

BJPsych



Advances

Continuing professional development in psychiatry

Italian translation of:

An introduction to peer-supported open dialogue in mental healthcare

Russell Razzaque & Tom Stockmann

BJPsych Advances 2016, 22: 348–356

doi: 10.1192/apt.bp.115.015230

Reprints/permissions To obtain reprints or permission to reproduce material from this article, please write to permissions@rcpsych.ac.uk

© The Royal College of Psychiatrists 2017

Un'introduzione al dialogo aperto facilitato da peer workers in salute mentale[†]

ARTICOLO

Russell Razzaque & Tom Stockmann

SOMMARIO

Il dialogo aperto facilitato da *peer workers* è una variante del modello 'dialogo aperto' che è attualmente praticato in Finlandia e sperimentato in diversi Paesi nel mondo. Il principio di base del modello è l'offerta di assistenza a livello della rete sociale, da parte di un gruppo di lavoro formato a lavorare utilizzando modelli familiari, sistemici e ad altri approcci correlati. Questo gruppo di lavoro include i *peer workers*, volti a favorire il carattere democratico degli incontri attorno cui è centrato il percorso di assistenza e inoltre a consentire il verificarsi di tali incontri anche laddove le reti di collegamento siano frammentate o mancanti. Determinate caratteristiche organizzative e pratiche e alcuni temi di base sono la chiave del modello. Sostanzialmente, il dialogo aperto è anche un sistema per la fornitura di servizi. Il personale formato nel dialogo aperto facilitato da *peer workers* da sei *trusts* del Servizio Sanitario Nazionale Inglese (National Health Service, NHS) lancerà squadre pilota nel 2016, come parte di uno studio multicentrico nazionale randomizzato controllato, programmato.

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

- Essere in grado di descrivere i principi organizzativi del dialogo aperto facilitato da *peer workers*
- Essere in grado di riassumere i principi pratici del dialogo aperto facilitato da *peer workers*
- Acquisire una maggiore comprensione del ruolo in evoluzione del dialogo aperto facilitato da *peer workers* nel contesto del NHS

DICHIARAZIONE DI INTERESSE

Nessuna

Il 'dialogo aperto' è un modello di cura della salute mentale olistico e centrato sulla persona, sviluppato in Finlandia e che è stato poi acquisito (in misura maggiore o minore) da numerose altre nazioni in tutto il mondo, compresi i Paesi Scandinavi, la Germania, l'Irlanda, l'Italia (dove è stato programmato uno studio multicentrico

in diverse città) e la Polonia. Aspetti di questo modello sono stati applicati anche in diversi Stati degli USA. Il dialogo aperto comporta un approccio di rete familiare e sociale, psicologicamente coerente, in cui tutto lo *staff* riceve una formazione in metodologie familiari, sistemiche e modelli correlati, e il trattamento è in gran parte realizzato tramite incontri con l'intero sistema/le reti che includono il paziente. Si tratta di un modello orientato alla *recovery*, in cui l'accento è posto sulla mobilitazione delle risorse all'interno dei pazienti e delle loro famiglie, al fine di generare un senso di cooperazione fin dall'inizio. Per molti aspetti, è un approccio piuttosto diverso dalla maggior parte dei servizi forniti dal sistema sanitario anglosassone, nei quali la cura è essenzialmente organizzata e fornita a livello del singolo individuo. Gli aspetti principali di questa differenza sono evidenziati in un articolo scritto da Olson e colleghi (2014):

‘La pratica del dialogo aperto [...] ha due caratteristiche fondamentali: (1), un sistema di trattamento basato sulla comunità, integrato, che coinvolge le famiglie e le reti sociali fin dall'inizio della loro ricerca di aiuto; e (2), una “Pratica Dialogica”, o una forma distintiva di conversazione terapeutica all'interno dell' “incontro di trattamento” [...] L'incontro di trattamento costituisce il contesto terapeutico chiave del dialogo aperto, unificando i professionisti e la rete in un progetto collaborativo’.

Il dialogo aperto è ora in fase di studio come un potenziale modello futuro di assistenza da parte di un certo numero di *trusts* del Servizio Sanitario Nazionale Inglese (National Health Service, NHS). Ciò è in parte dovuto ai promettenti risultati provenienti da studi non randomizzati finlandesi che dimostrano risultati notevolmente superiori a quelli del Regno Unito. Ad esempio, oltre il 70% delle persone con esordio psicotico trattato con un approccio di dialogo aperto, ha ripreso a studiare, a lavorare o a cercare lavoro entro 2 anni dall'esordio stesso, nonostante tassi più bassi di medicalizzazione e di ricovero ospedaliero rispetto al trattamento usuale (Tabella 1), e questi risultati sono rimasti stabili dopo 5 anni (Seikkula 2006,

Russell Razzaque è Primario Psichiatra e Associate Medical Director al NELFT NHS Foundation Trust. È anche Honorary Senior Lecturer all'University College di Londra, e i suoi interessi di ricerca includono la *mindfulness*, le relazioni terapeutiche in Psichiatria e il dialogo aperto. È insegnante certificato di *mindfulness* e anche docente all'Academy of Peer-Supported Open Dialogue. **Tom Stockmann** è uno specializzando in psichiatria del quinto anno nel servizio di psichiatria per adulti al NELFT NHS Foundation Trust. Ha conseguito il Diploma in Peer-Supported Open Dialogue, e i suoi interessi di ricerca includono la pratica riflessiva nella formazione medica e il dialogo aperto.

Corrispondenza Dr Russell Razzaque, NELFT NHS Foundation Trust, Goodmayes Hospital, Barley Lane, Ilford IG3 8XJ, UK. Email: russell.razzaque@nelft.nhs.uk

[†]Titolo originale: 'An introduction to peer-supported open dialogue in mental healthcare', *BJPsych Advances*, 2016, 22, 348–356.

Traduzione del Dr. Mattia Marchi, Università di Modena e Reggio Emilia. © The Royal College of Psychiatrists.

TABELLA 1 Risultati a due anni per il primo episodio di psicosi trattato con dialogo aperto in Finlandia

| | Approccio di dialogo aperto, n = 23 | Trattamento usuale, n = 14 |
|-----------------------------------|--|-------------------------------|
| Sintomi lievi/assenti | 19 (82%) | 7 (50%) |
| Ricadute | 6 (26%) | 10 (71%) |
| Studio, lavoro, ricerca di lavoro | 19 (83%) | 4 (30%) |
| Uso di antipsicotici | 8 (35%) | 14 (100%) |
| Durata media del ricovero, giorni | 14.3 | 116.9 |

(Seikkula *et al.*, 2003).

2011a). Va notato che, sebbene questa ricerca abbia esaminato specificamente il primo episodio di psicosi, il servizio di dialogo aperto valutato è stato condotto in modo trans-diagnostico.

Sei aziende del NHS sono in procinto di istituire servizi pilota di dialogo aperto facilitato da *peer workers* (POD): NELFT NHS Foundation Trust, North Essex Partnership University NHS Foundation Trust, Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust, Kent and Medway NHS and Social Care Partnership Trust, Avon and Wiltshire Mental Health Partnership NHS Trust e Somerset Partnership NHS Foundation Trust. Questi *trusts* prevedono di valutare questi servizi, incrementando potenzialmente le evidenze scientifiche e, infine, stimolandone un utilizzo su più larga scala se il miglioramento degli esiti e la riduzione dei costi dovessero essere confermati. Come in Finlandia, questi servizi saranno realizzati come servizi trans-diagnostici.

Questo articolo offre un'introduzione al POD. Inizia con una breve argomentazione sulle necessità del cambiamento, prima di dare una panoramica dello sviluppo di POD e delinearne quindi gli aspetti organizzativi e pratici più importanti. Mette in luce la natura *mindful* del modello, l'importanza di coltivare un'alleanza terapeutica a più livelli, considerazioni di carattere amministrativo e relative al rischio, e il ruolo chiave dei *peer workers*. Infine, sono considerate alcune delle sfide circa l'implementazione del POD nel NHS.

La necessità di un modello sociale di cura

Articoli recenti nella letteratura psichiatrica hanno espresso il bisogno di un nuovo approccio alla salute mentale nel Regno Unito, dati i risultati spesso poveri o limitati conseguiti con gli approcci attuali (Bracken 2012) e vista la mancanza di progressi significativi nella ricerca accademica negli ultimi tre decenni (Priebe 2013). Una delle principali critiche all'approccio prevalente è l'essere in grande maggioranza condotto secondo

un paradigma tecnico (Bracken 2012); questo trascurerebbe l'aspetto sociale della salute mentale, la cui importanza è fortemente sostenuta da prove scientifiche. Un editoriale del *British Journal of Psychiatry* nel 2013 ha ipotizzato che il futuro della Psichiatria accademica potrebbe essere sociale (Priebe 2013).

Prove fondamentali sono fornite dall'*International Pilot Study of Schizophrenia* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS 1979) che ha inaspettatamente mostrato esiti complessivamente migliori per le persone con schizofrenia in India e Nigeria rispetto a quelle residenti nei paesi con reddito più elevato (più 'sviluppati'). Questo è stato successivamente confermato dal più rigoroso *Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorder* (DOSMeD) che ha rilevato che 'alti tassi di remissione clinica completa dalla schizofrenia erano significativamente più comuni nelle zone dei Paesi in via di sviluppo piuttosto che nei Paesi sviluppati', e che 'i pazienti nei Paesi in via di sviluppo hanno sperimentato periodi più lunghi di funzionamento non compromesso nella comunità'. Ciò si verificava nonostante un uso molto minore di farmaci antipsicotici nei Paesi 'in via di sviluppo' (Jablensky 2008).

Jablensky & Sartorius (2008) affermano che:

'l'esperienza illuminante di alti tassi di disabilità cronica e di dipendenza associati a schizofrenia nei Paesi ad alto reddito, nonostante l'accesso a costosi trattamenti biomedici, suggerisce che qualcosa di essenziale per il recupero sia mancante nel tessuto sociale'.

Vi sono prove dell'importanza delle relazioni sociali nell'eziologia e nel trattamento dei disturbi mentali. Ad esempio, Giacco e colleghi (2012) hanno rilevato che 'avere amici è associato a esiti clinici più favorevoli e ad una migliore qualità della vita nei disturbi mentali', e una revisione sistematica Cochrane di risultati di studi randomizzati controllati (RCT) suggerisce che, nella schizofrenia, trattamenti su base sociale, come la terapia familiare, sono in grado di ridurre la probabilità di ricovero ospedaliero di circa il 20% e la probabilità di ricaduta di circa il 45% (Pharoah 2010). Nonostante queste evidenze, i modelli di assistenza psichiatrica basati sulle relazioni sociali sono diminuiti nel Regno Unito, e il settore si è spostato verso una visione individualizzata (Priebe 2013).

Lo sviluppo di POD

Le origini del modello di dialogo aperto risalgono al 1960 in Finlandia (Seikkula 2015), quando Yrjö Alanen e altri cominciarono un lungo processo di ricerca e sviluppo con l'obiettivo di migliorare

il sistema di salute mentale locale. Partendo da un sistema largamente basato sul modello del reparto ospedaliero hanno gradualmente integrato le prospettive della famiglia. Ciò ha portato al Progetto Nazionale Finlandese sulla Schizofrenia nel 1980 (discusso in Alanen 1997) che ha identificato i seguenti fattori chiave per il successo (Alanen 1991):

- intervento precoce tempestivo
- un'attitudine terapeutica' nella valutazione clinica e nel trattamento (mantenendo l'attenzione sul processo terapeutico complessivo piuttosto che concentrarsi esclusivamente sulle specifiche decisioni prese)
- la continua, reattiva e adattiva pianificazione di un trattamento individualizzato per ciascun paziente e per la sua famiglia
- l'integrazione di differenti metodi terapeutici, con costante monitoraggio dei progressi.

Questi fattori sono stati incorporati in un metodo di cura che è stato chiamato modello di trattamento adattato ai bisogni (*need-adapted treatment model*, NATM) (Alanen 1997).

Il campo della terapia familiare ha ulteriormente influenzato il modello nel corso degli anni Ottanta, con l'inserimento di aspetti narrativi, sistemici e costruttivisti. Significativamente, nel 1984, gli incontri di trattamento NATM hanno cominciato a essere tenuti negli ospedali, e questo modello ha cominciato a sostituire l'esistente uso locale della terapia sistemica familiare. Le difficoltà incontrate dai medici NATM, come ad esempio instaurare un collegamento e coinvolgere le famiglie nel tentativo di utilizzare tecniche sistemiche, hanno guidato lo sviluppo di NATM e, in ultimo, del dialogo aperto. I medici gradualmente sono passati dalla tradizionale posizione di professionisti, attuatori di un cambiamento all'interno di una famiglia, all' 'essere con' le famiglie. Un altro cambiamento fondamentale ha seguito il contributo di Tom Andersen in Norvegia (Andersen 1990), con il "*reflecting team*" che nella terapia familiare tradizionale sarebbe dietro ad uno specchio unidirezionale e che viene invece portato all'interno della stanza insieme alla famiglia, rendendo in tal modo le loro riflessioni trasparenti e dissolvendo ulteriormente il divario professionista-paziente.

La pratica di NATM infine si è trasferita dal reparto alla comunità, un processo che si è consolidato nel 1990, quando unità mobili di intervento di crisi vennero costituite da gruppi di lavoro di salute mentale di comunità a livello regionale. Questo cambiamento, nel contesto degli altri sviluppi qui descritti, ha rappresentato una fase critica nella comparsa dell'approccio di dialogo aperto dal NATM, che è sia un modello

BOX 1 Principi fondamentali dell'approccio di dialogo aperto

I principi organizzativi del dialogo aperto

- 1 Prospettiva orientata sulla rete sociale
- 2 Offerta di aiuto immediato
- 3 Responsabilità
- 4 Continuità psicologica
- 5 Flessibilità e mobilità

I principi pratici del dialogo aperto

- 6 Dialogismo e polifonia
- 7 Tolleranza dell'incertezza

(Seikkula 2003)

terapeutico che un metodo di organizzazione dei servizi. Seikkula (1994) descrive la comparsa dalla 'valutazione rigorosa sia dei processi dialogici negli incontri con i pazienti e con le loro famiglie, sia degli esiti delle crisi' dei sette principi fondamentali del trattamento di dialogo aperto (Box 1) (Keränen 1992; Seikkula 1994; Aaltonen 1997; Haarakangas 1997).

Vale la pena notare gli interessanti parallelismi tra l'approccio di NATM/dialogo aperto e il lavoro iniziale nello sviluppo di *team* di crisi con interventi domiciliari. All'inizio dell'affermarsi della salute mentale focalizzata sulla comunità, Hoult e colleghi (1984), confrontando il trattamento orientato alla comunità, con quello fornito negli ospedali psichiatrici, hanno descritto i seguenti importanti "ingredienti" per il successo del trattamento nelle comunità:

- aiuto intensivo all'esordio
- una volontà di coinvolgere attivamente e il prima possibile nel programma di gestione sia il paziente sia i parenti sia i care-givers
- cura costante da parte di un *team*
- un servizio continuo ed estensivo piuttosto che un servizio a tempo limitato
- un servizio mobile e rapidamente responsivo
- aiuto fornito a domicilio del paziente.

Hoult ha inoltre affermato che: 'Tutto il personale che ha partecipato a questo progetto è venuto rapidamente a preferire questo modo di lavorare. E 'stato più soddisfacente e più significativo del loro lavoro precedente' (Hoult 1986). POD si sta sviluppando in un contesto di crisi dei servizi nel Regno Unito e, per certi aspetti, rappresenta un ritorno ad aspetti chiave della filosofia originale di questi servizi. Con la formazione del personale nelle tecniche terapeutiche coinvolte, e aumentando la flessibilità all'interno del sistema per favorire il lavoro congiunto tra i *team* di crisi

e di *recovery*, l'obiettivo è di portare i principi fondamentali dell'approccio di dialogo aperto, così come i benefici aggiuntivi e la flessibilità offerte dal supporto di peer-workers, nei servizi di prima linea per acuzie del NHS.

Principi organizzativi fondamentali

Il dialogo aperto ha sette principi fondamentali, di cui cinque sono organizzativi e due riguardanti la pratica (Seikkula 2003) (box 1). I principi riguardanti l'organizzazione del sistema di trattamento sono:

- prospettiva sul sistema sociale
- fornitura di aiuto immediato
- responsabilità
- continuità psicologica in tutto il processo di cura
- flessibilità e mobilità nella fornitura dell'assistenza.

Punto di vista sul sistema sociale

La prospettiva sulla rete sociale è fondamentale per il modello di dialogo aperto. Le famiglie dei pazienti e gli altri membri chiave della loro rete sociale sono sempre invitati agli incontri sistemici. Gli altri membri chiave per il paziente possono essere agenzie ufficiali come i servizi sociali e le agenzie locali per l'occupazione – per sostenere la riabilitazione professionale – così come colleghi e tutti gli altri collaboratori o accompagnatori che possono essere coinvolti. L'incontro sistemico incorpora anche almeno un paio di membri del *team*, e tutte le discussioni fondamentali circa la cura si svolgono all'interno dell'incontro sistemico. L'incontro funziona in maniera molto incentrata sulla persona, ed è più collaborativo e meno gerarchico delle tradizionali interazioni medico-paziente. Questo aspetto è ulteriormente elaborato nei principi pratici fondamentali descritti nella sezione successiva.

Anche le conversazioni tra i medici si svolgeranno di fronte a tutta la rete di contatti, e tutti i presenti sono invitati a commentarle, in modo da stabilire fin dall'inizio una dinamica di apertura e di riflessione (Andersen 1995).

Il luogo e la composizione degli incontri sistemici dipende dalla volontà del paziente. Spesso, si svolgeranno presso il suo domicilio. Secondo una ricerca finlandese, gli incontri a casa possono aiutare a prevenire ricoveri inutili, rendendo le risorse della famiglia più accessibili (Keränen 1992).

Fornitura di aiuto immediato

Fornire una risposta rapida, di solito entro 24 ore dal momento dell'invio, è cruciale nel modello. Il paziente sarà presente fin dall'inizio, anche durante le più intense fasi di presentazione della

crisi – compresa la psicosi – in modo da creare fin dall'inizio un senso di sicurezza, e così gettare le fondamenta solide di un modello di cura basato su incontri di comunità e di rete.

Responsabilità e continuità psicologica

I primi membri del *team* ad essere coinvolti nella riunione iniziale rimarranno coinvolti per tutto il percorso di cura. Questo significa che il medesimo gruppo di persone è responsabile del trattamento per tutto il tempo necessario, sia in contesto extra- che intra-ospedaliero. Durante il trattamento, l'incontro con la rete di contatti del paziente è visto come il corpo decisionale 'sovranò'. Ci saranno almeno due figure clinico-sanitarie nelle riunioni sistemiche, e che potranno essere personale medico, a seconda della natura del caso. Se si rende necessario un supporto per il cambiamento della terapia, medici (o prescrittori non-medici) possono essere inseriti nelle riunioni in una fase successiva, se non vi è già un membro del gruppo di lavoro con il profilo appropriato. Inoltre, altre modalità di trattamento – come i gruppi di terapia occupazionale e psicoterapia – possono avvenire tra le riunioni sistemiche, consentendo quindi la combinazione di vari metodi di trattamento come parte di un processo integrato.

Flessibilità e mobilità nella fornitura delle cure

La flessibilità del trattamento fornito è di vitale importanza. Tutte le concettualizzazioni riguardo a ciò che è e non è opportuno o necessario sono lasciate fuori dalla porta, in modo da consentire alle risposte e agli interventi di evolvere appropriatamente e sulla base delle necessità emergenti durante gli incontri. Nelle crisi psicotiche, per esempio, consentire di organizzare un incontro ogni giorno per un periodo di tempo che può arrivare fino alle due settimane può essere spesso necessario per generare un adeguato senso di sicurezza attorno alla crisi. Altre forme di trattamento o altri metodi terapeutici vengono scelti sulla base di ciò che più si confà ai problemi del paziente.

Altri possibili interventi aggiuntivi, quali ad esempio i farmaci, dovrebbero, ove possibile, essere discussi in diversi incontri sistemici, prima che le decisioni vengano prese. Questo al fine di mantenere un processo stabilmente democratico e riflessivo che quindi agevoli il mantenimento di un forte senso di alleanza tra i non-medici sia nella fase decisionale che in quella comprensiva (si veda il paragrafo 'Coltivare l'alleanza' sotto) fin dall'inizio.

Perché il gruppo possa funzionare in modo così veramente democratico ed efficace, l'aspetto

pratico delle riunioni stesse dovrà essere guidato da una serie di principi fondamentali.

Principi pratici fondamentali

I principi pratici di dialogo aperto costituiscono la spina dorsale degli incontri di rete. Questi principi includono il dialogismo, la polifonia e la tolleranza dell'incertezza (Seikkula 2003).

Dialogismo e polifonia

Il termine “dialogismo” è stato coniato dal filosofo russo Michail Bachtin nella sua opera di teoria letteraria, *L'immaginazione dialogica* (The Dialogic Imagination, Holquist 1981). Il termine si riferisce al modo in cui tutto il linguaggio e il pensiero sono un processo di evoluzione, in cui ogni discorso/pensiero è un prodotto di tutti i discorsi/pensieri che l'hanno preceduto. Una dinamica per essere dialogica deve quindi iniziare senza obiettivi prefissati entro certi parametri, in modo da consentire un libero scambio che costruisca, strato dopo strato, con ciascun contributo, un nuovo terreno. Inoltre, a differenza della dinamica dialettica, non c'è l'obiettivo della fusione dei punti di vista affinché si raggiunga una prospettiva condivisa. Ogni persona può mantenere la propria prospettiva e ciascuna prospettiva può avere più rilevanza in particolari circostanze – a seconda delle esigenze del momento. Di conseguenza, il gruppo può, in ultima analisi, funzionare in maniera complessivamente pragmatica, consentendo di individuare soluzioni ai problemi e di prendere decisioni in modo consapevole e innovativo, dando ad ogni membro lo stesso diritto di contribuire e di influenzare la direzione futura, per acquisire un maggiore senso di essere attori della propria vita (Haarakangas 1997).

Tale dinamica può avere un effetto terapeutico fin dall'inizio, consentendo a ciascun membro della rete di sperimentare un senso di indipendenza personale, e al medesimo tempo di interdipendenza. Come Olson e colleghi (2014) affermano:

'[...] il punto di partenza di un incontro dialogico è che il punto di vista di ogni partecipante è importante e accettato senza condizioni. Ciò significa che i terapeuti si astengono dal fornire qualsiasi nozione che i nostri clienti dovrebbero pensare o sentire o fare. Né possiamo presupporre di conoscere meglio di loro ciò che essi vogliono dire con le parole.'

Il dialogo aperto permette ad ogni persona di entrare nella conversazione a modo proprio. L'attenzione primariamente è rivolta alla promozione del dialogo (più che alla promozione del cambiamento nella famiglia), e l'obiettivo del dialogo non è raggiungere un accordo, ma che ciascuno venga ascoltato.

La molteplicità di voci accettate è chiamata polifonia:

'Il gruppo di lavoro coltiva una cultura di conversazione che rispetta ogni voce e si sforza di ascoltare tutte le voci [...] ascoltando in modo attento e compassionevole nel momento in cui uno prende la parola e facendo spazio ad ogni espressione, comprese quelle fatte nel discorso psicotico' (Seikkula 2005).

Ogni persona nel dialogo costruisce il problema utilizzando la propria voce. Per il clinico, ascoltare e rispondere a queste voci ha la precedenza sulle tecniche di intervista (Anderson, 1997). Attraverso il dialogo risultante, possono essere ricostruiti i problemi e ricreate nuove forme di comprensione (Andersen 1995).

Tolleranza dell'incertezza

L'incertezza, da parte sia del paziente che del medico, pervade l'esperienza della malattia mentale e del disagio psicologico. L'approccio del dialogo aperto riconosce esplicitamente questo fin dall'inizio. Secondo questo modello, tuttavia, il desiderio riflessivo di eliminare l'incertezza è spesso proprio ciò che la mantiene. Gli incontri sono quindi ideati per evitare premature conclusioni o decisioni sul trattamento (Anderson, 1992). Connettersi con il disagio esperito è un fattore chiave, e questo significa non agire troppo rapidamente nel portare avanti un cambiamento. Se si costruisce questo tipo di tolleranza, emergono più possibilità per la famiglia e per l'individuo che possono quindi diventare agenti del loro cambiamento, avendo sviluppato un linguaggio più robusto per esprimere la loro esperienza di eventi difficili intercorsi. Per questo motivo, le domande sono mantenute a risposta aperta e il più possibile indirizzate agli aspetti relazionali, per consentire al dialogo collettivo di produrre una risposta o, in alternativa, dissipare del tutto la necessità di agire.

Concentrarsi fin dall'inizio sulla connessione – piuttosto che sulla direzione – è anche un modo per promuovere la sicurezza all'interno dell'incontro. La creazione di uno spazio sicuro dove ognuno può essere ascoltato e rispettato in maniera continuativa apre a un nuovo mezzo con il quale si può instillare un senso di sicurezza all'interno del gruppo. Tuttavia, come Olson e colleghi riconoscono, questo nuovo modo di lavorare può rappresentare una sfida significativa per i clinici: 'Questa posizione terapeutica costituisce un passaggio fondamentale per molti professionisti, perché siamo molto abituati a pensare che dobbiamo interpretare il problema e uscirne con un intervento che contrasti i sintomi' (Olson 2014).

Un approccio consapevole

Esserci nel momento presente

I clinici spesso si avvicinano al loro lavoro con una serie di modelli e algoritmi interni che li aiutano a prendere decisioni su come rispondere. Sfortunatamente, una delle conseguenze di ciò è che i pazienti e i loro care-givers possono sentirsi non ascoltati. L'interazione diventa perciò basata sull'estorcere o sull'impartire informazioni ('fare qualcosa'), piuttosto che sull' 'essere con' il paziente e con ciò che sta accadendo in quel momento. Questa connettività momento per momento è un aspetto fondamentale della *mindfulness*, e alcuni studi hanno mostrato che la capacità di porsi in questo modo ha un effetto positivo sulla relazione terapeutica (Lambert 2008; Razzaque 2015). Lambert e Simon aggiungono che la formazione in *mindfulness*, favorendo potenzialmente un cambiamento attitudinale nei clinici verso una maggiore accettazione e immagine benevola di sé e degli altri, rappresenta 'un'aggiunta estremamente promettente per la formazione clinica' (Lambert 2008).

Una pratica fondamentale nel dialogo aperto, quindi, è quella di rispondere alle esternazioni del paziente nel momento in cui si verificano e di mantenere l'attenzione su ciò che sta accadendo qui ed ora. Secondo Olson e colleghi (2014):

'Il medico mette in luce il momento presente dell'incontro. Ci sono due modi di fare questo: (A) rispondendo alle reazioni immediate che si realizzano nella conversazione; e (B) consentendo la manifestazione delle emozioni'.

L'attenzione, quindi, è tutta sul paziente e su coloro che lo circondano, e su ciò che sta accadendo in quel momento.

Come spiega Seikkula (2011b):

'I terapeuti non sono più interventisti con una mappa predefinita delle storie che i clienti stanno raccontando. Al contrario, il loro obiettivo principale è come rispondere alle esternazioni subitane dei clienti'.

L'attenzione al momento presente è anche una porta attraverso la quale le connessioni possono essere stabilite a un livello pre-verbale. Questo è un altro modo in cui il dialogo aperto è un approccio *mindful* cioè consapevole; tutti i livelli di presenza e di collegamento – non solo verbale – sono visti come vitali, e coltivare la conoscenza e la sensibilità verso di loro è fondamentale. Seikkula (2011b) parla di:

'passare dalla conoscenza esplicita alla conoscenza implicita di ciò che sta accadendo nel momento presente come esperienza incarnata, e, principalmente, senza parole – è questo, diventare consapevoli di ciò che sta succedendo in noi prima

di avere le parole per dirlo. Viviamo nel momento presente che dura solo pochi secondi. Questo si riferisce agli aspetti microscopici del dialogo nella risposta e responsabilità del terapeuta alla persona prima che tutto venga elaborato a parole o descritto secondo la lingua; cioè, essere aperto all'altro'.

Come nella *mindfulness*, la connessione profonda con l'altro è quindi ritenuta tanto importante quanto quella verbale: 'terapeuti e clienti vivono in una comune esperienza incarnata, che si realizza prima che le esperienze del cliente siano formulate in parole. Nel dialogo emerge una coscienza intersoggettiva' (Seikkula 2011b).

Accettazione dei pensieri e delle emozioni

I professionisti della salute mentale spesso possono vedere il proprio lavoro come focalizzato sulla rimozione dei pensieri e delle emozioni difficili. In un dialogo aperto, tuttavia, una competenza chiave è la capacità di consentire e di permettere a qualunque pensiero ed emozione che stia accadendo nel momento presente – fino a quando non vi è una minaccia immediata – di emergere e di essere vissuti. Come esposto da Olson e colleghi (2014):

'Quando si sviluppano emozioni come tristezza, rabbia o gioia, il compito dei terapeuti è quello di creare uno spazio per le loro emozioni in modo sicuro, senza dare un'interpretazione immediata dei sentimenti e delle reazioni provate' (Olson 2014).

Quando ciò si verifica, i clinici possono anche essere 'trasparenti rispetto l'essere mossi dai sentimenti dei membri della rete, [quindi] la sfida per quelli del gruppo di lavoro è quella di tollerare gli intensi stati emotivi indotti nel corso dell'incontro' (Seikkula 2005).

Coltivare l'alleanza

Il promuovere l'alleanza del paziente e della sua rete sociale è alla base dell'intero modello. L'alleanza è coltivata tramite il contesto che viene mantenuto e tramite il modo in cui le decisioni vengono prese, e quindi, di conseguenza, attraverso il modo in cui viene generato significato.

Un obiettivo chiave di lavorare con le persone in questo modo è di consentire alla persona interessata di dare significato all'esperienza attraverso l'interazione dialogica con la propria rete sociale. Questa 'generazione di significato' più endogena, per così dire, può essere considerata più potente, e quindi più valida e sostenibile, di quella che potrebbe essere definita generazione esogena del significato, nella quale figure o professionisti esterni si assumono la responsabilità esclusiva di definire l'esperienza. Consentendo la polifonia, tollerando l'incertezza e connettendosi con la rete sociale in questo modo, i clinici passano

dall'essere i responsabili di significato al rendere possibile la costruzione endogena del significato, favorendo così il senso di alleanza che il processo stesso inizia a infondere. In molti aspetti, questo può essere visto come un meccanismo centrale di cambiamento all'interno del processo.

Rischio e gestione

Le valutazioni del rischio in un approccio dialogico sono realizzate e documentate come nei trattamenti tradizionali; tuttavia, sono compilate diversamente. Mentre il clinico solitamente passa in rassegna una lista di domande relative a elementi chiave di rischio, la discussione più ampia in un incontro di rete è per definizione meno mirata. Tuttavia, questo dialogo più ampio tra le molte parti interessate significa che le questioni relative alla preoccupazione/rischio – o la loro assenza – si palesano inevitabilmente nel corso dell'incontro. In questo processo avvengono uno scambio ed una ricerca molto più ricchi. E' esperienza dei clinici sia nel Regno Unito (all'interno dei *teams* pilota) sia all'estero che, alla fine di un incontro allargato alla rete, tutti gli elementi che sarebbero stati scoperti attraverso domande dirette a una valutazione formale del rischio sono emersi attraverso l'interazione dialogica. Dettagli rilevanti vengono poi registrati come note progressive nei formati appropriati.

Un processo simile è stato usato ed è stato osservato essere efficace per altri elementi formali di valutazione e di gestione, come il Care Programme Approach CPA).

Se il rischio si manifesta durante o intorno al momento dell'incontro della rete sociale, questo deve essere espresso nel corso dell'incontro e devono essere intraprese tutte le azioni necessarie, sia che ci si riferisca ai protocolli di salvaguardia che all'applicazione del Mental Health Act [legge che regola i trattamenti psichiatrici obbligatori in Inghilterra, n.d.t.). Questa è stata la prassi in Finlandia e in altri paesi in cui operano il dialogo aperto o servizi simili; tuttavia, è riportato un bisogno di utilizzo di tali misure – specialmente di ricovero obbligatorio – molto meno frequente. Per questo motivo, sia per tali circostanze, che per motivi più generali come la prescrizione di farmaci, la valutazione dell'esecuzione delle attività della vita quotidiana (activities of daily living, ADL), il coinvolgimento in un lavoro o visite di sostegno/ orientate alla *recovery*, o l'inizio di psicoterapia individuale, le competenze specifiche del singolo clinico possono ancora essere chiamate in causa in qualsiasi momento.

Nel caso il ricovero ospedaliero sia in ultima istanza necessario, gli incontri di rete dovrebbero

continuare per l'intera durata del ricovero e dopo la dimissione. Durante il percorso di cura, gli incontri di rete rimangono il forum decisionale primario degli aspetti chiave del percorso di cura.

I clinici in un *team* di dialogo aperto non sono quindi tenuti ad abbandonare la loro area di competenza del tutto. Tuttavia, in un servizio dialogico, questa competenza sarebbe usualmente applicata in modo più incisivo, orientato ai bisogni, in un ambiente generalmente più democratico, meno gerarchico.

Facilitazione da parte di *peer workers*

La facilitazione da parte di *peer workers* (*peer support*) è riconosciuta come un'importante risorsa per il recupero della salute mentale individuale (Department of Health 2008) ed è comunemente utilizzata in una varietà di servizi di salute mentale (ImROC 2013; Gillard 2014; Mahlke 2014; www.hearing-voices.org). Repper & Carter (2011) hanno descritto una serie di benefici per *peer workers*, pazienti e servizi di salute mentale che i ruoli di *peer workers* offrono (box 2).

La facilitazione da parte di *peer workers* ha caratterizzato in tutto il mondo diversi modelli di cura orientati ai bisogni che condividono una serie di principi comuni con il dialogo aperto. Ad esempio, il Parachute NYC project a New York, negli Stati Uniti d'America, opera in questo senso, e i *peer workers* sono una componente fondamentale del servizio fornito (Coe 2013; <http://dcfadvertising.com/work/parachute-nyc>).

BOX 2 Benefici della facilitazione con *peer workers*

Per i *peer workers*

- Scoperta personale
- Sviluppo di abilità
- Più possibilità nella ricerca e nel mantenimento dell'occupazione
- Miglioramento della situazione economica

Per i pazienti

- Miglioramento della qualità di vita
- Aumento dell'indipendenza
- Aumento della fiducia
- Diminuito isolamento sociale

Per i servizi di salute mentale

- Potenziale riduzione dei ricoveri ospedalieri
- Migliore comprensione delle sfide affrontate dai pazienti
- Miglioramento della condivisione di informazioni

(Repper 2011; Gillard 2014)

Aspetti di questo approccio saranno replicati nei *teams* del Regno Unito e così, nel modello POD, tutte i gruppi di lavoro includeranno *peer workers*. Essi agiranno come parte integrante dei *teams* di lavoro e avranno al loro interno un duplice ruolo. Il loro primo ruolo sarà quello di partecipare agli incontri di rete insieme ai clinici, utilizzando i principi del dialogo aperto. Oltre a questo ruolo più terapeutico, ogni clinico avrà il proprio ruolo professionale (medico, infermiere, terapeuta occupazionale, ecc) che potrà essere dispiegato in maniera adattata ai bisogni, a seconda del problema in questione.

Lo stesso varrà per i *peer workers*. La loro esperienza sarà particolarmente chiamata in causa quando l'individuo lamenta delle carenze o ha una rete sociale limitata. Il secondo ruolo del *peer worker* riguarda quindi il collegamento e la coltivazione di una comunità locale di pari che ricevono attualmente (o hanno ricevuto in passato) il supporto dai servizi di salute mentale locali. Questa sarà una comunità di auto-aiuto che il *peer worker* facilita e porta avanti come una risorsa per coloro che possono trarne beneficio.

Il *peer worker* lavorerà anche a stretto contatto con il resto della squadra POD. La partecipazione alla formazione principale sul dialogo aperto per il personale sarà cruciale, così come il partecipare alla supervisione con il gruppo di lavoro locale e il ricevere un'adeguata formazione professionale durante tutto l'anno.

Formazione specialistica

La formazione POD per il personale NHS è una combinazione di apprendimento tradizionale del contesto al fine di comprendere il modello e facilitare la sua operatività, unito con una formazione esperienziale per facilitare lo sviluppo delle competenze di base. Ciò coinvolgerà un lavoro su di sé personale come la *mindfulness* (o pratiche simili silenziose/contemplative), con l'obiettivo di sviluppare una pratica personale regolare come parte di un costante impegno per lo sviluppo personale.

Il curriculum e i metodi di apprendimento si basano su programmi di formazione al dialogo aperto stabiliti in Finlandia, Norvegia (Hopfenbeck 2015) e in Massachusetts, Stati Uniti d'America.

La formazione nel Regno Unito è un'impresa congiunta tra *NELFT NHS Foundation Trust* e l'Università Norvegese di Scienza e Tecnologia. Si svolge in un periodo di 9 mesi, e culmina con il conseguimento del Diploma di formazione in dialogo aperto facilitato da *peer workers*. Si compone di quattro moduli residenziali – ciascuno

della durata di una settimana – con un continuo processo di lettura, collaborazione *online* e di dialogo facilitato con altri studenti tra ciascuno dei moduli.

Sfide e ricerca

Esperienze aneddotiche di POD del paziente, della famiglia (Dodd 2015) e cliniche sono state estremamente positive. L'attuale evidenza empirica sull'efficacia del dialogo aperto, tuttavia, non è sufficientemente forte, e l'approccio non è facilmente trasferibile nel Regno Unito, per sostenere l'uso su larga scala di POD nel NHS. In aggiunta, ci sono evidenti ostacoli alla realizzazione del POD nel NHS, come le sfide organizzative di continuità assistenziale in servizi sempre più frammentati e le sfide culturali di introdurre una gerarchia appiattita, un aumento dell'autonomia del paziente e della famiglia, e il coinvolgimento di *peer workers*.

Al fine di valutare in modo rigoroso POD nel Regno Unito, è previsto uno studio randomizzato controllato (RCT) multicentrico – con richieste di finanziamento attualmente in preparazione – per confrontare POD rispetto al trattamento corrente, con i tassi di ricaduta come esito primario. Lo studio si concentrerà sul fornire un modello di cura basato su POD al momento della richiesta in *teams* di crisi, e la fase preliminare alla valutazione proposta su larga scala comporterà l'istituzione di *teams* pilota in un certo numero di *trusts* del NHS per valutare il modo migliore di adattare i servizi esistenti per offrire un modello POD. Le sfide organizzative, in particolare, saranno esplorate in questa fase, ed emergeranno probabilmente una serie di adattamenti necessari per un contesto NHS. Sarà anche centrale nello studio previsto la creazione di un programma di formazione pratica POD che sia fruibile su larga scala, e un sistema di formazione professionale accessibile ai clinici di tutte le discipline e sostenibile nel lungo periodo.

Conclusioni

L'approccio di dialogo aperto è il risultato di un processo di sviluppo ampio e collaborativo realizzatosi nell'arco di diversi decenni. I risultati promettenti nella Finlandia occidentale hanno portato all'esportazione e alla modifica locale dell'approccio a livello internazionale, inclusi New York e Berlino. POD rappresenta un nuovo approccio anche per il NHS nel Regno Unito.

POD è un modello di cura che si basa su forti valori umanistici, centrati sulla persona. Una grande importanza è posta allo stabilire connessioni tra clinici e pazienti, e tra il paziente e la sua rete sociale. L'incontro di rete è visto come

il fulcro in cui ciò si verifica e, di conseguenza, il ruolo del clinico fin dall'inizio si concentra più sulle relazioni rispetto a quanto si realizza nei contesti tradizionali. Ciò richiede un approccio alla cura consapevole, tollerante e compassionevole, ed è un approccio che includerà un lavoro su di sé e una formazione personale continua. Questo impegno a creare una connessione profondamente empatica è ulteriormente potenziato dall'integrazione nel modello della facilitazione con *peer workers*, che contribuiranno a un appiattimento della gerarchia e, attraverso un processo di co-supervisione con i clinici, aumenteranno il grado di orientamento al paziente del servizio fornito.

L'obiettivo finale è quello di facilitare l'emergere di un senso di collaborazione tra il paziente e la sua rete sociale, permettendo che si instauri un contesto dialogico. Permettere alle persone più colpite dai problemi di salute mentale di dare esse stesse un senso alle proprie esperienze attraverso una tale dinamica diventa un acceleratore fondamentale del processo di *recovery*, che ha anche la capacità di creare una stabilità sul più lungo termine e, infine, di promuovere l'indipendenza dai sistemi di cura e dai servizi.

Ci sono sfide per un utilizzo su vasta scala di POD all'interno del NHS, tra cui la necessità di ulteriori ricerche empiriche, e significativi ostacoli organizzativi e culturali. Sono attualmente in fase di realizzazione *teams* pilota in un certo numero di *trusts* NHS per esplorare i modi in cui POD possa essere incorporato in uno studio multicentrico proposto.

Bibliografia

Aaltonen J, Seikkula J, Sutela M, et al (1997) Western Lapland project: a comprehensive family- and network centered community psychiatric project. In *ISPS: Abstracts and Lectures 12–16 October 1997* (ed ISPS): 124. International Society for Psychological and Social Approaches to Psychosis.

Alanen Y, Lehtinen K, Aaltonen J, et al (1991) Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **83**: 363–72.

Alanen Y (1997) *Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment*. Karnac.

Andersen T (1990) The reflective team. In *The Reflecting Team: Dialogues and Dialogues about the Dialogues* (ed T Andersen): 18–107. Bormann.

Andersen T (1995) Reflecting processes. Acts of informing and forming. In *The Reflecting Team in Action: Collaborative Practice in Family Therapy* (ed S Friedman). Guilford Press.

Anderson H (1997) *Conversation, Language, and Possibilities*. Basic Books.

Anderson H, Goolishian H (1992) The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. In *Therapy as Social Construction* (eds S McNamee, KJ Gergen). Sage.

Bracken P, Thomas P, Timimi S, et al (2012) Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, **201**: 430–34.

Coe S (2013) Parachute NYC: a new approach for individuals experiencing psychiatric crises. *Mental Health News*, **15** (2): 16 (https://www.leaders4health.org/images/uploads/files/Parachute_NYC_Article.pdf).

Department of Health (2008) *A Common Purpose: Recovery in Future Mental Health Services*. TSO (The Stationery Office).

Dodd C (2015) Open Dialogue: the radical new treatment having life-changing effects on people's mental health. *Independent* (<http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/open-dialogue-the-radical-new-treatment-having-life-changing-effects-on-peoples-mental-health-a6762391.html>). Accessed 15 July 2016.

Giacco D, McCabe R, Kallert T, et al (2012) Friends and symptom dimensions in patients with psychosis: a pooled analysis. *PLoS ONE*, **7**: e50119.

Gillard S, Holley J (2014) Peer workers in mental health services: literature overview. *Advances in Psychiatric Treatment*, **20**: 286–92.

Haarakangas K (1997) [The voices in treatment meeting. A dialogical analysis of the treatment meeting conversations in family-centred psychiatric treatment process in regard to the team activity. English summary]. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, **130**: 119–26.

Holquist M (ed) (1981) *The Dialogic Imagination: Four Essays by M.M. Bakhtin* (trans C Emerson, M Holquist). University of Texas Press.

Hopfenbeck M (2015) Peer-supported Open Dialogue. *Context*, **138**: 29–31.

Hoult J, Rosen J, Reynolds I (1984) Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment. *Social Science & Medicine*, **18**: 1005–10.

Hoult J (1986) Community care of the acutely mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, **149**: 137–44.

ImROC (Implementing Recovery through Organisational Change) (2013) Peer support workers in mental health recovery – benefits and costs. ImROC (<http://www.imroc.org/peer-support-workers-in-mental-health-recovery-benefits-and-costs>). Accessed 12 July 2016.

Jablensky A, Sartorius N (2008) What did the WHO studies really find? *Schizophrenia Bulletin*, **34**: 253–5.

Keränen J (1992) [The choice between outpatient and inpatient treatment in a family centred psychiatric treatment system. English summary]. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, **93**: 124–9.

Lambert MJ, Simon W (2008) The therapeutic relationship: central and essential in psychotherapy outcome. In *Mindfulness and the Therapeutic Relationship* (eds SF Hick, T Bien): 19–33. Guilford Press.

Mahlke CI, Krämer UM, Becker T, et al (2014) Peer support in mental health services. *Current Opinion in Psychiatry*, **27**: 276–81.

Olson M, Seikkula J, Ziedonis D (2014) *The Key Elements of Dialogic Practice in Open Dialogue: Fidelity Criteria*. The University of Massachusetts Medical School (<https://www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/keyelements1.109022014.pdf>).

Pharoah F, Mari JJ, Rathbone J, et al (2010) Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **12**: CD000088.

Priebe S, Burns T, Craig TKJ (2013) The future of academic psychiatry may be social. *British Journal of Psychiatry*, **202**: 319–20.

Razzaque R, Okoro E, Wood L (2015) Mindfulness in clinician therapeutic relationships. *Mindfulness*, **6**: 170–4.

Repper J, Carter T (2011) A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, **20**: 392–411.

Seikkula J (1994) When the boundary opens: family and hospital in coevolution. *Journal of Family Therapy*, **16**: 401–14.

Seikkula J, Aaltonen J, Rasinkangas A, et al (2003) Open dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*, **5**: 163–82.

Seikkula J, Trimble D (2005) Healing elements of therapeutic conversation: dialogue as an embodiment of love. *Family Process*, **44**: 461–75.

Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, et al (2006) Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, **16**: 214–28.

Risposte

1 d 2 e 3 b 4 b 5 a

Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J (2011a) The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, **3**: 192–204.

Seikkula J (2011b) Becoming dialogical: psychotherapy or a way of life? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, **32**: 179–93.

Seikkula J (2015) Open dialogues with clients and their families. *Context*, **138**: 2–6.

World Health Organization (1979) *Schizophrenia: An International Follow-up Study*. John Wiley & Sons.

Domande a risposta multipla

Scelga l'opzione di risposta migliore per ogni domanda

1 Quale dei seguenti non è un principio base del dialogo aperto facilitato da *peer workers*?

- a Tolleranza dell'incertezza
- b Offerta di aiuto immediato
- c Flessibilità e mobilità
- d Dialettica
- e Coerenza psicologica.

2 Chi può essere invitato ad un incontro di rete di dialogo aperto facilitato da *peer workers*?

- a Il medico di medicina generale del paziente
- b Gli assistenti sociali del paziente
- c Un membro di un'agenzia locale di ricerca di impiego
- d Il caregiver del paziente
- e Tutte le risposte precedenti.

3 Quale delle seguenti affermazioni è vera riguardo l'organizzazione dei servizi di dialogo aperto facilitato da *peer workers*?

- a Una diagnosi di psicosi acuta è necessaria per l'invio al servizio
- b Il *team* avrà lo scopo di rispondere entro 24 ore dal momento dell'invio
- c Almeno un membro del *team* di lavoro sarà presente agli incontri di rete
- d Non si realizzerà nessun altro trattamento al di fuori degli incontri di rete
- e Si eviteranno completamente farmaci antipsicotici.

4 Quale delle seguenti affermazioni è falsa riguardo l'organizzazione dei servizi di dialogo aperto facilitato da *peer workers*?

- a I *peer workers* saranno parte integrante del *team* di cura
- b I moduli consueti di valutazione del rischio non saranno compilati
- c L'impegno dei clinici rispetto allo sviluppo

personale del paziente potrà includere pratiche di *mindfulness* o yoga

d Si farà ricorso al Mental Health Act se necessario

e La connessione empatica con il paziente/la famiglia sarà considerata tanto importante quanto la comunicazione verbale.

5 Riguardo il dialogismo e la polifonia, quale delle seguenti affermazioni è corretta?

- a Il 'discorso psicotico' è considerato importante tanto quanto gli altri discorsi
- b Se è presente un primario psichiatra, il suo punto di vista ha la precedenza sugli altri
- c Sarà data risposta solo agli interventi che forniscono informazioni utili alla pianificazione e alla gestione
- d Anche se non evidente dalle loro domande, i clinici dovrebbero rifarsi ad una lista di punti chiave interna da tenere nascosta durante gli incontri di rete
- e L'obiettivo del dialogo è l'intesa.