

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 LUCCHI¹, GIANPAOLO SCARSATO¹, GIUSEPPE FAZZARI¹,
GRUPPO REX.IT**

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

¹Unità 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 costruito – 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.

SUMMARY. Aim. Mental Health Recovery Star (MHRS) is an instrument that helps to assess recovery processes of mental health patients through a collaborative approach. The aim of the study is to describe the features of the instrument and to report the results of the Italian validation study. **Methods.** The study involved 117 users which were evaluated in two phases. Besides MRHS, HoNOS, WHOQoL-brief, GAF were used. Acceptability for users and key-workers of the instruments and its main psychometric properties, as test-retest (ICC) and concurrent validity (Pearson's correlation coefficient), were evaluated. **Results.** MHRS showed to have temporal stability in all its areas. Significant correlations were found between the MHRS and the most closely related areas of the scales used. Inter-rater reliability were studied in an unsatisfactory way. MHRS was appreciated and easy to use. Collaborative evaluations were completed mostly in less than 45 minutes. **Conclusions.** MHRS is an acceptable tool for users and staff-members, distinguishing itself from the use of useful visual aids; helps to identify the patient's recovery path and supports a collaborative approach between user and operator. The results of the psychometric properties of the instrument appeared promising but not exhaustive. Although further efforts should be addressed to the implementation of such aspects of the instrument and reflections should be raised with respect to the traditional methods to detect the complex meaning of recovery (subjective-objective aspects), the valuable collaborative contribution of MHRS can not be denied in favoring the user's responsibility and supporting the professional worker in his role of case manager.

KEY WORDS: evaluation instruments, recovery, mental disorders, Mental Health Care.

INTRODUZIONE

Il tema della coproduzione nei servizi pubblici ha rinnovato il concetto del welfare¹ e per quanto riguarda i servizi sanitari, in particolare della salute mentale, ha raggiunto un consenso esteso la sua complementarietà con il modello della *recovery*². In questo quadro di riferimento, il coinvolgimento degli utenti nella coproduzione degli interventi sanitari è una questione dibattuta in numerosi documenti di agenzie ed enti qualificati³. Il National Institute for Health and Care Excellence affronta l'argomento con due linee-guida: una specifica per la salute mentale, con un focus sul miglioramento dell'esperienza degli utenti attraverso la loro partecipazione attiva alla vita dei servizi, la seconda relativa ai percorsi che contribuiscono a migliorare gli esiti di salute degli interventi co-costruiti a livello comunitario con i diretti beneficiari^{4,5}. La declinazione concreta di questi principi nelle pratiche quotidiane dei servizi di salute mentale, anche del contesto italiano, sembra essere ancora disomogenea e condizionata da fattori locali⁶. Sulla base di questi presupposti e in un'ottica di rivisitazione dei modelli e degli interventi nell'ambito dei servizi psichiatrici, appare utile offrire agli operatori, che quotidianamente lavorano con utenti e familiari, strumenti di facile utilizzo che possano orientare la loro attività verso stili operativi indirizzati alla coproduzione e alla *recovery*.

Negli ultimi decenni il concetto di *recovery*⁷ ha progressivamente acquisito una maggiore importanza nell'ambito della ricerca e nella politica della salute mentale. Come sostengono Slade et al.⁸ i servizi dedicati alla salute mentale dovrebbero rimodulare il proprio ruolo, facilitando i processi di *recovery* dei loro utenti. In particolare, la *recovery* offre un'opportunità di trasformazione per i servizi favorendo un maggior protagonismo degli utenti coinvolgendoli nella definizione dei propri obiettivi di cura⁹.

La Mental Health Recovery Star (MHRS) si colloca in questo contesto e si caratterizza come uno strumento utile agli operatori di riferimento e ai case-manager per la costruzione di progetti di cura e di riabilitazione individualizzati, al loro monitoraggio e verifica, mantenendo al "centro" l'utente e valorizzando il suo percorso. La MHRS è stata sviluppata da Triangle Consulting su mandato del Mental Health Providers Forum in Inghilterra, dove è stata oggetto dello studio di validazione delle proprietà psicometriche¹¹ e dove ha trovato impiego in un'ampia gamma di servizi e progetti, al punto da essere presa in considerazione per la definizione delle misure d'esito all'interno dei progetti governativi sui "payments by results".

Lo strumento sta trovando una diffusione crescente nei Paesi anglosassoni e sono in corso alcune iniziative per renderlo disponibile anche in lingue diverse dall'inglese: francese, danese e, con il presente studio, italiano.

L'obiettivo del nostro contributo è quello di esporre le principali caratteristiche della MHRS e descriverne i risultati di validazione italiana. Lo studio è stato condotto nell'ambito di un progetto collaborativo cui hanno partecipato servizi di dipartimenti di salute mentale pubblici e del privato-sociale della Lombardia ed è stata sostenuta da un cofinanziamento della Fondazione Comunità Bresciana. L'Associazione Il Chiaro del Bosco (www.ilchiarodelbosco.it) è stata il riferimento organizzativo della ricerca.

METODI

Il progetto collaborativo che ha portato alla validazione italiana della MHRS ha coinvolto i servizi lombardi di quattro enti pubblici (UOP 23 DSM ASST Spedali Civili-Brescia, DSM ASST del Garda, DSM ASST di Crema, DSM ASST della Vallecambonica) e di due organizzazioni del privato sociale (Associazione Il Chiaro del Bosco, Cooperativa Liberamente). La collaborazione, ottenuta attraverso una lettera di intenti condivisa, è stata operativamente avviata dopo la formazione capillare all'uso della MHRS e l'approfondimento/allineamento all'uso degli ulteriori strumenti inseriti nel progetto.

Il disegno dello studio ha previsto la compilazione della MHRS con almeno un centinaio di pazienti in contatto con le strutture psichiatriche appartenenti agli enti che hanno collaborato al progetto.

Lo studio si è articolato in due valutazioni (T0 e T1) condotte a distanza di 1 mese circa, utilizzando tutti gli strumenti di seguito indicati. Per tutti i soggetti sono state rilevate le caratteristiche socio-demografiche-cliniche e la Clinical Global Impression (CGI)¹²; è stata compilata la MHRS e in aggiunta sono state somministrate la HoNOS^{13,14}, il WHOQOL-B¹⁵ e la GAF¹⁶. Tali strumenti valutativi sono stati individuati tentando di restare aderenti alla routine dell'assessment clinico dei vari servizi e cercando di favorire il confronto con la maggior parte delle aree previste dalla MHRS.

Al termine della prima valutazione (T0) è stata rilevata l'accettabilità dello strumento soggettivamente percepita dall'operatore e dall'utente nella compilazione della MHRS. A tale proposito sono stati utilizzati due item costruiti *ad hoc* su una scala Likert a 5 punti, il primo item rilevava il livello di gradimento (da per "nulla gradito" a "molto gradito") e il secondo il livello di difficoltà (da "molto difficile" a "molto facile"). Infine, sono stati rilevati i tempi necessari per la compilazione condivisa della MHRS.

I pazienti, previo consenso informato, sono stati consecutivamente reclutati tra quelli che necessitavano dell'attivazione di un percorso di cura di presa in carico secondo i criteri della Regione Lombardia così come descritti nell'ultimo Progetto Regionale per la Salute Mentale¹⁷.

Tutti gli operatori di riferimento (*case manager*) sono stati coinvolti nello studio e formati all'utilizzo della MHRS.

Descrizione delle caratteristiche della MHRS

La MHRS nasce dall'utilizzo di metodi qualitativi e quantitativi secondo un modello di ricerca-azione partecipativa descritta dalle autrici dello strumento¹⁰ che ha coinvolto ricercatori, operatori e utenti di servizi diurni e residenziali dell'area londinese.

Lo strumento è considerato una misura di esito olistica e personalizzata, con un focus sull'approccio di *recovery*¹⁸. La MHRS rileva il percorso di *recovery* dell'utente mediante una descrizione linguistica e una mappa visiva, per favorire l'individuazione del punto in cui il soggetto si trova nel proprio "viaggio di *recovery*". In aggiunta, consente alla persona di tracciare i propri progressi e pianificare le azioni necessarie per soddisfare i propri obiettivi di cambiamento^{11,18,19}. Principalmente sono due gli elementi che costituiscono la MHRS: il primo è lo schema visivo a forma di stella a 10 punte che riporta le dimensioni di vita alla base del percorso di *recovery* e su cui si segna il punteggio rilevato (figura 1 e box 1); la seconda è la "scala del cambiamento" (figura 2), che descrive cinque passi del cammino di *recovery*, ciascuno dei quali è suddiviso in due fasi e descritti con specifici punteggi di ancoraggio in ciascuna area.

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

L'attribuzione dei punteggi in ogni area presuppone un'analisi e una discussione durante il colloquio dell'operatore di riferimento con il paziente, al fine di fotografare lo stato del momento e definire un piano di intervento individualizzato e coprodotto. Al termine della prima rilevazione dei punteggi e concordati gli obiettivi di cambiamento, la valutazione verrà effettuata nuovamente a distanza di un tempo congruo. Si tratta, pertanto, di un metodo per la valutazione, la negoziazione e il supporto di percorsi individualizzati per utenti dei servizi psichiatrici, attraverso un loro coinvolgimento diretto.

Lo strumento si caratterizza per l'utilizzo di un linguaggio semplice, senza ricorso a un'esplicita terminologia clinica, con uno stile informale e con esempi concreti, coadiuvato da un ampio utilizzo di soluzioni grafiche che, ancor più della parte testuale, ne veicolano i contenuti.

Complessivamente la MHRS è costituita da diversi ausili: la guida dell'utente, contenente la descrizione delle 10 aree di vita e i relativi punteggi di ancoraggio secondo la scala del cambiamento; la guida per le organizzazioni, comprendente le indicazioni per la compilazione e le FAQ; il modulo per la rilevazione dei punteggi: "la stella"; e il modulo del piano d'azione per pianificare l'intervento sulle aree prioritarie per il paziente.

La MHRS è stata tradotta in italiano, previa autorizzazione delle autrici e sottoposta a processo di traduzione e adattamento secondo alcuni suggerimenti della letteratura¹⁰. Tale processo ha previsto una fase di traduzione in italiano (*forward translation*), condotta da esperti del settore della salute mentale madrelingua italiana; una traduzione in inglese (*backward translation*) effettuata da alcuni traduttori madrelingua inglese, individuati a Londra dalle autrici, da una fase di revisione finale²¹⁻²⁴ e utilizzo del format ufficiale della MHRS, fornito dal Triangle Consulting che possiede il copyright dello strumento.

Per padroneggiare l'uso della MHRS è necessario un training

formativo di due giornate, che consente all'operatore di lavorare direttamente con gli utenti, così come indicato dalle autrici.

Per l'Italia l'ente autorizzato da Triangle Consulting a distribuire il materiale e a fare formazione all'utilizzo della MHRS è l'Associazione Il Chiaro del Bosco (www.ilchiarodelbosco.org), che ha costituito un gruppo di formatori composto da operatori, utenti e familiari dei servizi di salute mentale.

Analisi dei dati

Per le variabili sociodemografiche-cliniche del campione e per le caratteristiche degli operatori è stata condotta un'analisi delle frequenze, delle medie e delle deviazioni standard.

L'indagine della concordanza tra i valutatori (*inter-rater reliability*) è stata effettuata mediante una sessione speciale di utilizzo dello strumento al termine del training formativo, durante la quale tutti gli operatori partecipanti allo studio hanno attribuito punteggi, indipendentemente l'uno dall'altro, su un caso clinico discusso e accuratamente descritto. La concordanza è stata stimata attraverso il calcolo del coefficiente K di Cohen, confrontando a coppie i punteggi di tutti i compilatori. Non è stato possibile procedere con misurazioni di casi-clinici aggiuntivi.

Lo studio della stabilità dei punteggi (*attendibilità test-retest*) ottenuti in modo collaborativo tra operatore e utente alla MHRS è stata valutata utilizzando il coefficiente di correlazione intraclassa, testando l'ipotesi nulla $r=0,70$. La validità concorrente è stata valutata utilizzando il coefficiente di correlazioni di Pearson.

Infine, è stata condotta un'analisi delle frequenze per stimare il livello di gradimento, di difficoltà dell'uso dello strumento e i relativi tempi di somministrazione.

Tutti i dati raccolti sono stati inseriti in un database e analizzati con SPSS versione 26 per Windows.

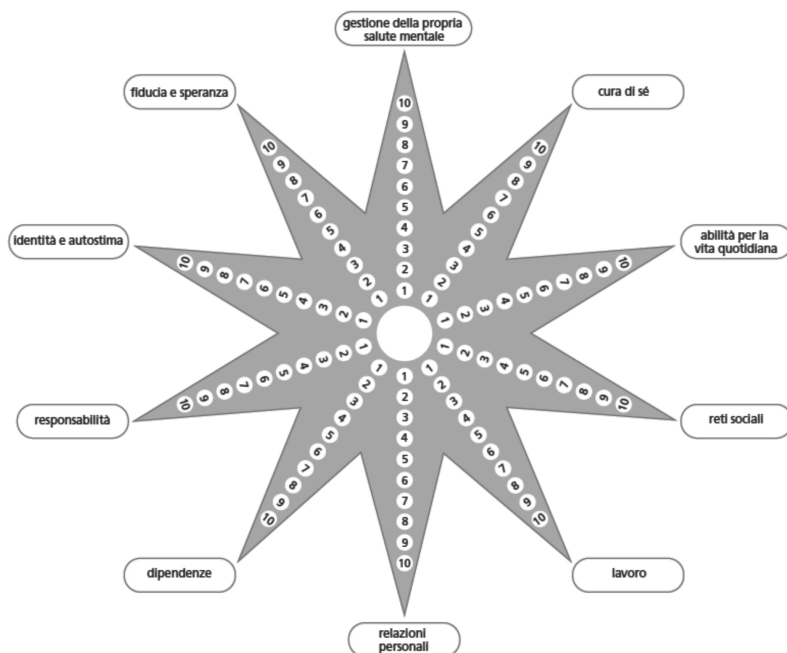


Figura 1. Stella a 10 punte con relative aree cui assegnare un punteggio.

Box 1. Le dieci aree della MHRS.

1. La gestione della propria salute mentale

L'area fa riferimento alla gestione della propria salute mentale e alla capacità di sviluppare una vita soddisfacente e significativa, anche in presenza di eventuali sintomi.

2. Cura di sé

L'area fa riferimento alla cura di sé, in particolare della propria salute fisica, dell'igiene personale, della gestione dello stress e al mantenimento dello stato generale di benessere.

3. Abilità per la vita quotidiana

L'area fa riferimento agli aspetti pratici della vita in autonomia: fare la spesa, cucinare, avere a che fare con i vicini, tenere in ordine il posto in cui si vive e gestire il proprio denaro.

4. Reti sociali

L'area fa riferimento alla rete sociale e all'essere parte di una comunità. Include la capacità di partecipare ad attività organizzate da servizi e anche ad attività non istituzionali, come il volontariato, partecipare a corsi, associarsi a un club o a un circolo, partecipare alle attività della scuola, di una chiesa oppure ad attività proposte da gruppi di amici.

5. Lavoro

L'area fa riferimento al rapporto personale con il lavoro. Considera il desiderio di lavorare, l'individuazione di ciò che si desidera fare, sviluppare le competenze e le qualifiche per avere un'occupazione, trovare e mantenere un lavoro. Oppure, se preferito o maggiormente indicato, dedicarsi ad attività di volontariato e/o altre attività occupazionali.

6. Relazioni personali

L'area fa riferimento alle relazioni personali significative. Si individua una relazione in cui si vorrebbe che le cose fossero diverse (con un familiare, un amico stretto o un compagno/a) e si valuta il grado di vicinanza che si desidera avere.

7. Comportamento legato alle dipendenze e all'uso di sostanze

L'area fa riferimento a qualsiasi comportamento legato all'uso di sostanze come alcol, droghe o altre forme di dipendenza (gioco d'azzardo, shopping, etc.). Prende in considerazione la consapevolezza di tali problemi e un eventuale impegno per ridurne i danni.

8. Responsabilità

L'area fa riferimento alle responsabilità riguardanti il posto in cui si vive (casa o altro tipo di struttura). Include il pagamento dell'affitto, andare d'accordo con i vicini o gli altri ospiti della struttura e considera la presenza di eventuali problemi con la legge.

9. Identità e autostima

L'area fa riferimento al senso d'identità personale e all'autostima. Considera la percezione di sé, la consapevolezza delle risorse personali, dei propri limiti e più in generale dell'accettazione di sé.

10. Fiducia e aspettative positive

L'area fa riferimento alla percezione di fiducia personale e alle aspettative positive per il futuro. Prende in considerazione il credere in se stessi, la fiducia negli altri e l'aspettativa di trovare delle possibili soluzioni.

Adattato da Mental Health Providers Forum³⁶

RISULTATI

Caratteristiche dei partecipanti

Nel complesso sono stati coinvolti n. 11 servizi dedicati alla salute mentale, di cui 4 (36%) Centri PsicoSociali (ambulatori territoriali), 2 (18%) Centri Diurni e 5 (45%) Strutture Residenziali con livello di assistenza da medio ad alta intensità della provincia di Brescia. All'interno dello staff dei suddetti servizi hanno collaborato 42 operatori: 20 (48%) educatori professionali, 14 (33%) infermieri professionali, 5 (12%) psichiatri e 1 (2%) psicologo. L'età media degli operatori è risultata di 40,71 (ds=7,47) con un range compreso tra 26 e 57 anni. Gli anni di servizio in media sono stati di 12,46 (ds=7,36) con un minimo di 2 anni e un max di 37. Tutti gli operatori coinvolti nella ricerca hanno effettuato la formazione all'uso della MHRS.

Allo studio hanno partecipato 117 utenti per i quali era prevista la stesura consecutiva di un piano terapeutico individualizzato/riabilitativo. I pazienti provenivano prevalentemente dai CPS (83; 70%), CD (16; 14%) e da SRP (18; 16%).

Le principali caratteristiche sociodemografiche e cliniche del campione sono presentate rispettivamente nelle Tabelle 1 e 2.

Attendibilità

Con i dati a disposizione si è studiato in modo parziale la concordanza tra gli operatori-valutatori (n. 42); essa è stata misurata attraverso la K di Cohen ed è risultata superiore a 0,7 in tutte le combinazioni, rilevando una varianza d'errore trascurabile. Tuttavia, l'indagine è da considerarsi inadeguata, considerata l'assenza di ulteriori valutazioni di casi-studio.

L'attendibilità test-retest della MHRS è stata studiata nelle due misurazioni consecutive; come mostrato nella Tabella 3, la correlazione tra i punteggi nelle due valutazioni è apparsa significativa, indicando una stabilità temporale per tutte le aree.

Validità concorrente

La validità concorrente è stata studiata con il coefficiente di correlazioni di Pearson, facendo riferimento alle valutazioni collaborative del T0. Correlazioni significative sono state rilevate fra la MHRS e le scale utilizzate nello studio nelle aree maggiormente affini e confrontabili.

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

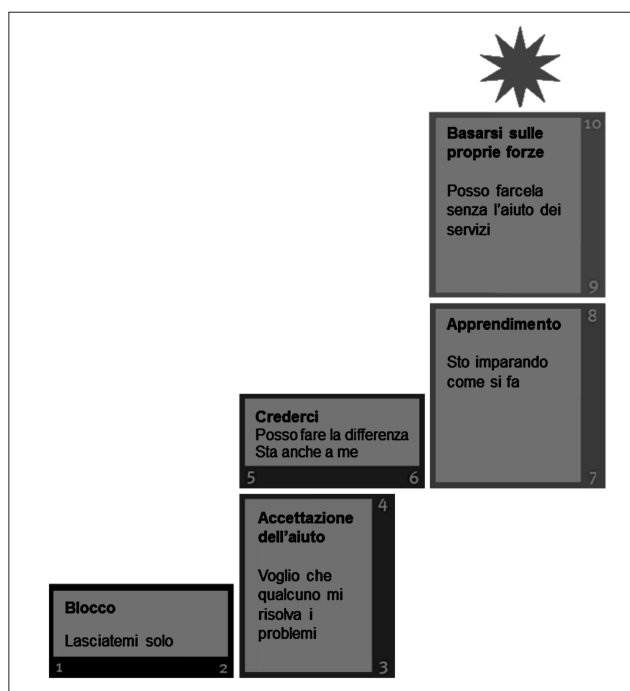


Figura 2. La scala del cambiamento.

Nel dettaglio, l'area Salute mentale della MHRS correla con i seguenti fattori: GAF ($r=0,25$, $p<0,01$), l'area dei problemi comportamentali-HoNOS ($r=-0,27$, $p<0,01$), l'area sintomatologica-HoNOS ($r=-0,47$, $p<0,01$), l'area socio-ambientale-HoNOS ($r=-0,44$, $p<0,01$), l'area psicologica-WHOQOL-B ($r=0,27$, $p<0,05$), l'area sociale-WHOQOL-B ($r=0,30$, $p<0,05$), l'area ambiente-WHOQOL-B ($r=0,29$, $p<0,01$), l'area fisica-WHOQOL-B ($r=0,29$, $p<0,05$) e l'area della qualità della vita generale-WHOQOL-B ($r=0,31$, $p<0,01$).

L'area della cura di sé della MHRS correla con: GAF ($r=0,27$, $p<0,01$), l'area sintomatologica-HoNOS ($r=-0,36$, $p<0,01$), l'area socio-ambientale-HoNOS ($r=-0,56$, $p<0,01$), l'area psicologica-WHOQOL-B ($r=0,32$, $p<0,01$), l'area ambiente-WHOQOL-B ($r=0,29$, $p<0,05$), l'area fisica-WHOQOL-B ($r=0,26$, $p<0,05$) e l'area della qualità della vita generale-WHOQOL-B ($r=0,28$, $p<0,01$).

L'area delle abilità per la vita della MHRS correla con: GAF ($r=0,32$, $p<0,01$), l'area socio-ambientale-HoNOS ($r=-0,35$, $p<0,01$).

L'area delle reti sociali della MHRS correla con: GAF ($r=0,32$, $p<0,01$), l'area dei problemi comportamentali-HoNOS ($r=-0,30$, $p<0,01$), l'area sintomatologica-HoNOS ($r=-0,38$, $p<0,01$), l'area socio-ambientale-HoNOS ($r=-0,46$, $p<0,01$), l'area psicologica-WHOQOL-B ($r=0,34$, $p<0,01$), l'area sociale-WHOQOL-B ($r=0,34$, $p<0,01$), l'area ambiente-WHOQOL-B ($r=0,35$, $p<0,01$), l'area fisica-WHOQOL-B ($r=0,33$, $p<0,01$) e l'area della qualità della vita generale-WHOQOL-B ($r=0,37$, $p<0,01$).

L'area lavoro della MHRS correla con: GAF ($r=0,22$, $p<0,05$), l'area sintomatologica-HoNOS ($r=-0,27$, $p<0,05$), l'area socio-ambientale-HONOS ($r=-0,25$, $p<0,05$), l'area

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche del campione (n.117).

Sesso	N	%
M	66	56
F	51	44
Età	Media (ds)	Min-Max
	41,62 (11,1)	18-66
Stato civile	N	%
Celibe/nubile	92	79
Separato/divorziato	13	11
Coniugato/a	11	9
Vedova/o	1	1
Titolo di studio	N	%
Medie	56	48
Superiori/professionali	44	38
Elementari	11	9
Laurea	6	5
Occupazione	N	%
Non occupato	79	68
Lavoro protetto	11	9
Casalinga	11	9
Pensione lavorativa	6	5
Lavoro full-time	3	3
Lavoro part-time	3	3
Studente	3	3
Invalidità civile	N	%
Sì	88	75
No	29	25
Situazione abitativa	N	%
Famiglia origine	56	48
Solo	20	17
Famiglia costituita	20	17
Struttura residenziale	18	15
Altra sistemazione abitativa	3	3

ambiente-WHOQOL-B ($r=0,25$, $p<0,05$) e l'area della qualità della vita generale-WHOQOL-B ($r=0,29$, $p<0,01$).

L'area relazioni personali della MHRS correla con: GAF ($r=0,32$, $p<0,01$), l'area sintomatologica-HoNOS ($r=-0,30$, $p<0,01$), l'area socio-ambientale-HoNOS ($r=-0,32$, $p<0,01$), fisica-WHOQOL-B ($r=0,23$, $p<0,05$), l'area psicologica-WHOQOL-B ($r=0,34$, $p<0,05$), l'area ambiente-WHOQOL-B ($r=0,24$, $p<0,05$), l'area della qualità della vita generale-WHOQOL-B ($r=0,81$, $p<0,01$).

Tabella 2. Caratteristiche cliniche del campione (n.117).		
Diagnosi principale (criteri DSM-IV)	N	%
Disturbo bipolare I	53	45
Schizofrenia	27	23
Disturbo schizoaffettivo bipolare	26	22
Disturbo depressivo maggiore	4	4
Altri disturbi psicotici (disturbo delirante/psicosi NAS)	4	4
Disturbo personalità (schizotipico/borderline)	3	2
N. di problemi in asse 4	Media (ds)	Min-Max
	1,15 (1,18)	1-5
Familiarità psicopatologia	N	%
Sì	54	46
No	63	54
Età d'esordio	Media (ds)	Min-Max
	23,41 (7,71)	6-41
Età primo contatto	Media (ds)	Min-Max
	6-45	25,81 (7,28)
CGI	N	%
Lievemente/moderatamente ammalato	71	61
Notevolmente/gravemente ammalato	46	39

Tabella 3. Correlazione tra due valutazioni nel tempo (attendibilità test-retest) della MHRS.

Area	Coefficiente di correlazione intraclasse (IC 95%)
Gestione della salute mentale	0,76 (0,58-0,88)
Cura di sé	0,71 (0,49-0,83)
Abilità per la vita quotidiana	0,79 (0,60-0,87)
Reti sociali	0,71 (0,49-0,84)
Lavoro	0,89 (0,84-0,92)
Relazioni personali	0,71 (0,49-0,84)
Dipendenze	0,84 (0,79-0,90)
Responsabilità	0,84 (0,79-0,90)
Identità e l'autostima	0,78 (0,59-0,85)
Fiducia e la speranza	0,78 (0,59-0,85)
>0,70 considerato accettabile	

L'area dipendenze della MHRS correla con: l'area dei problemi comportamentali-HoNOS ($r=-0,38$, $p<0,01$), l'area sintomatologica-HoNOS ($r=-0,29$, $p<0,01$), l'area sociale-WHOQOL-B ($r=0,24$, $p<0,05$), l'area ambiente-WHOQOL-B ($r=0,83$, $p<0,05$), l'area della qualità della vita generale-WHOQOL-B ($r=0,30$, $p<0,01$).

L'area responsabilità della MHRS correla con: l'area dei problemi comportamentali-HoNOS ($r=-0,42$, $p<0,01$), l'area socio-ambientale-HoNOS ($r=-0,36$, $p<0,01$).

L'area identità/autostima della MHRS correla con: GAF ($r=0,23$, $p<0,05$), l'area sintomatologica-HoNOS ($r=-0,43$, $p<0,01$), l'area socio-ambientale-HoNOS ($r=-0,40$, $p<0,01$), l'area sociale-WHOQOL-B ($r=0,51$, $p<0,01$) e l'area della qualità della vita generale-WHOQOL-B ($r=0,33$, $p<0,05$).

L'area fiducia/speranza correla con: l'area sintomatologica-HoNOS ($r=-0,33$, $p<0,01$), l'area socio-ambientale-HoNOS ($r=-0,34$, $p<0,01$), l'area fisica-WHOQOL-B ($r=0,24$, $p<0,05$), l'area ambiente-WHOQOL-B ($r=0,23$, $p<0,05$), l'area della qualità della vita generale-WHOQOL-B ($r=0,31$, $p<0,01$).

Dall'analisi è stato totalmente escluso il fattore HoNOS-Disabilità che non presenta alcuna affinità con le aree della MHRS.

Accettabilità

Nel complesso la MHRS è stata ritenuta uno strumento gradito e di facile compilazione sia per l'operatore che per l'utente. Nel dettaglio, lo strumento è stato gradito/molto gradito da 40 (96%) operatori e da 99 (85%) utenti, né gradito né sgradito da 2 (4%) operatori e da 16 (14%) utenti e poco-per nulla gradito da 0 operatori e da 2 (1%) utenti. Inoltre, la sua compilazione è stata ritenuta facile/molto facile da 23 (55%) operatori e da 63 (54%) utenti, né facile né difficile da 18 (43%) operatori e da 38 (32%) utenti, infine ritenuto difficile-molto difficile da 1 (2%) operatore e da 16 (14%) utenti. La valutazione collaborativa (operatore-utente) è stata condotta in meno di 45 minuti da 101 (86%) utenti partecipanti allo studio e tra i 45-90 minuti nel restante del campione ($n=16$; 14%).

DISCUSSIONE

Lo scopo del nostro studio è stato quello di esporre le principali caratteristiche della MHRS, la sua accettabilità e descrivere i risultati preliminari della validazione italiana dello strumento.

Come rilevato da altri studi^{11,25}, per la maggior parte degli utenti e degli operatori la misurazione con la MHRS è risultata accettabile in termini sia di gradimento sia di facilità di compilazione. Solo due utenti riportano di non aver gradito lo strumento e pochi utenti e un operatore lo hanno reputato di difficile compilazione. La maggioranza del campione ha completato la valutazione collaborativa in meno di 45 minuti. Ciò denota la sua applicabilità anche in ambito ambulatoriale, in cui risulta funzionale l'utilizzo di strumenti relativamente rapidi, confacenti con i tempi di visita.

Considerata la natura collaborativa dello strumento, lo studio della validità test-retest è stato effettuato esaminando il punteggio ottenuto in accordo tra operatore e utente, rilevando una buona affidabilità test-retest e risultando conforme ai risultati dello studio di validazione del Regno Unito¹¹. L'affidabilità tra i valutatori (*inter-rater reliability*) è stata studiata in modo insoddisfacente e rappresenta un importante limite per il presente studio. Killapsy et al.¹¹ hanno adeguatamente studiato l'*inter-rater reliability* dello strumento e

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

solo l'ambito del lavoro della MHRS ha dimostrato un'affidabilità accettabile delle valutazioni, dimostrando nel complesso un'affidabilità tra i valutatori inadeguata.

La validità concorrente della MHRS è apparsa accettabile. La maggior parte delle aree dello strumento correlano con il livello di funzionamento e la qualità della vita generale. Killaspy et al.¹¹ hanno evidenziato una validità convergente con la misura del funzionamento sociale, sostenendone un'utilità prevalentemente in tale direzione. Nel nostro studio, oltre al WHOQOL-B, molte aree della MHRS hanno riportato correlazioni significative con tre dei quattro fattori della HONOS, evidenziandone anche le potenzialità in un'ottica di valutazione dell'outcome. A tale proposito, Lloyd et al.²⁶ definiscono la MHRS in termini di misura di esito, utile per misurare i cambiamenti dell'individuo in un'ottica di recovery.

Lo sviluppo "bottom-up" dello strumento ha favorito la strutturazione di uno strumento finalizzato a soddisfare le esigenze degli utenti del servizio e offrire un importante strumento di lavoro collaborativo, creando tuttavia dei problemi in relazione alle aspettative sulle sue proprietà psicometriche²⁷. Senza dubbio vi è una condivisa necessità di una migliore comprensione e approfondimento delle caratteristiche psicometriche della MHRS e a tale proposito vi è ancora un ampio dibattito caratterizzato da esiti contrapposti^{11,25,26,28,29}. L'approccio utilizzato da Killaspy et al.¹¹ è stato criticato in termini metodologici^{10,27,30} e rispetto alla filosofia di base³¹. Sono stati sollevati dei dubbi sulla necessità di applicare il criterio dell'inter rater reliability nella validazione di uno strumento disegnato per rilevare maggiormente la misurazione collaborativa tra paziente-operatore, piuttosto che una misura di valutazione dello staff²⁹. Dall'altra parte Dickens et al.²⁷, sebbene abbiano rilevato un'elevata consistenza interna, hanno riscontrato una bassa ridondanza degli item e come altri autori hanno evidenziato l'assenza di un'adeguata validazione delle scale del cambiamento^{11,27}.

Sulla base di questi elementi, una riflessione deve essere sollevata rispetto a uno strumento collaborativo, disegnato per misurare un costrutto complesso e soggettivo come la recovery²⁷, cercando di considerare alcuni cambiamenti alla tradizionale nozione di validità e di attendibilità di una misura²⁵. Eynon³¹ suggerisce che, mentre potrebbe non essere pienamente giustificato il suo uso come misura di esito di routine, dismettere l'utilizzo della MHRS sarebbe una grande perdita per il valore dello strumento nel facilitare l'utilizzo della ricostruzione dell'identità narrativa come parte della recovery³². In aggiunta, l'aspetto collaborativo distintivo della MHRS potrebbe sostenere lo sviluppo di importanti relazioni terapeutiche³³ e consentire agli utenti del servizio di svolgere ruolo attivo nel loro recupero e viaggio di recovery³⁴.

CONCLUSIONE

La MHRS si dimostra uno strumento accettabile da utenti e operatori, distinguendosi per l'utilizzo di pratici utili ausili visivi; in particolare, concorre a rilevare il percorso di recovery dell'utente e soprattutto favorisce un approccio collaborativo tra utente e operatore che procede dalla valutazione fino alla pianificazione degli interventi terapeutici-riabilitativi³⁵. Si tratta di uno strumento che non trova molti punti di contatto con altri strumenti tradizionalmente utilizzati nei servizi di salute mentale, proponendosi il raggiungimento di

obiettivi qualitativi (la partecipazione attiva dell'utente nel valutarsi e nel decidere su quali obiettivi del proprio progetto individualizzato lavorare) e di obiettivi quantitativi (la misurazione del cambiamento). Questa doppia "anima" viene colta e discussa negli studi sperimentali condotti da diversi autori^{11,27,32} con conclusioni che riflettono l'interesse dei vari ricercatori a sottolineare una o l'altra dimensione.

Questo articolo riporta la prima ricerca quantitativa delle caratteristiche psicometriche della MHRS condotta in Italia. Nel complesso i risultati sono incoraggianti; tuttavia, al di là del limite specifico del nostro studio (inefficace valutazione dell'inter rater reliability), non si possono omettere alcune considerazioni sulle proprietà psicometriche dello strumento. L'immersione nello spirito collaborativo tra utenti e operatori tipico della MHRS e il suo approccio orientato alla recovery²⁷ è da considerarsi prezioso e, nonostante l'incertezza psicometrica, la sua continuità d'uso all'interno dei servizi è auspicabile.

La speranza è che questo studio, unitamente a quanto già riportato in letteratura, possa concorrere a informare e a favorire un'ulteriore sviluppo della MHRS viste le sue importanti potenzialità in ambito clinico e di coinvolgimento del paziente nel proprio percorso di recovery. L'auspicio è che possa contribuire alla diffusione di pratiche orientate alla coproduzione nei servizi di salute mentale, al fine di favorire l'integrazione delle prospettive di tutti gli attori per il benessere dei nostri utenti e per l'implementazione delle organizzazioni dedicate alla persona.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Ringraziamenti: si ringraziano tutti gli utenti che hanno partecipato allo studio, gli operatori e le direzioni. La comunità bresciana per il finanziamento fornito e un ringraziamento particolare è rivolto all'Associazione Il Chiaro del Bosco che ha fortemente sostenuto l'intero progetto.

BIBLIOGRAFIA

1. Sangiorgi D, Prendeville A. Designing for Service: key issues and new directions. London: Bloomsbury Publishing, 2017.
2. Shepherd G, Boerdman J, Burn M. Implementing recovery: a methodology for organisational change. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2010.
3. Gannon Z, Lawson N. Coproduction: the modernisation of public services by staff and users. London: Compass Direction for the Democratic Left, 2013.
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Service User Experience in adult mental health services. Improving the experience of care of people using the NHS adult mental health services, 2011. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg136>
5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities, 2016. <http://www.nice.org.uk/guidance/ng44>
6. Lucchi F. Recovery e coproduzione. Un progetto presso i servizi di salute mentale della provincia di Brescia. Trento: Erickson, 2017.
7. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990's. Psychosocial Rehabil J 1993; 16: 11-23.
8. Slade M, Amering M, Farkas M, et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. World Psychiatry 2014; 13: 12-20.

9. Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ, Davidson L, Williams J, Slade M. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatr Serv* 2012; 62: 1470-6.
10. MacKeith J, Burns S. Mental health recovery star: user guide. London: Mental Health Providers Forum and Triangle Consulting, 2011.
11. Killaspy H, White, S, Taylor TL, King M. Psychometric properties of the mental health recovery star. *Br J Psychiatry* 2012; 201: 65-70.
12. Guy W. Clinical Global Impressions. In: Guy W (ed). ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology-Revised. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 1976.
13. Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SB, Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 11-8.
14. Lora A, Bai G, Bianchi S, et al. La versione italiana della HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), una scala per la valutazione della gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2001; 10: 198-212.
15. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument. In: Orley J, Kuyken W (eds). Quality of life assessment: international perspective. Heidelberg: Springer Verlag, 1994.
16. Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G. A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Psychiatry* 1995; 166: 654-9.
17. Regione Lombardia. La psichiatria di comunità: Piano Regionale per la Salute Mentale e le sue linee di attuazione Regione Lombardia. Approvato dalla Giunta regionale con delibera n. 7/17513 del 17 maggio 2004.
18. Onifade Y. The mental health recovery star. *Mental Health and Social Inclusion* 2011; 15: 78-87.
19. Imonioro O. A guiding star. *Mental Health Today* 2010; 3: 28-9.
20. WHO. Process of translation and adaptation of instruments. 2010. http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/traslation/en/
21. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46: 1417-32.
22. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000; 25: 3186-91.
23. Hunt SM, Alonso J, Bucquet D, et al. Cross-cultural adaptation of health measures. *Health Policy* 1991; 19: 33-44.
24. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: a practical guide to their development and use. Oxford: Oxford University Press, 1996.
25. Tickle A, Cheung N, Walker C. Professionals' perceptions of the Mental Health Recovery Star. *Mental Health Rev* 2013; 18: 194-203.
26. Lloyd C, Williams PL, Machingura T, Tse S. A focus on recovery: using the Mental Health Recovery Star as an outcome measure. *Advances in Mental Health* 2015; 16: 27-3.
27. Dickens G, Weleminsky J, Onifade Y, Surgarman P. Recovery Star: validating user recovery. *Psychiatrist* 2012; 36: 45-50.
28. Killaspy H, Boardman J, King M, Taylor TL, Shepherd G, White S. The Mental Health Recovery Star: great for care planning but not as a routine measure. *Psychiatrist* 2012; 36: 194-9.
29. Burgess P, Pirkis J, Coombs T, Rossen A. Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian Mental Health Services. *Aust N Z J Psychiatry* 2011; 45: 267-80.
30. McDonald AJ. Reliability is a dimension, not a category. *Br J Psychiatry* 2012. <https://goo.gl/LQdH1N> (ultimo accesso 6/12/2017).
31. Eynon TE. The OutcomeStar™ approach: an objective outcome measure or a tool for co-creating health? *Br J Psychiatry* 2012. <https://goo.gl/LQdH1N> (ultimo accesso 6/12/2017).
32. Kerr DJR, Crowe TP, Oades LG. The reconstruction of narrative identity during mental health recovery: a complex adaptive systems perspective. *Psychiatr Rehabil J* 2013; 36: 108-9.
33. Pribe S, McCabe R. Therapeutic relationships in psychiatry: the basis of therapy or therapy in itself. *Int Rev Psychiatry* 2008; 20: 526-32.
34. Pribe S, Watt J, Chase M, Matanov A. process of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 438-43.
35. Frost BG, Turrell M, Sly KA, et al. Implementation of a recovery-oriented model in a sub-acute Intermediate Stay Mental Health Unit (ISMHU). *BMC Health Serv Res* 2017; 3: 17-20.
36. Mental Health Providers Forum. Mental Health Recovery Star Organisational Guide. Mental Health Providers Forum, 2008.