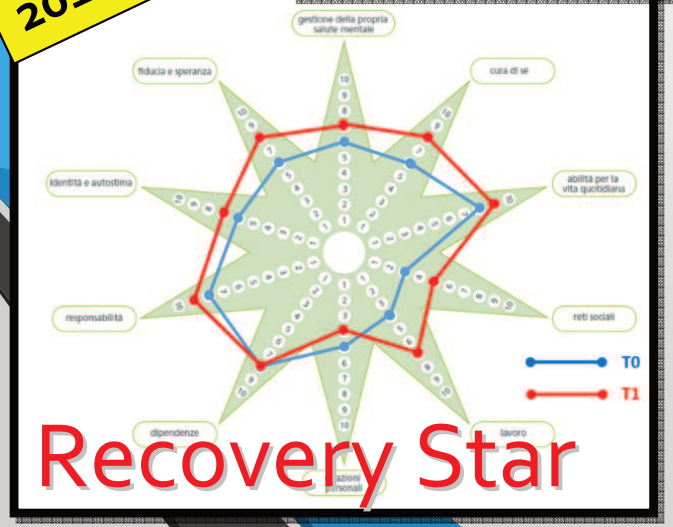
**corso per «utenti esperti»**

2012

**Studenti del proprio benessere**

**Coproduzione dei servizi**

2011




**Incontro fra due esperti**

**L'impegno attivo e responsabile dell'utente**

**Coprodurre il percorso di cura e riabilitazione**

Più di 40 proposte dai laboratori

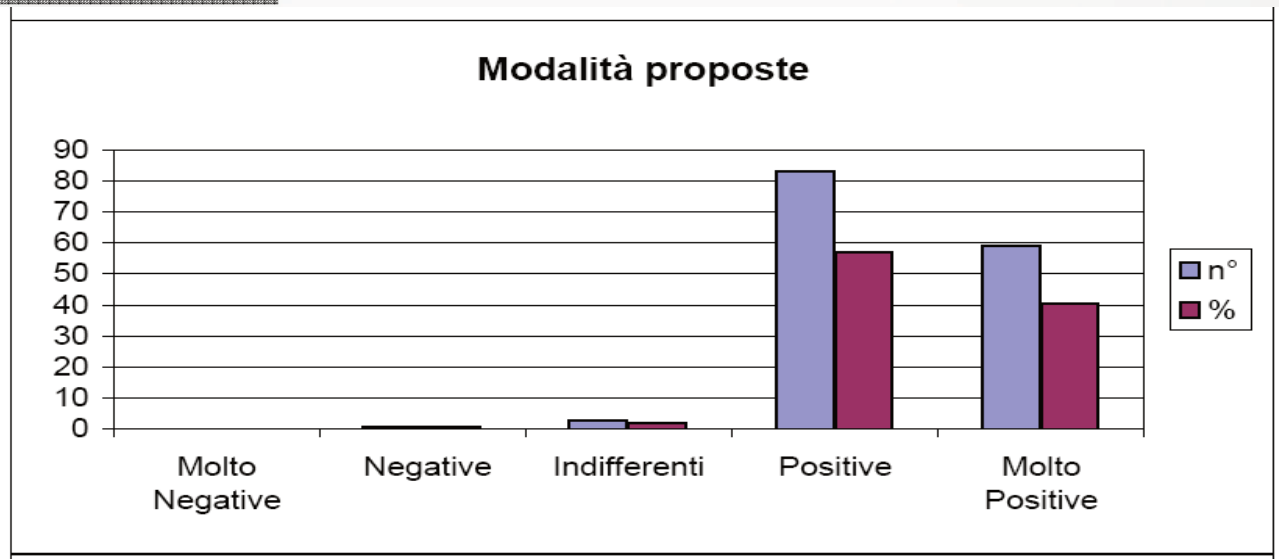
**Criteri del Recovery College di Nottingham**

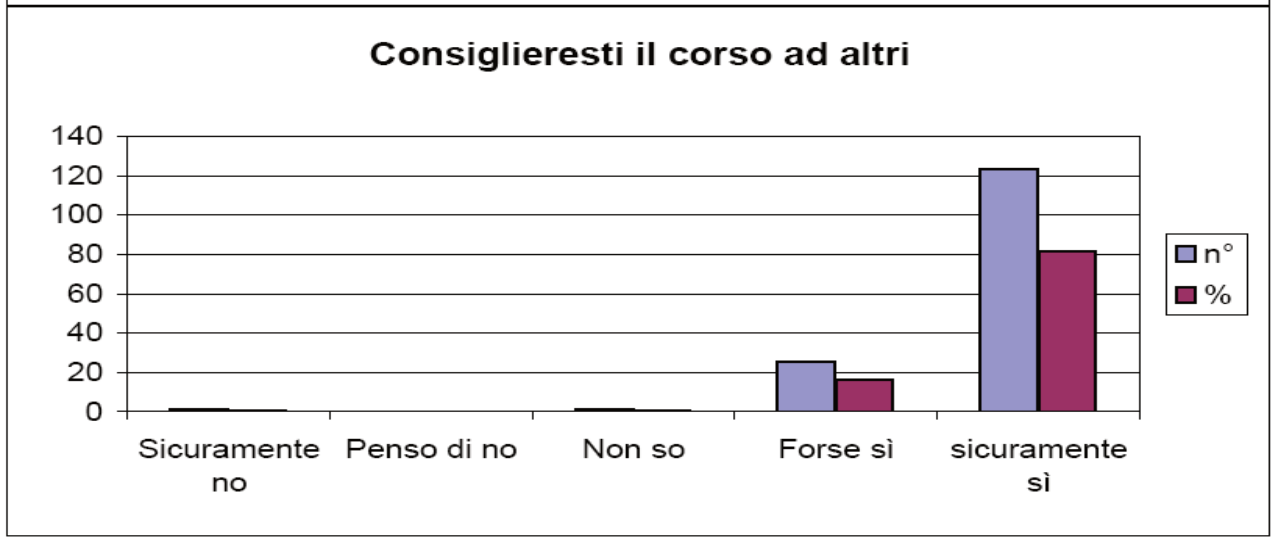
- Orientate alla **formazione**
- **Coprodotte**
- Basate sui **punti di forza**
- Basate su **scelte individuali**
- Graduali e mediate da un **"piano di apprendimento"** individuale
- Focalizzate sulle **comunità locali**
- Aperte a **tutti**

15 corsi

# Gradimento dei partecipanti

| | n° | % |
|---|---|---|
| Utente | 76 | 51,0 |
| Operatore | 16 | 10,7 |
| Famigliare | 29 | 19,5 |
| Altro | 16 | 10,7 |
| Vuoto | 12 | 8,1 |
| | | |
| Totale | 149 | 100 |



UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

# IL PHE MODEL: 4 POSIZIONI ESPERIENZIALI

**Il Patient Health Engagement (PHE) model (Graffigna et al. 2013) evidenzia come il patient engagement possa essere definito un PROCESSO PSICOSOCIALE MULTI-DIMENSIONALE DATO DALLA CONGIUNTA ATTIVAZIONE EMOTIVA, COGNITIVA E COMPORTAMENTALE (*think, feel, act*) DEI PAZIENTI VERSO LA GESTIONE DELLA LORO CONDIZIONE DI SALUTE**

## IL PROCESSO DI ENGAGEMENT DEL MALATO (PHE MODEL)

**BLACKOUT** – *"Sono sconvolto"*

Il malato **rifiuta la diagnosi, sembra emotivamente "congelato"...**
**...incapace di comprendere** la propria condizione di salute...
...e **non abbastanza equipaggiato/informato per riuscire a gestire concretamente la malattia**

**ALLERTA** – *"Sono un corpo malato"*

Il malato è **consapevole** della sua condizione di salute **e spaventato non ha abbastanza informazioni** per dare senso alla sua condizione di salute e...
...attua **comportamenti confusi e disorganizzati** per gestire la sua salute

**ADESIONE** – *"sono un paziente"*

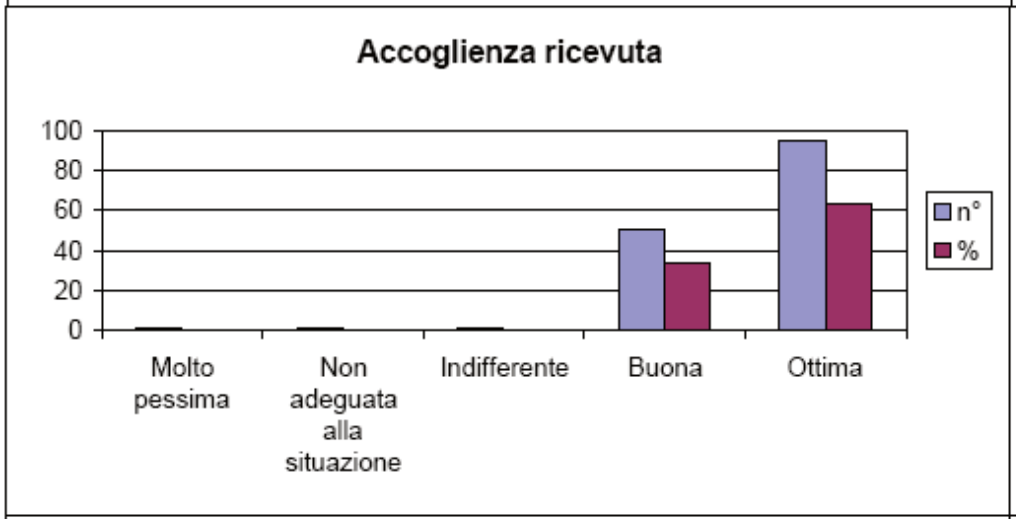
Il malato **ha accettato la sua diagnosi...**
...ha **sufficienti informazioni – seppure astratte** – relative alla sua malattia e al suo trattamento...
...è **formalmente aderente ai trattamenti,** seguendo un rigido "copione"

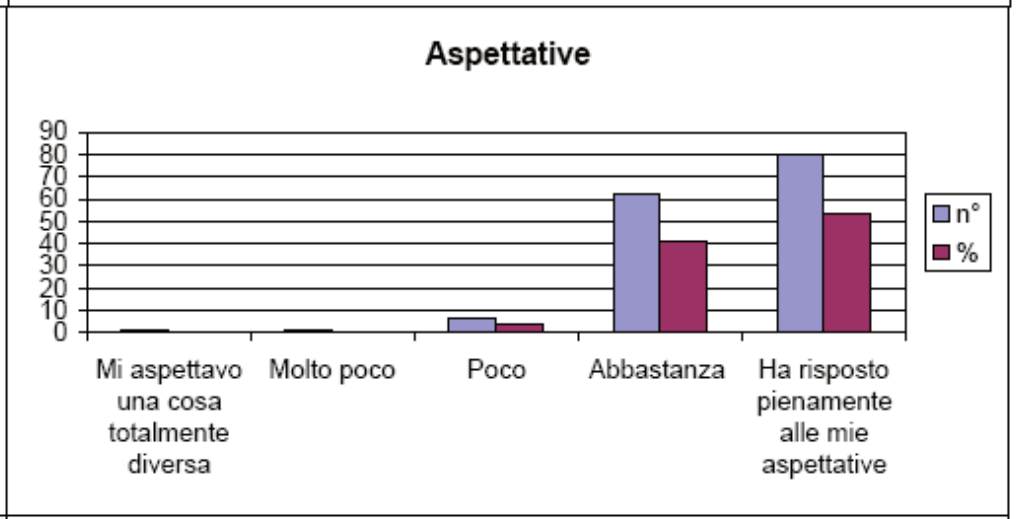
**PROGETTO EUDAIMONICO** – *"sono una persona"*

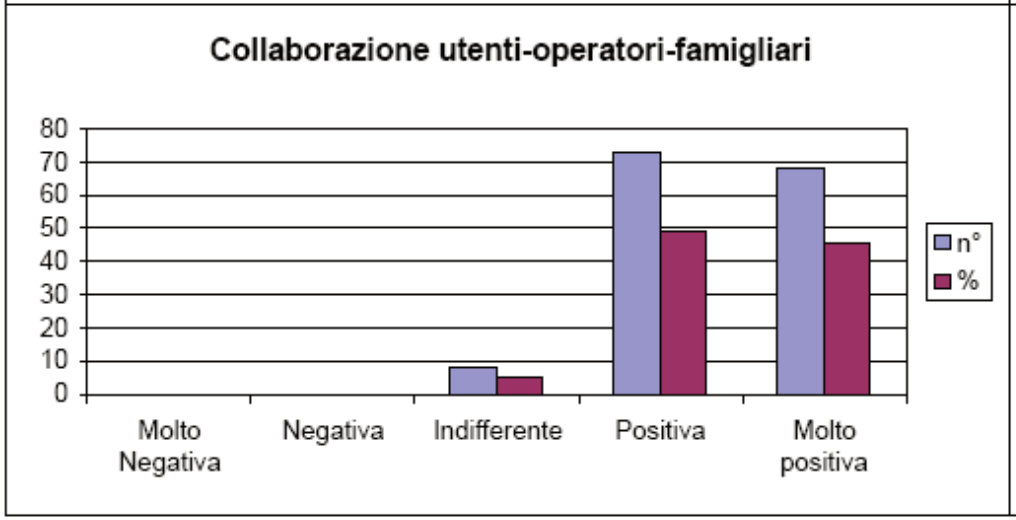
Ha elaborato la sua malattia ...
...ha **un livello di health literacy elevato e una forte conoscenza su come gestire la salute...**
**...è capace di proiettare la sua condizione di malattia in una traiettoria "eudaimonica"** di vita

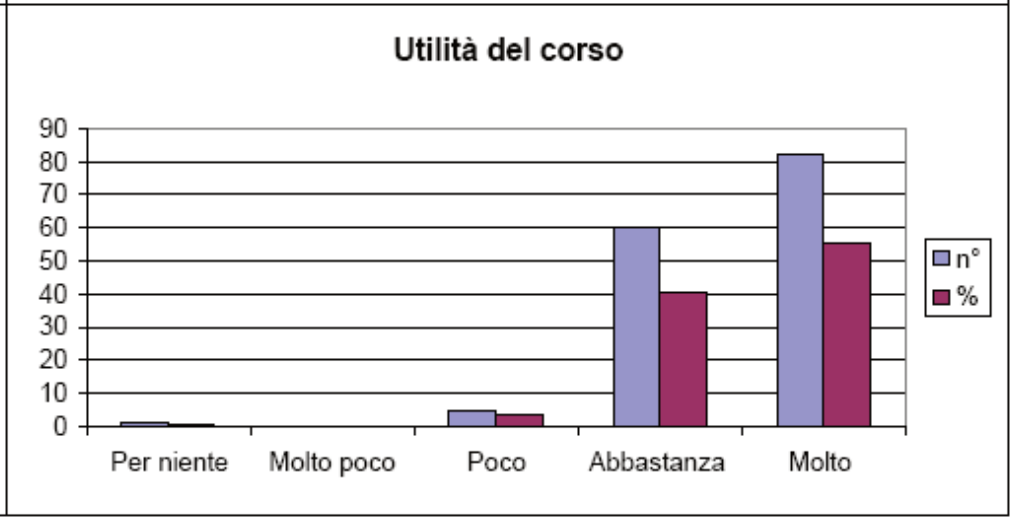
LIVELLI INCREMENTALI DI ENGAGEMENT

# Gradimento dei partecipanti



# Il 29 settembre 2014 è iniziata la seconda edizione con 20 corsi proposti

| | | |
|---|---|---|
| Utenti | 74 | 37,37% |
| Famigliari | 17 | 8,59% |
| Operatori | 58 | 29,29% |
| Cittadini | 39 | 19,70% |
| Consulenti esper. | 0 | 0,00% |
| Studenti | 2 | 1,01% |
| Non indicato | 8 | 4,04% |
| **Totale Iscritti** | **198** | |

## I corsi che proponiamo da settembre 2014 a febbraio 2015 sono:

* Conosciamo la Recovery
* La Recovery Star
* Story-boarding: la creatività nelle storie personali
* Parole in viaggio per ri-trovarsi
* Recovery, tra ricerca di senso e di speranza
* Stima e autostima
* La rabbia: cos'è e come gestirla
* C'è ansia e ansia
* La depressione
* Il disturbo bipolare
* I sintomi psicotici
* Comunicazione e ascolto
* T'hai chi chuan
* Sono conosco e scelgo
* Kaos, percorso di sopravvivenza creativa
* Incontri monotematici sui disturbi nell'adolescenza (aperti a tutta la cittadinanza)

**Il catalogo completo è disponibile sul sito web del Programma FOR**

**www.programmafor.it**

-

| | 2014 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Primo Semestre | | Secondo Semestre | | Differenza (2°-1°) | |
| Utenti | 76 | 51% | 74 | 37% | -2 | -3% |
| Famigliari | 29 | 19% | 17 | 9% | -12 | -41% |
| Operatori | 16 | 11% | 58 | 29% | 42 | 263% |
| Cittadini | 7 | 5% | 39 | 20% | 32 | 457% |
| Consulenti esper. | 3 | 2% | 0 | 0% | -3 | -100% |
| Studenti | 6 | 4% | 2 | 1% | -4 | -67% |
| Non indicato | 12 | 8% | 8 | 4% | -4 | -33% |
| **Totale** | **149** | | **198** | | **49** | **33%** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Iscrizioni | **250** | | **414** | 164 | 66% |
| Media a persona | 1,7 | | 2,1 | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Numero di corsi | **15** | | **20** | 5 |
| Media a corso | **16,7** | | **20,7** | |

## PUNTI DI FORZA

Il lavoro degli utenti esperti nella progettazione e presenza all'interno dei corsi

Flessibilità organizzativa come risposta ai molteplici bisogni emersi

Responsabilizzazione di chi partecipa fin dal momento dell' iscrizione (scelta individuale)

Evidenze positive osservate nei percorsi individuali: le persone riconoscono il loro cambiamento

Il successo e la grande diffusione del progetto fa emergere un bisogno concreto dell'intera comunità a cui si sta dando una risposta

## ASPETTI CRITICI di riflessione

Mancanza di un «college», un luogo accogliente di cui sentirsi parte

Kaos conseguente all'elevata flessibilità organizzativa. Ad esempio la diversità di procedura nella raccolta iscrizioni, può generare incomprensioni

I formatori interpretano la Recovery in maniera diversa all'interno dei corsi, anche nell'accesso agli stessi, che diventa disomogeneo

Secondo il carattere d'inclusione, i corsi sono aperti a tutti. A volte risulta complesso rispondere ad aspettative così diverse

*Se vuoi costruire una nave non chiamare la gente che procura il legno, che prepara gli attrezzi necessari, non distribuire compiti, non organizzare il lavoro.*

*Prima invece sveglia negli uomini la nostalgia del mare lontano e sconfinato. Appena si sarà svegliata in loro questa sete, gli uomini si metteranno subito al lavoro per costruire la nave.*

*(Antoine de Saint-Exupéry)*

LIVELLI INCREMENTALI DI ENGAGEMENT

**BLACKOUT**
*“sono sconvolto”*

**ALLERTA**
*“sono un corpo malato”*

**ADESIONE**
*“sono un paziente”*

**EUDAIMONIA**
*“sono una persona”*

ImROC

NHS
Nottinghamshire Healthcare
NHS Foundation Trust

# The current state of Recovery Colleges in the UK: final report

*Alessia Anfossi*

Recovery is a multidimensional concept which includes self-esteem, adjustment to disability, empowerment, and self-determination (Anthony, 1993). The principles of the recovery approach, which include the importance of good relationships, education, employment and purpose alongside reductions in clinical symptoms, can apply to all age groups and conditions (Department of Health, 2011).

In a recovery-oriented mental health system, each service seeks to ameliorate people's impairment, dysfunction, disability, and disadvantage (Anthony, 1993), so that they can achieve a meaningful life, focused on wellness instead of illness (Amering and Schmolke, 2009).

In this sense, the introduction of Recovery Colleges has revolutionised the way people can be supported to live the lives they want to lead. Using an educational paradigm, Recovery Colleges inspire students to develop a different relationship with their condition, a wider range of coping skills, greater confidence and knowledge, to overcome challenges, and strive towards their own goals.

The aim of this survey is to explore the current state of Recovery Colleges in the UK and the different ways that Recovery Colleges have incorporated and applied the Recovery Principles.

## Box 2: Bodenheimer and colleagues' comparison of traditional and collaborative care in chronic illness

| Issue | Traditional care | Collaborative care |
|---|---|---|
| What is the relationship between patient and healthcare professionals? | Professionals are the experts who tell patients what to do. Patients are passive. | Shared expertise with active patients. Professionals are experts about the disease and patients are experts about their lives. |
| Who is the principal caregiver and problem solver? Who is responsible for outcomes? | The professional. | The patient and professional are the principal caregivers; they share responsibility for solving problems and for outcomes. |
| What is the goal? | Compliance with instructions. Non-compliance is a personal deficit of the patient. | The patient sets goals and the professional helps the patient make informed choices. Lack of goal achievement is a problem to be solved by modifying strategies. |
| How is behaviour changed? | External motivation. The patient makes changes to please the physician. | Internal motivation. Patients gain understanding and confidence to accomplish new behaviours. |
| How are problems identified? | By the professionals, eg changing unhealthy behaviours. | By the patient, eg pain or inability to function, and by the professional. |
| How are problems solved? | Professionals solve problems for patients. | Professionals teach problem-solving skills and help patients in solving problems. |

Source: Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *The Journal of the American Medical Association* 2002; 288(19): 2469-2475.

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

none of the time | rarely | some of the time | often | all of the time

### 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?**

Comments

### 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?**

Comments

### 3 Opportunity:

- Developing and supporting the things you are good at
- Supporting the role 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?**

Comments

### 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?**

Comments

www.southernhealth.nhs.uk/recovery

© Katherine Newman Taylor 2013

## Next steps.....

- Your care plan
- Recovery college, www.southernhealth.nhs.uk/health-and-wellbeing/recovery/college/
- Recovery college toolkit, www.southernhealth.nhs.uk/health-and-wellbeing/recovery/recoverytoolkit/
- Wellness Recovery Action Plan, www.southernhealth.nhs.uk/knowledge/wrap

| Further Details | | | |
|---|---|---|---|
| Name: | | Todays date: | |
| Team / Ward: | | Date of birth: | |
| RiO number: | | Care cluster: | |
| Questionnaire completed at: | Tick | Comments | |
| Admission | | | |
| Initial appointment | | | |
| Care plan review | | | |
| CPA | | | |
| Discharge | | | |
| Extended leave | | | |
| Other (please state) | | | |
| Did you need support to complete these questions? | | Yes/ No/ Some of it | |
| Declined to answer | | | All |
| Q1 (Hope) | Q2 (Agency) | Q3 (Opportunity) | Q4 (Relationships) |

Southern Health NHS
NHS Foundation Trust

# 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.**