



Università degli Studi di Padova  
Scuola di Medicina e Chirurgia  
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

HEALTH OF THE NATION OUTCOME SCALES (HoNOS) : INDAGINE  
EPIDEMIOLOGICA PER LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI DI SALUTE  
DEGLI UTENTI PRESI IN CARICO DAL DIPARTIMENTO DI SALUTE  
MENTALE DELL'AZIENDA ULSS 18 DELLA REGIONE VENETO

Relatore: Prof. Stefano Rigodanza

Laureanda: Valentina Bononi

Anno Accademico 2014-2015



# INDICE

## ABSTRACT

<b>INTRODUZIONE</b> .....	1
<b>CAPITOLO 1 - LA PRESA IN CARICO DELL'UTENTE NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE</b> .....	3
1.1 Rilevanza del problema per la professione. ....	3
1.2 Contesto in cui si sviluppa il problema.....	4
1.3 Rassegna critica della letteratura. ....	5
1.3.1 La versione italiana della scala HoNOS. ....	7
1.3.2 La validazione della scala HoNOS. ....	8
1.4 Scopo dello studio.....	11
1.4.1 Problema rilevato.....	11
1.4.2 Obiettivo generale.....	11
1.4.3 Obiettivi specifici.....	11
<b>CAPITOLO 2 – MATERIALI E METODI</b> .....	13
2.1 Disegno dello studio .....	13
2.2 Campionamento e criteri d'inclusione ed esclusione.....	13
2.3 Attività di raccolta dati .....	14
<b>CAPITOLO 3- RISULTATI DELL'INDAGINE</b> .....	17
3.1 Descrizione del campione.....	17
3.2. Risultati.....	20
<b>CAPITOLO 4- DISCUSSIONE E CONCLUSIONI</b> .....	25
4.1. Discussione.....	25
4.2 Limiti dello studio.....	27
4.3 Implicazioni per la pratica .....	28
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	31
<b>SITOGRAFIA</b> .....	33
<b>ALLEGATI</b>	



## **ABSTRACT**

**Problema:** in Italia i disturbi mentali costituiscono una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale. Un simile panorama impone di disporre di strumenti di sorveglianza e di monitoraggio dell'entità del fenomeno e di diffusione di interventi terapeutici e preventivi basati su evidenze scientifiche atti a promuovere la salute mentale (26). I risultati dell'indagine effettuata potrebbero risultare utili per favorire un percorso di ottimizzazione nel contesto infermieristico al fine di migliorare la qualità delle cure offerte al paziente preso in carico dai Servizi di Salute Mentale.

**Obiettivo:** valutare, da un punto di vista infermieristico, gli esiti di salute degli utenti presi in carico dal Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e del Centro di Salute Mentale (CSM) dell'Azienda ULSS 18 della Regione Veneto.

**Materiali e metodi:** è stato condotto uno studio epidemiologico trasversale su un campione di 34 pazienti appartenenti sia al SPDC che al CSM. Ai pazienti reclutati è stata somministrata la scala validata HoNOS (6) per valutare la gravità e gli esiti di salute degli utenti presi in carico. La HoNOS viene redatta in due tempi: la prima (T0) all'ingresso del paziente in uno dei due Servizi; la seconda (T1) prima della dimissione per l'SPDC e dopo 2 mesi per il CSM.

**Risultati dello Studio:** dall'analisi dei dati si è riscontrato una maggiore gravità dei problemi di salute nei pazienti reclutati in SPDC rispetto al CSM con un punteggio HoNOS totale più elevato in T0. In T1 si è osservato un miglioramento degli esiti di salute nei due gruppi studiati, un incremento più significativo si è riscontrato negli utenti presi in carico dal SPDC. Da un'osservazione più accurata dei dati si è potuto notare come alcune patologie siano correlate ad un incremento della gravità dei risultati.

**Conclusioni:** mettendo a confronto gli studi reperiti in letteratura si sono riscontrate delle analogie con i dati analizzati dal presente studio. Si può affermare che la scala HoNOS potrebbe essere utilizzata a supporto delle strategie per il miglioramento della continuità assistenziale. Le scale di valutazione sono strumenti standardizzati che forniscono un confronto oggettivo delle rilevazioni fatte da diversi operatori in tempi differenti e permettono un'ottimizzazione degli interventi da parte del personale infermieristico nella progettazione del piano d'assistenza rendendolo più mirato e aderente alle esigenze del paziente.



## INTRODUZIONE

L'elaborato di tesi ha avuto origine dall'interesse personale nei confronti della Psichiatria e del ruolo dell'Infermiere nei Servizi del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda ULSS 18. Con la raccolta dati effettuata lo studente ha avuto modo di entrare direttamente in contatto con gli assistiti presenti sia al CSM (Centro di Salute Mentale) di Rovigo che in SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) di Trecenta.

E' stato possibile, grazie a colloqui con i Coordinatori Infermieristici un coinvolgimento attivo allo studio e la collaborazione nella presa in carico del paziente affiancando l'èquipe infermieristica delle due realtà operative.

In Italia i disturbi mentali costituiscono una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale; si presentano in tutte le classi d'età, sono associati a difficoltà nelle attività quotidiane, nel lavoro, nei rapporti interpersonali e familiari e alimentano spesso forme di indifferenza, di emarginazione e di esclusione sociale. Un simile panorama impone di disporre di strumenti di sorveglianza e di monitoraggio dell'entità del fenomeno e di diffusione di interventi terapeutici e preventivi, basati su evidenze scientifiche, atti a promuovere la salute mentale (26).

L'elaborato di tesi ha lo scopo di valutare gli esiti di salute degli utenti presi in carico dall'èquipe multi professionale che opera nelle due realtà operative esaminate attraverso l'utilizzo della scala validata HoNOS (6). Nello specifico si potrebbe offrire uno strumento oggettivo utile per la presa in carico infermieristica in quanto l'Infermiere è la figura professionale che accoglie, accompagna e monitora l'utente nel percorso di cura al fine di *“ridurre i rischi di un'assistenza non lineare che può rendere il soggetto fragile e disorientato”*.(1).

Il presente studio prende in esame un campione di utenti in carico al CSM e l'SPDC. Viene effettuata una raccolta dati per lo studio demografico della popolazione osservata e somministrata la scala HoNOS per la valutazione degli esiti di salute. Dalla revisione della letteratura effettuata lo strumento valutativo risulta essere il più utilizzato in molti Paesi (2,3). Dalla raccolta dati avvenuta dal 1 Luglio al 3 Settembre 2015 sono stati presi in esame 34 pazienti. Dalle informazioni analizzate si sono riscontrate analogie con i dati rilevati dagli studi reperiti in letteratura (2,24) e si può considerare la scala HoNOS un valido indicatore dell'andamento dei pazienti all'interno dei Servizi di Salute Mentale e

uno strumento in grado di discriminare la gravità dei problemi e valutare gli esiti di salute degli utenti presi in carico (5).

## **CAPITOLO 1 - LA PRESA IN CARICO DELL'UTENTE NEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE**

### **1.1 Rilevanza del problema per la professione.**

Secondo uno studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è emerso che i disturbi mentali rivestono un'importanza crescente in tutti i Paesi industrializzati sia per l'elevato numero di persone colpite e il carico di assistenza fornito sia per i costi economici e sociali che ciò comporta. Sono circa 450 milioni le persone che in tutto il mondo soffrono di disturbi mentali. Anche in Italia costituiscono una delle maggiori fonti di carico assistenziale e di costi per il Servizio Sanitario Nazionale.

I disturbi mentali si presentano in tutte le classi d'età, sono associati a difficoltà nelle attività quotidiane, nel lavoro, nei rapporti interpersonali e familiari e alimentano spesso forme di indifferenza, di emarginazione e di esclusione sociale. Un simile panorama impone di disporre di strumenti di sorveglianza e di monitoraggio dell'entità del fenomeno e di diffusione di interventi terapeutici e preventivi, basati su evidenze scientifiche, atti a promuovere la salute mentale.(26)

Da uno studio effettuato nel 2013 è emerso che la continuità terapeutica, come approccio assistenziale di presa in carico infermieristica, sia il modello più efficace a livello qualitativo per la cura dei disturbi mentali. Uno strumento reputato idoneo per il controllo e per il mantenimento della continuità terapeutica risulta essere il Piano di Cura Personalizzato che va aggiornato periodicamente tenendo conto degli esiti di salute raggiunti dal paziente in carico ai Servizi di Salute Mentale.(4)

La qualità delle cure è strettamente legata ai risultati ottenuti dai pazienti conseguentemente la presa in carico. Gli strumenti di valutazione possono essere ritenuti utili per migliorare l'assistenza infermieristica andando a monitorare, nella pratica clinica, l'andamento nel tempo del paziente e rilevare, in maniera oggettiva, l'insorgere di variazioni delle condizioni di salute e valutare se vi sono stati o meno miglioramenti.

La scala HoNOS, secondo lo studio di Lora et al., risulta lo strumento più idoneo per la pratica clinica in quanto è stata ampiamente validata e sufficientemente utilizzata sia ai fini della valutazione degli esiti delle cure sia per descrivere le popolazioni in carico ai servizi di Salute Mentale in relazione alla complessità e alla gravità delle problematiche

presentate, inoltre, secondo le evidenze scientifiche la HoNOS può essere utilizzata sia da personale medico che infermieristico nella pratica quotidiana.(5)

Il ruolo dell'Infermiere nell'ambito della Salute Mentale è d'importanza fondamentale perché è la figura professionale preposta ad "accompagnare" l'utente nel suo percorso di cura cercando di ridurre i rischi di un'assistenza non lineare che può rendere il soggetto fragile e disorientato e per questo motivo può essere utile l'utilizzo di scale di valutazione per rilevare i problemi presenti e gli esiti di salute che possono raggiungere gli utenti presi in carico.(1)

## **1.2 Contesto in cui si sviluppa il problema.**

L'assistenza psichiatrica negli ultimi vent'anni ha subito numerosi cambiamenti legislativi, organizzativi e sociali.

Il ruolo dell'Infermiere in Italia cambia completamente: passa da custode e sorvegliante del malato all'interno dei manicomi a professionista attivo e in grado di prendere decisioni autonomamente all'interno del Dipartimento di Salute Mentale. L'Infermiere che opera all'interno dei Servizi Mentali diventa competente nelle tecniche relazionali ed educative, infatti è di primaria importanza, a livello di presa in carico infermieristica, la conquista della fiducia del paziente con l'istaurarsi di un clima sereno e tranquillo in cui stare bene e parlare creando una sorta di empatia, al fine di creare una valida alleanza terapeutica (27).

Le due realtà operative in cui è stata svolta l'indagine appartengono al Dipartimento di Salute Mentale dell' ULSS 18 della Provincia di Rovigo e sono: il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) dell'Ospedale di Trecenta e il Centro di Salute Mentale (CSM) di Rovigo.

All'interno dell'SPDC vi sono 16 posti letto, i ricoveri si caratterizzano per la breve durata della degenza e la patologia acuta dei pazienti. L'attività clinica e riabilitativa è organizzata secondo protocolli definiti e linee guida per l'accoglienza e l'emergenza. Presso l'SPDC vengono effettuati sia i ricoveri di tipo volontario sia i ricoveri in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO).(27)

Il CSM è la sede organizzativa dell'èquipe degli operatori e del coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale; il CSM inoltre contribuisce ad aumentare il livello di salute della popolazione presente nel territorio di competenza attraverso:

- L'individuazione dei fattori di rischio che potrebbero creare situazioni di disagio mentale ed una loro evoluzione in patologia, cercando di promuovere i fattori protettivi attraverso interventi diretti alla comunità;
- L'implementazione dei servizi e il diffondersi di pratiche efficaci nel trattamento delle patologie psichiatriche attraverso l'attività ambulatoriale, domiciliare, con la collaborazione dei medici di base e i distretti;
- La promozione del recupero delle abilità quotidiane, delle relazioni sociali nei pazienti cronici al fine di riacquisire le condizioni favorevoli per permettere una qualità di vita più agevole possibile con l'aiuto delle risorse presenti nel territorio.

I servizi principali presenti all'interno del CSM sono:

- il Day Hospital: struttura semi residenziale con obiettivi che riguardano i trattamenti intensivi precoci in cui vengono attuati programmi terapeutici riabilitativi a breve o medio termine in base alle necessità. È aperto 8 ore al giorno e tratta pazienti con patologie sub-acute. Ha la funzione di evitare il ricovero a tempo pieno o limitarne la durata quando risulta indispensabile;
- il Centro Diurno: ha finalità di fornire un luogo idoneo con adeguati spazi e operatori ed infermieri formati per erogare attività educative, formative e di apprendimento in un contesto di gruppo con la possibilità, da parte dell'utente, di svolgere le attività più affini ai suoi gusti e alle sue esigenze; l'obiettivo è il recupero delle capacità perdute, lo sviluppo delle potenzialità non espresse e l'acquisizione di comportamenti socialmente condivisi che consentano al soggetto di avere una vita sociale che risponda ai suoi bisogni. È aperto 8 ore al giorno dal lunedì al venerdì, gli utenti in carico sono mandati dagli psichiatri del CSM.

### **1.3 Rassegna critica della letteratura.**

Il percorso di ricerca è presente nell'ALLEGATO 1.

Con l'espressione salute mentale, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si fa riferimento ad uno *“stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società, rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri, partecipare*

*costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni”(26).*

Secondo uno studio dell'OMS (26) è emerso che i disturbi mentali rivestono un'importanza crescente in tutti i Paesi industrializzati sia per l'elevato numero di persone colpite che per il carico di assistenza fornito e i costi economici e sociali che ciò comporta. Da questi presupposti nel 1993 il Governo Inglese, con la stesura del libro *The Health of the Nation* individuò come settore prioritario di intervento l'area della salute mentale e si prefissò come obiettivo “*il miglioramento del livello di salute mentale e di funzionamento sociale delle persone affette da disturbi mentali*”, per questo motivo John Wing e collaboratori ricevettero l'incarico di sviluppare una scala che fosse in grado di valutare in che misura questi obiettivi fossero stati raggiunti. La scala aveva l'incarico di monitorare la gravità clinica e le condizioni di vita sociale degli utenti in carico ai servizi di salute mentale, oltre a questo doveva valutare l'esito degli interventi e il carico di lavoro degli operatori e dei servizi.(5)

La scala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) viene utilizzata come strumento di valutazione standardizzato per l'uso di routine nelle strutture psichiatriche per valutare gli eventuali progressi conseguenti la presa in carico degli utenti da parte dei servizi di salute mentale. Le valutazioni psicometriche presenti indagano la gravità e l'esito di salute degli utenti. La scala HoNOS viene completata in diversi momenti del processo di cura ma solitamente: all'ammissione di un paziente in un servizio di salute mentale, poi, a distanza di un determinato periodo di tempo (variabile in base al tipo di Servizio) viene fatta una rivalutazione per verificare se vi sono stati cambiamenti e per i pazienti in regime di ricovero la rivalutazione viene eseguita alla dimissione.(6)

La HoNOS è composta da 12 item che valutano sia i problemi di tipo clinico che psicosociale. Ogni item ha un punteggio che va da 0 (nessun problema) a 4 (grave / molto grave): 1 indica che il problema presente non necessita di interventi mentre i punti dal 2 al 4 indicano la necessità di un intervento terapeutico, sociale o assistenziale. Il punteggio massimo che si può ottenere è 48 che indica un punteggio totale massimo di gravità.(3)

Dagli studi effettuati (3) e dai calcoli statistici utilizzati per testare la validità della scala si è calcolato che un punteggio pari o superiore a 13 punti definisce il problema legato alla malattia mentale come moderato o grave, mentre un punteggio pari o inferiore a 12 definisce la malattia da lieve a moderata. (3)

I 12 item valutano la gravità dei problemi nelle seguenti aree:

1. comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati;
2. comportamenti deliberatamente auto lesivi;
3. problemi legati all'assunzione di alcool e droghe;
4. problemi cognitivi;
5. problemi di malattia somatica o di disabilità fisica;
6. problemi legati ad allucinazioni e deliri;
7. problemi legati all'umore depresso;
8. altri problemi psichici e comportamentali;
9. problemi relazionali;
10. problemi nelle attività della vita quotidiana;
11. problemi nelle condizioni di vita;
12. problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative.

Gli item vengono suddivisi in 4 sottoscale: problemi comportamentali (item 1-3); problemi di disabilità (item 4-5); sintomi (item 6-8) e problemi sociali (item 9-12). (7)

In base ad uno studio australiano di Trauer et al. per la compilazione della HoNOS si prende in esame: per gli item da 1 a 8 il problema più grave verificatosi nelle ultime due settimane e per gli item dal 9 al 12 si fa una valutazione generale della gravità dei problemi presenti nella vita del paziente quindi il periodo di valutazione va oltre le due settimane. (13)

Sono presenti 3 versioni distinte in base all'età dei pazienti: bambini e adolescenti (HoNOSCA), adulti in età lavorativa (HoNOS) e over 65 (HoNOS65 +). (8)

Da studi effettuati la HoNOS risulta essere uno strumento semplice da utilizzare, applicabile ad una vasta gamma di disturbi che comprendono: sia la parte clinica legata alla malattia che la componente sociale, la valutazione può essere compilata sia da personale medico che infermieristico ed è sensibile al cambiamento. (8)

La scala HoNOS è uno strumento ampiamente validato in molti Paesi (Italia, Danimarca, Paesi Bassi, Regno Unito, Australia,...) e sta acquisendo, inoltre, un'importanza sempre maggiore come strumento di misura all'interno dei servizi assistenziali di case management infermieristico e di community care per i servizi di salute mentale. (9)

### 1.3.1 La versione italiana della scala HoNOS.

In Italia la HoNOS viene tradotta per la prima volta nel 1997 da Rossi et al., per il suo utilizzo all'interno di uno studio relativo ai costi dei trattamenti in psichiatria. Lo studio effettuato relativo alla riproducibilità della scala HoNOS individuò 4 item non riproducibili: 4, 8, 11 e 12 e per questo motivo furono esclusi dall'analisi.(10)

La versione definitiva italiana di Lora et al. presentata nel 2001 è stata modificata per poter essere riproducibile, le principali differenze rispetto all'ultima versione inglese di Wing et al. sono:

1. per gli item 11 e 12 ,risultati poco comprensibili, ne viene ampliato il contenuto. Per l'item 11 relativo ai "*problemi nelle condizioni di vita*", viene considerata: l'abitazione, la disponibilità di denaro e il grado di supporto e stimolo nell'ambiente.(11)

Per l'item 12 relativo ai "*problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative*" viene valutata la possibilità di accesso ed utilizzo di strutture e servizi sia per le attività ricreative che per le attività lavorative - formative e il grado di supporto e stimolo da parte dei familiari o caregiver per l'inserimento sociale del paziente. (5)

2. l'item 8 relativo ad "*altri problemi psichici e comportamentali*", che nel precedente studio risultava poco riproducibile, viene integrato al suo interno con gli item della scala *FACE profile* di Clifford che individua problemi diversi tra loro come: ansia e fobie, ossessioni e compulsioni, disturbi del sonno, ecc ... (12)

Una volta individuato il problema si assegna un punteggio da 0 a 4 come per gli altri item. (6)

### 1.3.2 La validazione della scala HoNOS.

La HoNOS è stata sottoposta ad intensa verifica, sia delle proprietà psicometriche che della sua applicabilità, i risultati di queste ricerche li ritroviamo nella revisione degli studi di Pirkis et al. (6).

Dai principali studi presi in esame risulta che:

- *la validità di contenuto* della HoNOS viene descritta dalla maggior parte degli autori come esaustiva, accurata e precisa (6,14). Alcuni autori hanno, però, rilevato la limitazione dell'item 8 (*altri problemi psichici e comportamentali*) in cui è

richiesto di selezionare solo un singolo problema presente; anche l'item 6 (*problemi legati ad allucinazioni e deliri*) risulta essere poco accurato nella descrizione della sintomatologia psicotica. Altri problemi vengono riscontrati per gli item sociali 10,11,12 in quanto complessi perché le informazioni non sono sempre reperibili, inoltre viene criticato il fatto che non vengano considerati fattori quali la cultura, gli abusi, il lutto o la compliance farmacologica. (5,6,15)

- *la validità di costrutto*, presa in esame da altri studi analizzati dalla revisione di Pirkis et al. esamina la consistenza interna della HoNOS e la bassa ridondanza degli item con coefficienti *alpha di Cronbach* compresi tra 0,59 e 0,79 e considerandola utile per offrire una valutazione complessiva della gravità dei sintomi. Alcuni studi (14) hanno calcolato il contributo dei singoli item sul punteggio totale ed è risultato che: gli item 7 (*problemi legati all'umore depresso*), 8 (*altri problemi psichici e comportamentali*) e 9 (*problemi relazionali*) rivestono il peso maggiore, contribuendo rispettivamente per il 15%, 19% e 14% del totale; mentre il peso minore è determinato dagli item legati ai problemi sociali 11 e 12 che contribuiscono solo per il 3%. (5,10,14)
- *La validità concorrente*, molti studi hanno messo a confronto la scala HoNOS con altre scale utilizzate in letteratura per verificare la sua validità concorrente allo scopo di valutarne l'applicabilità nelle valutazioni di esito all'interno dei servizi. Alcuni autori hanno comparato la HoNOS con la Brief Psychiatric Rating Scales (BPRS), la Social Behaviour Schedule (SBS), la Global Assessment of Functioning (GAF), la Local of Community Support Scales (LCSS), la General Health Questionnaire (GHQ) e la Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS-SF-36); Da questo studio è emersa una correlazione significativa con le due scale lineari (GAF e LCSS), con la scale di funzionamento sociale (SBS) e con una scala psicopatologica (BPRS) confermata anche da Wing et al. e McClalland et al. (14,15)

Uno studio di Oiesvold et al. suggerisce di utilizzare la scala HoNOS in associazione con la scala autosomministrata Symptom Checklist-90-Revised (16). La scala HoNOS è utile per discriminare i pazienti con diversi gradi di bisogni assistenziali e diversi livelli di disabilità nei diversi contesti di cura; secondo Trauer

- et al. vi è una correlazione tra il punteggio complessivo HoNOS e l'utilizzo di risorse per il paziente, strumento utile per la distribuzione dei finanziamenti. (5,17)
- *Riproducibilità*, dalla revisione di Pirkis et al. (6) gli studi relativi alle misure di riproducibilità della scala sono risultati controversi. La maggior parte degli studi ha evidenziato una buona capacità di “misurare lo stesso fenomeno in tempi successivi” (*test-retest reliability*) con difficoltà per gli item 1,3,7 e 10. Risultati da scarsi a modesti per gli item 4,8,11 e 12 sono riportati da Brooks e in Italia da Rossi et al. Uno studio di Lovaglio e Monzani ha riscontrato un'accettabile riproducibilità dello strumento pur confermando la maggior difficoltà per gli item 4,11,12. (10).
  - *Per la valutazione della sensibilità* della scala al cambiamento viene considerata la variazione di punteggio tra l'inizio e la fine dei vari episodi di cura. Modificazioni maggiori si sono evidenziate nei contesti ospedalieri rispetto a quelli territoriali soprattutto in pazienti con punteggio più elevato nella valutazione basale. Secondo Stedman et al. i pazienti valutati dopo 3 mesi presentano un significativo miglioramento nella maggior parte degli item. Possiamo dire che vi è una correlazione tra setting, diagnosi e gravità per valutare l'esito dei trattamenti e la scala HoNOS risponde a queste esigenze. (11,14,18,19)
  - *l'applicabilità della scala* risultata: semplice, facile da usare e utile per valutare il carico di lavoro dei singoli servizi ma richiede un addestramento specifico (3,20). La scala può essere utilizzata da qualsiasi operatore dopo adeguato training ed è considerato accettabile dagli operatori ed utilizzabile nella routine clinica (5,13)

A conclusione risulta che la scala HoNOS può essere idonea per l'utilizzo nei servizi di salute mentale sia per le valutazioni routinarie dell'esito e sia per descrivere le popolazioni dei pazienti presi in carico dai servizi in relazione alla gravosità e gravità della problematiche presentate.(21,22) Può rappresentare uno strumento competente ed efficace da inserire nei processi di miglioramento continuo di qualità. (5)

## **1.4 Scopo dello studio**

### **1.4.1 Problema rilevato**

L'interrogativo posto dall'indagine è analizzare se la scala HoNOS possa essere uno strumento utile ed efficace in ambito infermieristico per valutare le gravità e gli esiti di salute degli utenti presi in carico dai servizi di salute mentale dell'Azienda ULSS 18.

La ricerca in letteratura di articoli riguardanti il tema della tesi è stata costruita partendo da un quesito di foreground costruito secondo la metodologia EPICOM:

*(P) paziente focus dell'indagine:* pazienti adulti presi in carico dal CSM di Rovigo e SPDC di Trecenta;

*(I) intervento oggetto dell'indagine:* utilizzo della scala HoNOS nella pratica clinica;

*(O) outcome da perseguire:* migliora la valutazione degli esiti di salute conseguenti la presa in carico e discrimina i problemi di salute reali classificandoli in categorie distinte.

### **1.4.2 Obiettivo generale**

Lo scopo dello studio consiste nel valutare gli esiti di salute degli utenti conseguentemente la presa in carico da parte dei servizi presi in esame e valutarne la gravità dei problemi presenti prima della presa in carico.

### **1.4.3 Obiettivi specifici**

- Analizzare i dati raccolti e confrontarli per valutare se vi sono stati miglioramenti prima e dopo la presa in carico;
- mettere in relazione i dati demografici, le patologie presenti e il grado di gravità per valutare se vi sono correlazioni;
- conoscere e distinguere le diverse patologie presenti nelle due realtà: SPDC pazienti in fase acuta e CSM pazienti stabilizzati;
- riflettere e discutere in merito alle implicazioni relative alla pratica clinica infermieristica.



## **CAPITOLO 2 – MATERIALI E METODI**

### **2.1 Disegno dello studio**

In questo elaborato di tesi viene presentato uno studio epidemiologico di tipo trasversale in grado di misurare la frequenza dei fenomeni legati alla malattia e dei fattori ad essi correlati in un determinato istante (T0) e, a distanza di un determinato periodo di tempo, viene effettuata una seconda misurazione (T1) sullo stesso campione di soggetti per valutare l'entità del possibile cambiamento su alcuni esiti di salute.

Il campione è composto da n°15 pazienti ricoverati presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) e n°19 per il Centro di Salute Mentale (CSM) per un totale di n°34 pazienti presi in esame. Per ogni paziente sono stati raccolti i dati demografici ed è stata eseguita una prima valutazione (T0) e, in seguito, una rivalutazione (T1) a distanza di un determinato periodo di tempo..

### **2.2 Campionamento e criteri d'inclusione ed esclusione**

Il campione preso in esame è stato selezionato in base a dei criteri d'inclusione ed esclusione:

- Criteri di inclusione: pazienti adulti che entrano in contatto con i servizi del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda ULSS 18, ovvero CSM di Rovigo o SPDC di Trecenta degenti durante il periodo di raccolta dati;
- Criteri di esclusione: sono esclusi dall'indagine i pazienti che sono degenti da più di 1 mese per il CSM e per l'SPDC da più di 1 settimana; pazienti non coscienti e non collaboranti e pazienti che non hanno espresso il consenso a partecipare allo studio.

I criteri di esclusione sono stati definiti in accordo con lo studente, il Relatore e con il consenso dei Coordinatori Infermieristici delle due realtà operative e sono supportati dall'analisi infermieristica.

La raccolta dati basata sulla scala di valutazione HoNOS è stata condotta in due momenti distinti:

- per la raccolta dati riguardante lo studio demografico si è parlato direttamente con gli utenti ricoverati, quindi si è condotta tramite intervista diretta, per questo motivo si sono esclusi i pazienti non coscienti e non collaboranti. In accordo con i

Coordinatori Infermieristici si è considerata anche la situazione emotiva in cui si trovavano i pazienti: quelli che presentavano un precario equilibrio, tale per cui l'intervista potesse diventare motivo di scompenso psichico si è preferito completare la raccolta dati in un secondo momento e con la collaborazione del Coordinatore Infermieristico o con un Infermiere del reparto;

- per la parte relativa alla compilazione della scala HoNOS si sono visionate le cartelle cliniche sia cartacee che informatizzate e, in un secondo momento, con la collaborazione del Coordinatore Infermieristico sono state compilate le valutazioni HoNOS.

Il setting dello studio è l'area dei Servizi di Salute Mentale, più in particolare lo studio è stato condotto all'interno di due realtà operative:

- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) di Trecenta;
- Centro di Salute Mentale (CSM) di Rovigo.

### **2.3 Attività di raccolta dati**

Il percorso di tesi è iniziato nel periodo di Febbraio 2015 con dei colloqui con il Relatore riguardo la tipologia dello studio, la ricerca di informazioni nei principali database scientifici e una prima bozza del progetto di tesi, percorso poi conclusosi a Settembre 2015 con l'ultima fase della raccolta dati e la stesura della tesi.

In accordo con i Responsabili Medici e i Coordinatori Infermieristici si sono raccolti i dati dei pazienti presenti sia nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) di Trecenta che nel Centro di Salute Mentale (CSM) di Rovigo, tutte e due le UOC fanno parte dell'Azienda ULSS 18. Per la valutazione dell'esito in seguito alla presa in carico infermieristica si è utilizzata la scala HoNOS , già conosciuta dai Coordinatori Infermieristici delle due realtà in cui si sono raccolti i dati ma mai utilizzata nella routine clinica. La raccolta dati è avvenuta tra Luglio e Settembre 2015 ma in un lasso di tempo diverso per le due realtà. In accordo con le evidenze scientifiche (5,6) :

- per l'SPDC si sono raccolti i dati ed eseguite le valutazioni in un periodo di 20 giorni circa (tra i primi di Luglio e la metà dello stesso mese) in quanto le

valutazioni all'interno dei servizi che trattano i pazienti in fase acuta vanno eseguite una all'ingresso del paziente e una alla dimissione;

- per il CSM i dati sono stati raccolti in un periodo di tempo più lungo perché i pazienti cronici vengono valutati a distanza di 2-3 mesi per valutare se vi sia stato un cambiamento significativo, quindi i dati sono stati raccolti ad inizio Luglio e poi ad inizio Settembre.

La HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) è un breve strumento di valutazione multidimensionale che consente un inquadramento generale del paziente psichiatrico mediante valutazione della gravità dei problemi di tipo clinico e sociale. Con la possibilità di somministrazione ripetute nel tempo consente anche di valutare gli esiti di un intervento terapeutico. Per i pazienti reclutati è stata somministrata la scala HoNOS con allegata una raccolta dati per eseguire uno studio demografico sulla popolazione presente. I dati raccolti erano relativi: all'età, al sesso, alla patologia principale, al titolo di studio conseguito, allo stato lavorativo e allo stato familiare. La scala viene compilata in due momenti distinti: una prima valutazione viene effettuata all'ingresso del paziente nei Servizi presi in esame e la seconda valutazione viene fatta: per l'SPDC prima della dimissione; per il CSM viene eseguita dopo 2 mesi per verificare se vi sono stati miglioramenti in seguito alla presa in carico o se, al contrario, vi è stato un aggravamento delle condizioni di salute psicofisica e quindi vi è la necessità di rivedere il Piano d'Assistenza.

Lo studio è stato svolto all'interno dell'Azienda ULSS 18 nel periodo tra Luglio 2015 e Settembre 2015.

Per la raccolta dati in SPDC il primo giorno, insieme al Coordinatore Infermieristico, è stato possibile visitare il reparto, poi, per le domande sulla parte demografica si è parlato direttamente con gli utenti ricoverati, mentre, per la compilazione della scala HoNOS si sono visionate le cartelle cliniche sia cartacee che informatizzate e, in un secondo momento, con la collaborazione del Coordinatore Infermieristico, è stato possibile concludere una prima valutazione. Dopo 20 giorni circa si è concluso lo studio effettuando l'ultima valutazione.

Per la raccolta dati al CSM ,in accordo con la Coordinatrice Infermieristica, è stata fatta un'intervista per la raccolta dei dati demografici; per la parte relativa alla valutazione

HoNOS si sono utilizzate le cartelle cliniche informatizzate e con la sua collaborazione è stato possibile compilare le valutazioni delle scale HoNOS.

Il periodo di rivalutazione varia in base alle direttive date dalle evidenze scientifiche perché i pazienti in fase acuta rispetto ai pazienti cronici hanno tempi diversi di ripresa e quindi di complessità assistenziale di presa in carico.

La scala HoNOS non è stata completata direttamente con domande sottoposte al paziente ma attraverso la ricerca di informazioni riguardo il quadro clinico e sociale e compilata con l'aiuto dei Coordinatori Infermieristici che conoscono i casi clinici dei pazienti presenti nei reparti. La raccolta dei dati demografici viene fatta direttamente dallo studente agli utenti, ovviamente in seguito a presentazione e spiegazione dello studio, finalità della raccolta dati e rassicurazione riguardo al mantenimento della privacy. Durante l'intervista veniva chiesta l'età, se vi erano stati altri ricoveri, che titolo di studio possedevano, lo stato lavorativo e lo stato familiare. Le informazioni riguardanti la patologia principale venivano fornite dal Coordinatore Infermieristico.

La raccolta dati è stata effettuata solo in presenza dello studente soprattutto per la compilazione della scala HoNOS data la variabilità di componenti prese in esame. Ciò è supportato anche dagli studi eseguiti sulla validità della scala HoNOS in quanto suggeriscono che le compilazioni successive della scala relative ad uno stesso paziente dovrebbero essere eseguite dallo stesso operatore (5).

Per l'analisi dei dati si è utilizzato il programma Microsoft Excel per la creazione delle tabelle e dei grafici (ALLEGATO 3), per i calcoli statistici si sono utilizzate le medie e le percentuali.

È stato fatto uno studio per verificare come era composto il campione ovvero: l'età media dei pazienti, la percentuale di maschi e femmine, il titolo di studio, lo stato familiare e di lavoro. Poi è stato fatto uno studio sui singoli item della scala HoNOS per verificare quali item risultassero con gravità maggiore e quindi da tenere monitorizzati maggiormente e sui quali costruire un Piano d'Assistenza mirato. Si sono messe in relazione le due valutazioni prima – dopo per valutare se vi è stato un miglioramento conseguente la presa in carico da parte dei due Servizi e quale dei due avesse pazienti con problemi più gravi e quale margine di miglioramento si sarebbe potuto ottenere.

## CAPITOLO 3- RISULTATI DELL'INDAGINE

### 3.1 Descrizione del campione

Dal 1 Luglio 2015 al 3 Settembre 2015 con questo studio si è preso in esame un campione di utenti presente all'interno del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda ULSS 18. Questo campione è composto da n°15 pazienti ricoverati presso l'SPDC di Trecenta e n°19 presi in carico dal CSM di Rovigo per un totale di n°34 pazienti presi in esame. Per ogni paziente sono stati raccolti i dati demografici (10) ed è stata effettuata la prima valutazione (T0) e in seguito una rivalutazione (T1) a distanza di un determinato periodo di tempo.

Dei 34 pazienti presi in esame il 59% era di sesso maschile mentre il 41% di sesso femminile: all'interno dell'SPDC la maggioranza dei pazienti, ovvero il 73% era di sesso maschile mentre all'interno del CSM la maggioranza era di sesso femminile con il 53%. (Figura 1 e Allegato 3).

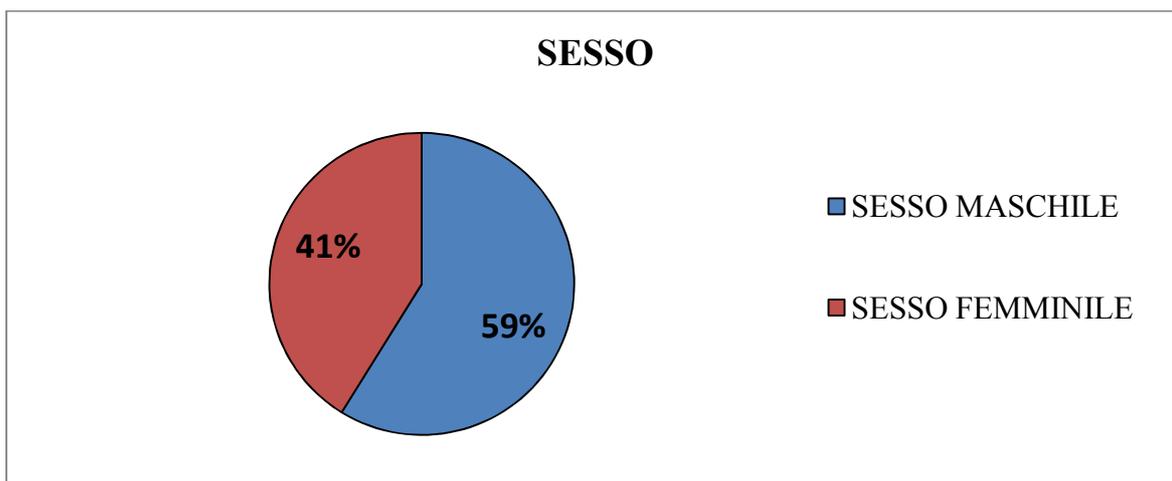


Figura 1 - Percentuale del campione diviso per sesso CSM e SPDC

I pazienti avevano un'età compresa tra i 19 e i 70 anni e l'età media era di 46,3 anni.

I valori non variano di molto per i due servizi quindi sono stati raggruppati in un unico dato. Ai fini dell'analisi il campione è stato suddiviso in sei classi d'età e la classe più numerosa risulta essere quella dai 45 ai 55 anni. (Figura 2)

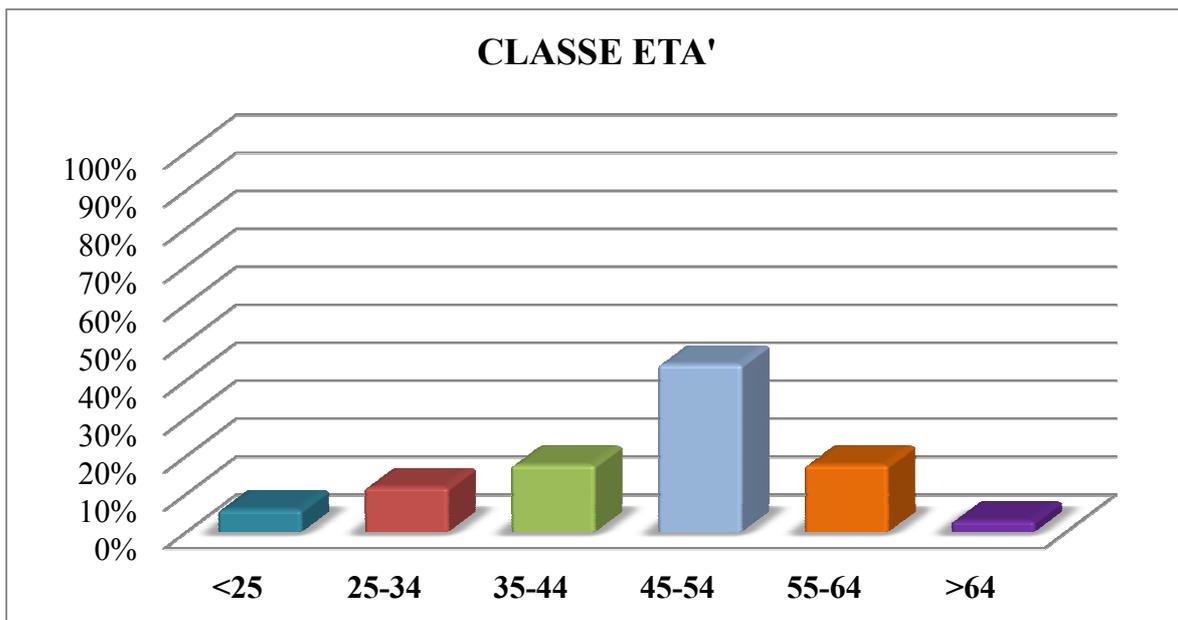


Figura 2 – Pazienti divisi per classe d'età

Alla domanda se avessero avuto ricoveri precedenti a quello esaminato la maggioranza, ovvero il 71% del campione comprendente CSM ed SPDC ha risposto di sì, mentre, solamente il 29% era al primo ricovero.(Figura 3)

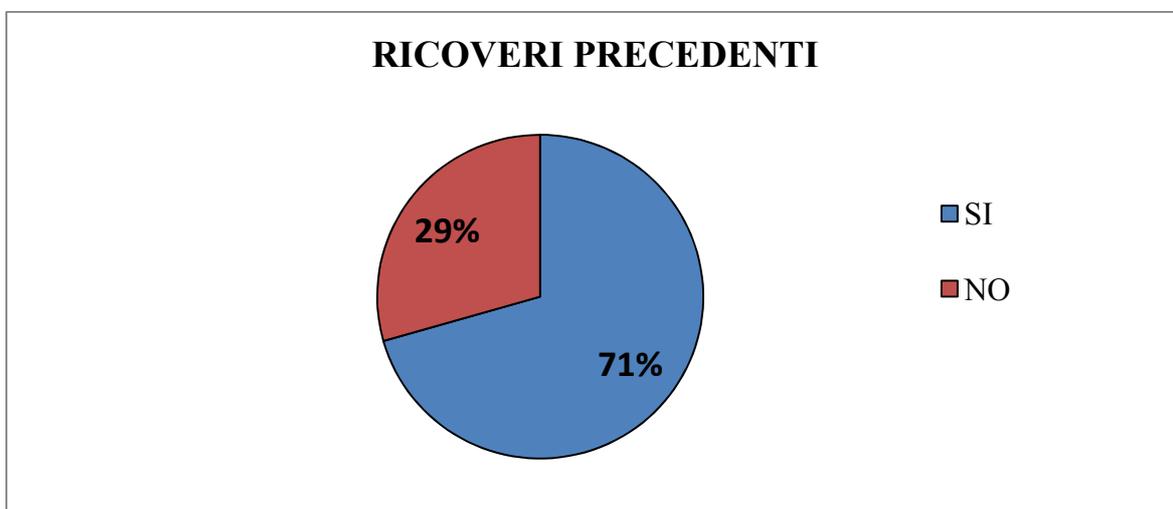


Figura 3- Precedenti ricoveri pazienti CSM ed SPDC

Come titolo di studio conseguito i dati si discostano nei due servizi: per l'SPDC la maggior parte dei pazienti ha come titolo di studio il diploma di scuola media inferiore (53%), seguito dal diploma di scuola media superiore (40%), il 7% ha la licenza elementare e nessun laureato. Per il CSM il gruppo più numeroso risulta essere il campione che ha ottenuto il diploma di scuola superiore (63%), il 21% il diploma di scuola inferiore, l'11% la licenza elementare e il 5% la laurea.(Figura 4)

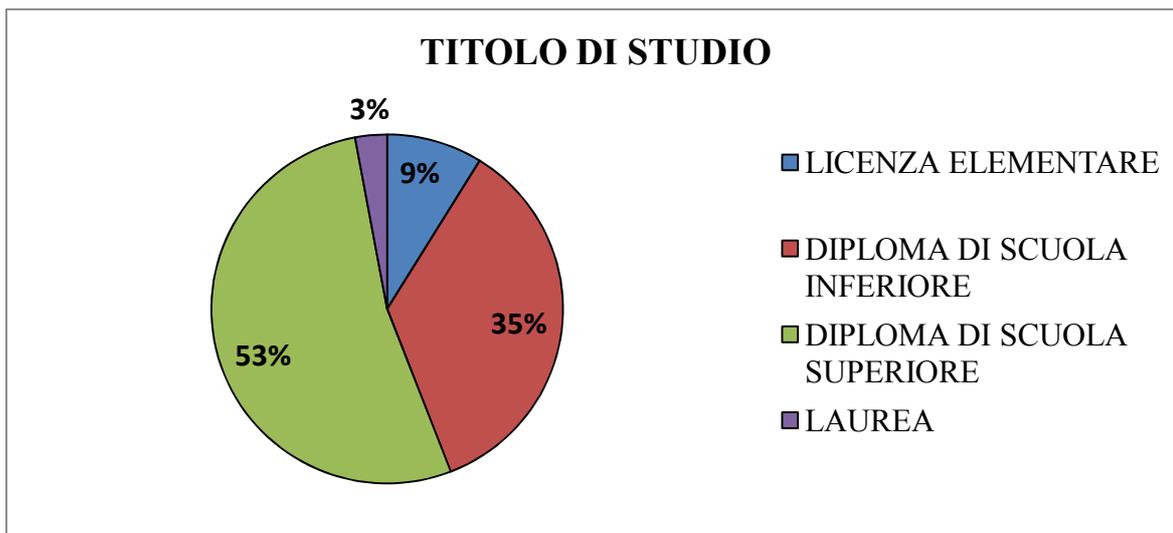


Figura 4 - Diagramma diviso per percentuale di titoli conseguiti CSM ed SPDC

Per lo stato lavorativo la prevalenza dei pazienti sia del CSM che dell'SPDC risulta disoccupata con il 44% del campione totale; il 21% risulta avere un lavoro fisso o part-time; il 12% pensionato; il 18% ha risposto altro e il 6% ha un'invalidità. (Figura 5)

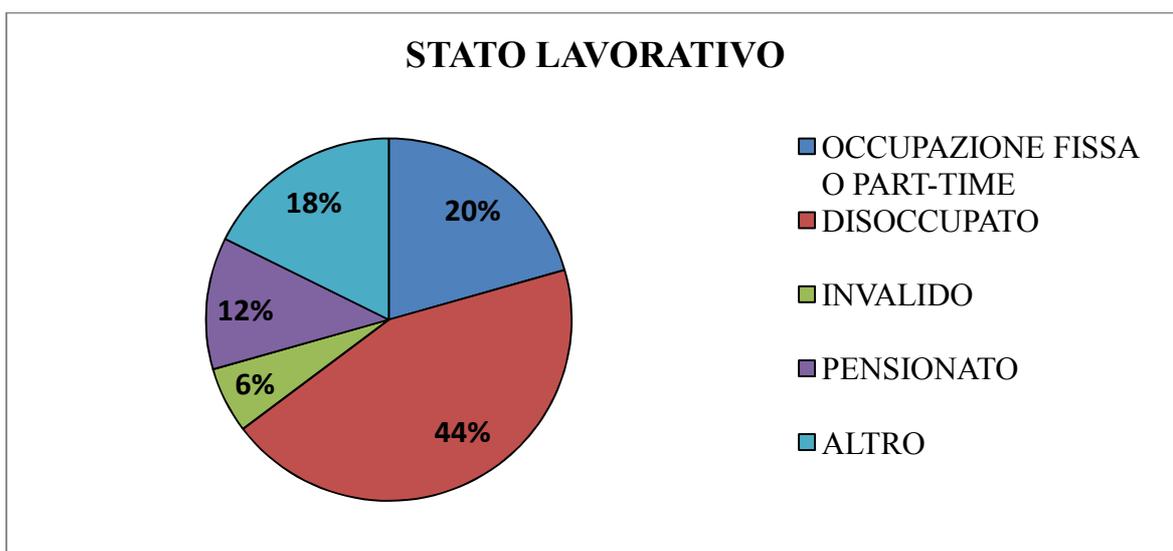


Figura 5 - Diagramma diviso per stato lavorativo tra CSM ed SPDC

Il 50% del campione per quanto riguarda lo stato familiare risulta vivere con i genitori, il 18% vive con un compagno/a, sempre un altro 18% afferma di vivere solo, il 9% vive con altri coinquilini e il 6% ha risposto che vive in situazioni diverse da quelle menzionate.(Figura 6)

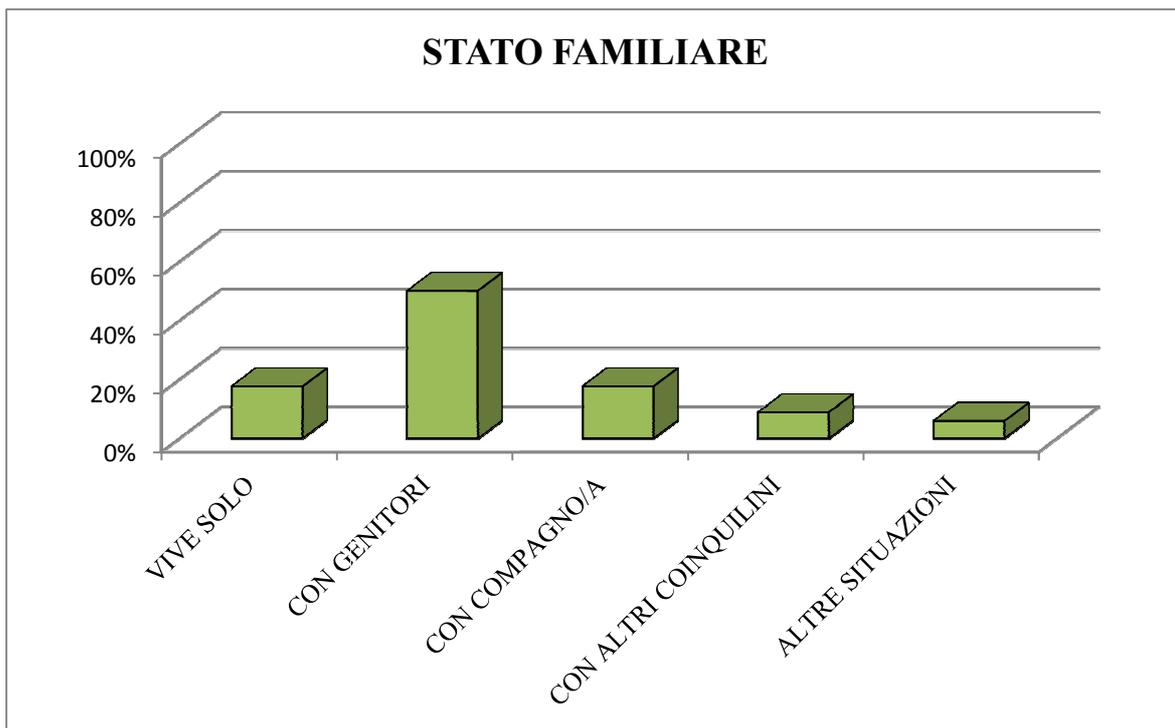


Figura 6 - Stato familiare dei pazienti del CSM ed SPDC

### 3.2. Risultati

È stata indagata la diagnosi d'ingresso per metterla in relazione al punteggio HoNOS totale per valutare quali patologie potessero riscontrare una maggior gravità delle problematiche presenti e quali patologie, nella rivalutazione effettuata a distanza di tempo, potessero riscontrare un più ampio margine di miglioramento. I dati ottenuti verranno confrontati con quelli reperiti negli studi scientifici. (2,5,10). Per lo studio delle patologie più comuni presenti nel campione preso in esame viene utilizzato il raggruppamento diagnostico ICD-10. Dai dati raccolti risulta che all'interno del campione totale (CSM e SPDC) il 41,18% soffre di disturbi affettivi, il 32,35% è affetto da psicosi/schizofrenia, il 17,65% ha disturbi della personalità e l'8,82% ha disturbi nevrotici.(Figura 7)

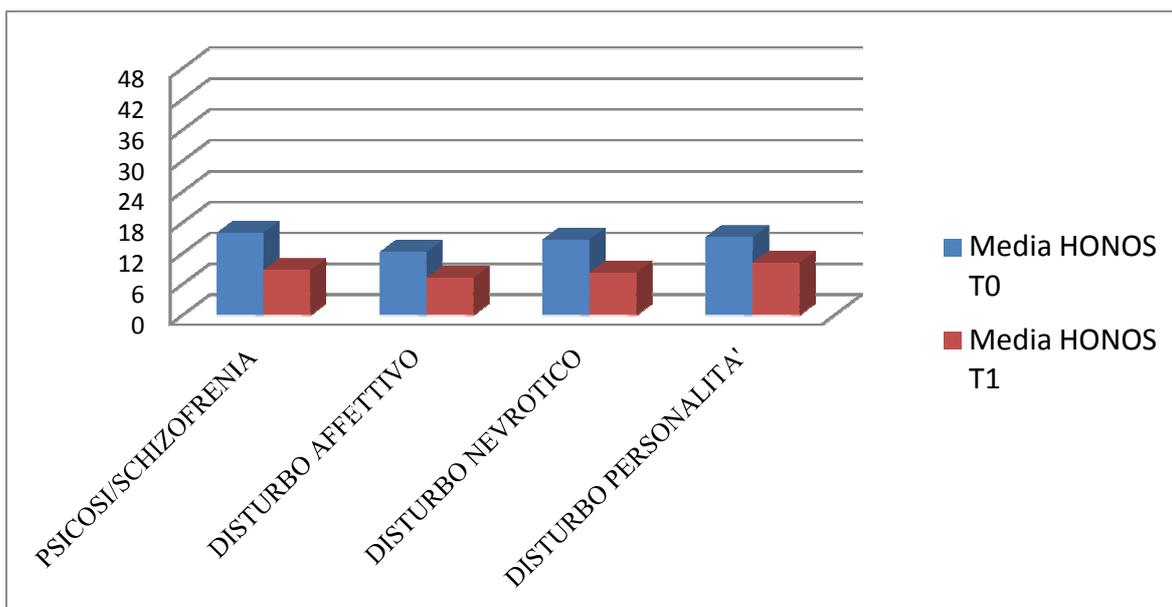


Figura 7 - Valutazione della gravità prima – dopo la presa in carico e la differenza per patologie

Dallo studio eseguito possiamo notare che il grado di gravità più elevato dato dalla media del totale dei punteggi HoNOS risulta essere per gli utenti con diagnosi di psicosi/schizofrenia con una media di punteggio in T0 pari a 16/48 quindi, come da studi effettuati in merito all'argomento possiamo affermare che da un punteggio di 13 in poi la gravità dei problemi riscontrati dalla valutazione può definirsi da moderata a grave (3); con un punteggio pari a 15,2 troviamo come seconda patologia con problemi di gravità maggiore i disturbi di personalità, seguiti dai disturbi nevrotici con 14,7 di punteggio HoNOS in T0 ed infine i disturbi affettivi presentano problemi di moderata gravità (12,3 totale HoNOS). Alla seconda valutazione (T1), conseguente la presa in carico degli utenti da parte dei due servizi di Salute Mentale, possiamo notare dal grafico sopra riportato (Figura 7) che vi è un buon miglioramento per tutti i gruppi di patologie presenti; la differenza delle medie da T0 a T1 risulta più significativa per gli utenti con patologia di psicosi/schizofrenia con 7,2 di differenza dal punteggio iniziale; per i disturbi nevrotici si riscontra una differenza di 6,2 di punteggio tra T0 e T1 ed infine sia per i disturbi affettivi che per i disturbi di personalità si riscontra una differenza di 5 punti tra la prima e la seconda valutazione (Allegato 3).

Si è fatto un confronto anche per i due servizi presi in esame, ovvero per l'SPDC e il CSM, per valutare dove si potessero riscontrare i punteggi di gravità maggiori e dove vi era un margine più ampio di miglioramento. Dai dati analizzati risulta che l'SPDC presenta utenti con punteggi di gravità maggiore ma il margine di miglioramento a T0 risulta più ampio

perché da un punteggio medio di 16 punti si arriva a T1 con un punteggio di 8,3. Per il CSM abbiamo un punteggio iniziale in T0 di 12,8 e in T1 un punteggio di 8,5.(Figura 8)

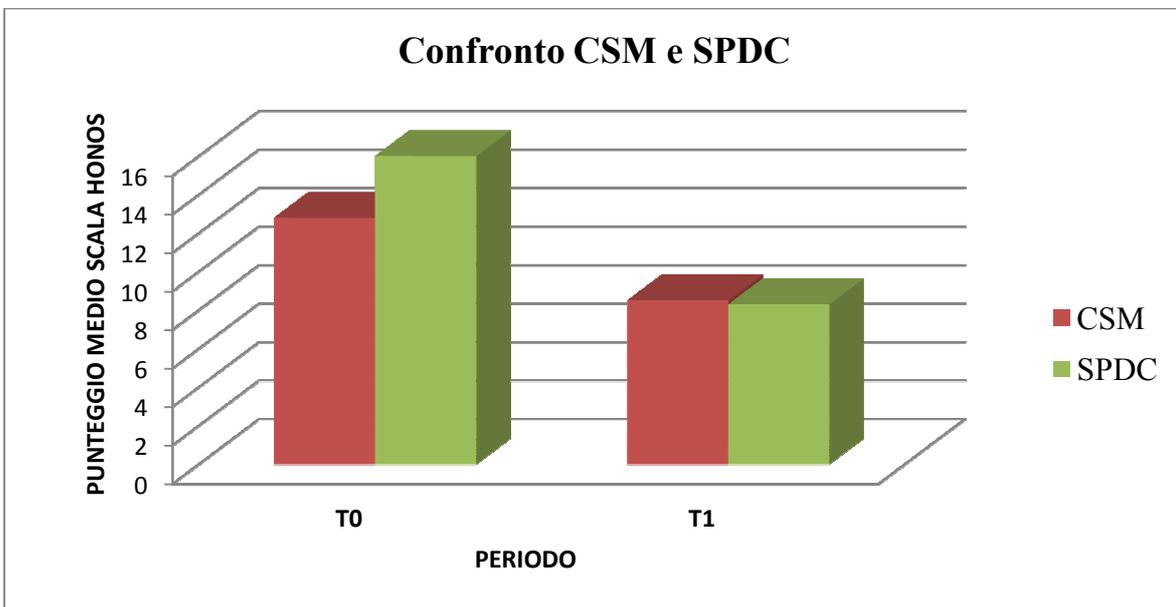


Figura 8 Confronto tra valutazioni prima – dopo in CSM e SPDC

Analizzando più nello specifico i 12 item divisi per i due servizi si è valutato (prendendo esempio dagli studi (2,6)) a seconda della gravità dei punteggi riportati, quali item riscontrassero i punteggi più elevati.

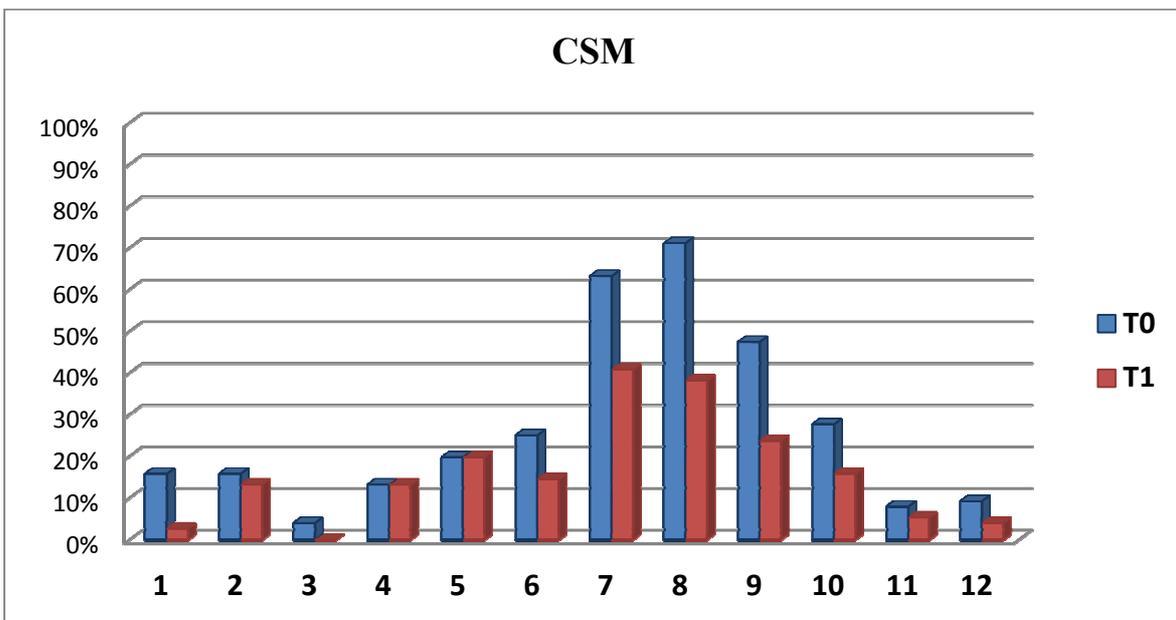


Figura 9 Percentuale per item della gravità rilevate in T0 e T1 - CSM

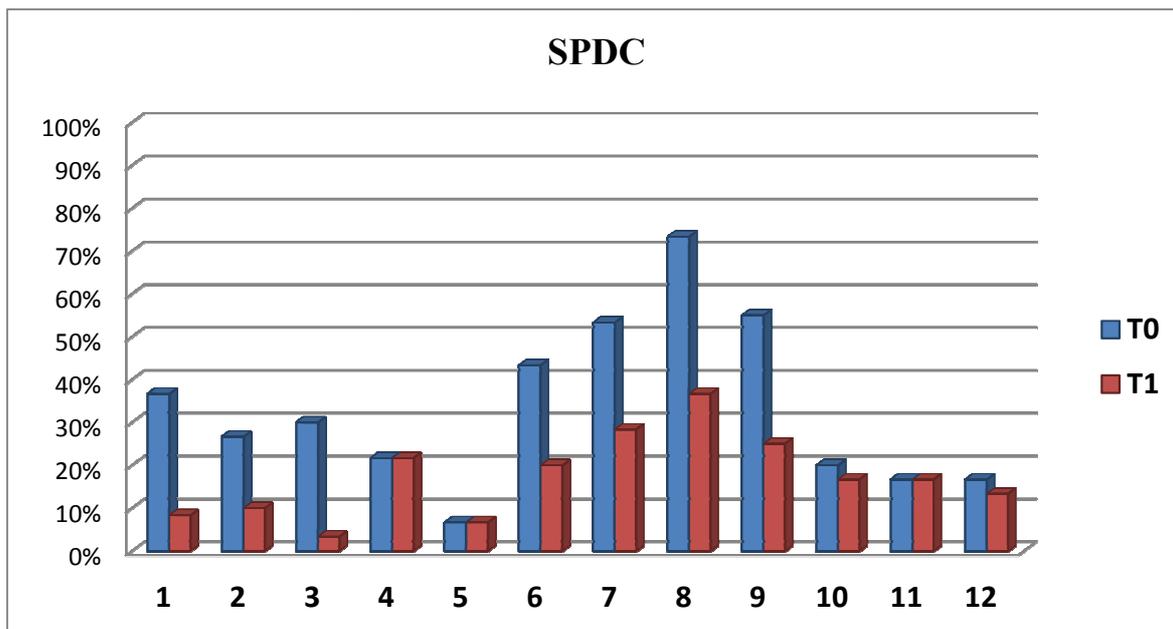


Figura 10 Percentuale per item della gravità rilevate in T0 e T1 - SPDC

Dalla figura 9 e 10 si può notare, distintamente come gli item che presentano gravità più elevate sono: item 7 (*problemi legati all'umore depresso*); item 8 (*altri problemi psichici e comportamentali*) e item 9 (*problemi relazionali*).

Per quanto riguarda la divisione dell'item 8 con l'integrazione della scala FACE profile di Clifford, durante la compilazione della scala HoNOS bisognava specificare il tipo di problema esistente presente: AN = ansia e fobie; OC = ossessioni e compulsioni; DI = sintomi dissociativi (di conversione); SS = sintomi somatoformi; AL = problemi dell'alimentazione; SO = disturbi del sonno; SE = problemi sessuali; MA = umore euforico; AP = altri problemi.

Dall'analisi dei dati è emerso che il problema più presente nel campione è ansia e fobie (AN) con il 50% dei pazienti, seguito dal 24% affetto da ossessioni e compulsioni (OC); il 15% ha problemi legati ai disturbi del sonno (SO); il 9% ha problemi alimentari (AL) e il 3% problemi somatoformi (SS). (Figura 11)

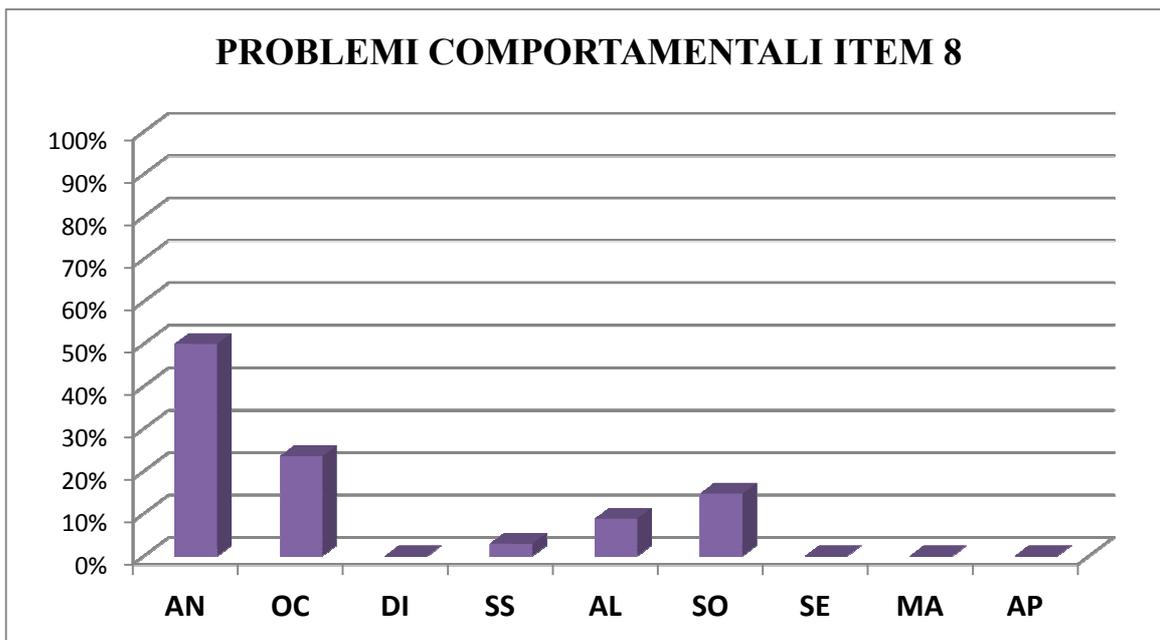


Figura 11 - Elenco dei problemi comportamentali relativi all'item 8

## **CAPITOLO 4- DISCUSSIONE E CONCLUSIONI**

### **4.1. Discussione**

Lo scopo dello studio è stato quello di valutare la gravità e l'esito di salute conseguentemente la presa in carico da parte dei servizi di salute mentale. A questo scopo sono stati raccolti i dati per lo studio demografico e le valutazioni HoNOS, per valutare la tipologia di pazienti, il grado di gravità presentato e di conseguenza il grado di intensità delle cure di cui hanno bisogno. La scala HoNOS è stata ampiamente validata e sufficientemente usata nella pratica quotidiana (5) sia per la valutazione degli esiti delle cure sia per descrivere le popolazioni di pazienti in carico ai servizi in relazione alla complessità e alla gravità delle problematiche presentate. È uno strumento utile per discriminare il paziente grave che necessita di un'assistenza più intensiva, in questi casi si può prendere ad esempio il modello di assistenza infermieristico della continuità terapeutica secondo il case management, infatti secondo una revisione sistematica della letteratura fatta da Marshall et al., nel 2002, hanno dimostrato che le persone seguite con l'approccio di case management sono più disponibili a mantenere contatti con i servizi, meno propense a ricorrere a un ricovero in ospedale e hanno degenze ospedaliere più brevi rispetto agli utenti seguiti con altri modelli assistenziali (1).

La scala HoNOS è utilizzata per valutazioni cliniche diacroniche e per confrontare l'esito di un paziente con quello di altri, tenendo separati quanti richiedono interventi di breve durata da coloro che rimangono in cura per lunghi periodi e inoltre, è impiegata per confrontare la gravità e il carico assistenziale di pazienti trattati presso differenti servizi e per evidenziare diversità di condizioni sociali tra un territorio e l'altro. (23); mettendo a confronto studi reperiti in letteratura troviamo delle analogie con i dati analizzati in questo studio: parlando di punteggi medi in SPDC ad esempio risulta che dallo studio di Claudio Lucii et al. (24) il ricovero ospedaliero ha migliorato gli esiti di salute. Il beneficio è molto consistente sul piano dei disturbi psicopatologici per tutti i tipi di diagnosi ma soprattutto per le diagnosi di disturbo affettivo e psicosi/schizofrenia con una differenza di punteggio di 4 e 3 punti. Nello studio qui presentato i valori della differenza tra T0 e T1 risultano essere più significativi con 5 punti di differenza tra la HoNOS totale T0 e la HoNOS totale T1 per i disturbi affettivi, mentre per psicosi/schizofrenia la differenza è di 7,2 punti; da ciò si può affermare che vi è un significativo cambiamento dopo la presa in carico dei

pazienti e secondo lo studio di Lucii et al. il ricovero in SPDC arreca benefici ai pazienti, soprattutto per ciò che riguarda i disturbi psicotici e i disturbi affettivi acuti. Questo studio afferma che la *best practice* suggerisce di ridurre al minimo la durata della degenza, utilizzando il ricovero come punto di partenza di un nuovo progetto terapeutico condiviso tra il team assistenziale e il paziente.

Particolarmente efficace per ridurre le ricadute nei disturbi mentali gravi è l'utilizzo di équipe multidisciplinari territoriali con l'individuazione di un coordinatore del percorso assistenziale territoriale con modalità di case manager la cui efficacia è ampiamente dimostrata. Inoltre, nei disturbi mentali gravi, il modello di case management di tipo intensivo (rapporto operatore-pazienti < 1:20) è efficace nel ridurre le ospedalizzazioni e migliora la durata del rapporto con il servizio.(24)

Secondo lo studio di McClelland et al. i pazienti affetti da psicosi/schizofrenia e disturbi affettivi avevano, alla seconda valutazione, un miglioramento più marcato rispetto alle altre categorie diagnostiche in accordo con i dati analizzati da questo studio per quanto riguarda psicosi/schizofrenia si può notare il miglioramento più sostanziale rispetto alle altre patologie. (14) (Tabella 1)

<b>Medie HONOS in base ai raggruppamenti diagnostici</b>					
<b>RAGGRUPPAMENTI DIAGNOSTICI</b>	<b>N° UTENTI</b>	<b>%</b>	<b>Media HONOS T0</b>	<b>Media HONOS T1</b>	<b>Differenza medie da T0 a T1</b>
<b>PSICOSI/SCHIZOFRENIA</b>	11	32,35%	16	8,8	7,2
<b>DISTURBO AFFETTIVO</b>	14	41,18%	12,3	7,3	5
<b>DISTURBO NEVROTICO</b>	3	8,82%	14,7	8,3	6,4
<b>DISTURBO PERSONALITA'</b>	6	17,65%	15,2	10,2	5

**Tabella 1 Pazienti totali raggruppati per patologia**

Secondo uno studio infermieristico australiano (2) su 64 pazienti presi in esame : il 52% del campione da loro utilizzato soffriva di disturbi affettivi con una media HoNOS in T0 di 22 punti mentre in T1 di 8,2.

Il 20% del campione è affetto da psicosi/schizofrenia con HoNOS in T0 di 23.8 punti e in T1 di 12; per i disturbi nevrotici abbiamo il 21% dei pazienti che ne sono affetti con punteggio T0 di 21.6 e T1 di 10,1; infine i disturbi di personalità costituiscono il 6% del campione totale con T0 di 26,5 e T1 di 15,5. Possiamo notare che le medie risultano più elevate rispetto a quelle indagate da questo studio ma in linea con quanto constatato in fatto di miglioramento degli esiti di salute rispetto all'ammissione. (Tabella 1)

Sempre in base a questo studio si è potuto fare un confronto su quali item riscontrassero, durante la valutazione, la maggior gravità ed è risultato (in accordo con il nostro studio: vedi figure 9 e 10) che gli item 7,8,9 hanno il peso maggiore rispetto agli altri item.

Anche McClelland et al. hanno esaminato il relativo contributo di ciascuna delle voci Honos rispetto al punteggio totale ed hanno trovato che l'item 7 (Problemi legati all'umore depresso), item 8 (Altri problemi psichici e comportamentali) e item 9 (Problemi nelle relazioni) hanno avuto il peso maggiore, contribuendo rispettivamente al 15%, 19% e il 14% del totale. Al contrario, item 11 (problemi nelle condizioni di vita) e item 12 (problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative) hanno contribuito solo il 3% ciascuno, anche in questo studio sono sorti dei problemi in fase di compilazione degli item 11 e 12 in quanto, soprattutto in SPDC non era possibile conoscere le condizioni sociali e di vita dei pazienti in fase acuta, in linea con quanto reperito in letteratura.(6)

#### **4.2 Limiti dello studio**

L'indagine effettuata, pur essendo stata condotta senza incontrare particolari difficoltà operative, è soggetta a dei limiti qui di seguito riportati.

Il primo limite è la numerosità del campione: il breve tempo a disposizione non ha permesso di reclutare un numero più alto di pazienti, in quanto la scala HoNOS va compilata all'ammissione (o poco dopo l'ammissione) di un paziente.

Non è stato possibile un confronto reale con quanto evidenziato in letteratura in quanto: i campioni analizzati dai diversi studi sono diversi per numero e anche per schede HoNOS compilate, in quanto soprattutto nei servizi comunitari le scale si compilano ogni 3 mesi per poter valutare il reale andamento dell'utente in carico. È stato, però, rispettato il metodo di raccolta e analisi dei dati proposto dalla letteratura.

Prima dell'utilizzo della scala HoNOS viene suggerito di effettuare un corso di formazione per comprenderne appieno in suo utilizzo nella pratica clinica e questo non è stato possibile.

Infine il fattore tempo non ha permesso maggiori valutazioni e soprattutto in CSM si sono accorciati i tempi della seconda valutazione e per questo non è stato possibile valutare in maniera più dettagliata i cambiamenti conseguenti la presa in carico

### **4.3 Implicazioni per la pratica**

Questo studio ha rappresentato un primo approccio all'utilizzo di una scala di valutazione degli esiti di salute dei pazienti in carico ai due Servizi di Salute Mentale dell'Azienda ULSS 18 della Provincia di Rovigo presi in esame.

Secondo uno studio dell'OMS è emerso che i disturbi mentali rivestono un'importanza crescente in tutti i Paesi industrializzati sia per l'elevato numero di persone colpite che per il carico di assistenza fornito e i costi economici e sociali che ciò comporta. Sono circa 450 milioni le persone che in tutto il mondo soffrono di disturbi neurologici, mentali e comportamentali. In Europa, la mortalità per suicidio è più elevata di quella per incidenti stradali, e il solo disturbo depressivo maggiore rende conto del 6% del carico di sofferenza e disabilità legati alla malattia; da qui nasce l'esigenza anche per i servizi psichiatrici di utilizzare misure di routine dedicate a valutare bisogni, qualità di vita, gravità dei problemi di salute mentale e alleanza terapeutica per rendere partecipe il soggetto preso in carico al suo percorso di cura.(26)

Per l'utilizzo della scala è necessaria una formazione del personale infermieristico che potrebbe utilizzarla come valutazione nella pratica clinica per valutare l'andamento degli utenti presi in carico avendo a disposizione uno strumento dal carattere oggettivo, in grado di rilevare in maniera semplice, efficace e comunicabile i problemi di salute e gli esiti relativi al processo di cura.

La scala HoNOS potrebbe essere utilizzata come strumento a supporto delle strategie per il miglioramento della continuità assistenziale: l'utilizzo di scale di valutazione quali strumenti standardizzati forniscono un confronto oggettivo delle rilevazioni fatte da diversi operatori in tempi differenti e permette un'ottimizzazione degli interventi risultando più mirati e aderenti alle esigenze del paziente.

Secondo Martha E. Rogers l'intervento infermieristico *“si basa sulla globalità dell'uomo e deriva la sua sicurezza e la sua efficacia da un concetto unificato del funzionamento umano. Il nursing si occupa della valutazione in un certo momento dello stato dell'individuo (o del gruppo) e dell'ambiente e delle configurazioni precedenti che hanno portato alla attuale situazione. Da tale valutazione dipende l'intervento, il quale aggiunge una dimensione conscia per aumentare gli esiti probabilistici di raggiungere un certo obiettivo.”* (25)



## **BIBLIOGRAFIA**

- (1) Chiari Paolo, Santullo Antonella, Silvestro Annalisa. L'infermiere case manager [dalla teoria alla prassi]. Milano [etc.]: McGraw-Hill; 2011.
- (2) Lakeman R, Bradbury J. Mental health nurses in primary care: quantitative outcomes of the Mental Health Nurse Incentive Program. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014 May;21(4):327-335.
- (3) Parabiaghi A, Kortrijk HE, Mulder CL. Defining multiple criteria for meaningful outcome in routine outcome measurement using the Health of the Nation Outcome Scales. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014 Feb;49(2):291-305.
- (4) Van Duin D, Franx G, Van Wijngaarden B, Van Der Gaag M, Van Weeghel J, Slooff C, et al. Bridging the science-to-service gap in schizophrenia care in the Netherlands: the Schizophrenia Quality Improvement Collaborative. *Int J Qual Health Care* 2013 Dec;25(6):626-632.
- (5) Tansella , MicheleIT\ICCU\CFIV\, Erlicher , ArcadioIT\ICCU\UBOV\. Health of the nation outcome scales Honos una scala per la valutazione della gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale a cura di Arcadio Erlicher ... [et al.]. Roma: Pensiero scientifico editore; 2012.
- (6) Pirkis JE, Burgess PM, Kirk PK, Dodson S, Coombs TJ, Williamson MK. A review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) family of measures. *Health Qual Life Outcomes* 2005 Nov 28;3:76.
- (7) Andreas S, Harries-Hedder K, Schwenk W, Hausberg M, Koch U, Schulz H. Is the Health of the Nation Outcome Scales appropriate for the assessment of symptom severity in patients with substance-related disorders? *J Subst Abuse Treat* 2010 Jul;39(1):32-40.
- (8) Kisely S, Campbell LA, Cartwright J, Cox M, Campbell J. Do the Health of the Nation Outcome Scales measure outcome? *Can J Psychiatry* 2010 Jul;55(7):431-439.

- (9) Andreas S, Rabung S, Mestel R, Koch U, Hausberg M, Schulz H. Does a more specified version of the HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) increase psychometric properties of the inventory? *Psychopathology* 2011;44(4):261-271.
- (10) Lovaglio PG, Monzani E. Validation aspects of the health of the nation outcome scales. *Int J Ment Health Syst* 2011 Sep 6;5:20-4458-5-20.
- (11) Stewart M. Service user and significant other versions of the Health of the Nation Outcome Scales. *Australas Psychiatry* 2009 Apr;17(2):156-163.
- (12) Theodoridou A, Jaeger M, Ketteler D, Kawohl W, Lauber C, Hoff P, et al. The concurrent validity and sensitivity of change of the German version of the health of the nation outcome scales in a psychiatric inpatient setting. *Psychopathology* 2011;44(6):391-397.
- (13) Trauer T. Use of a routine outcome measure in a consultation-liaison mental health service. *Australas Psychiatry* 2004 Jun;12(2):139-144.
- (14) McClelland R, Trimble P, Fox ML, Stevenson MR, Bell B. Validation of an outcome scale for use in adult psychiatric practice. *Qual Health Care* 2000 Jun;9(2):98-105.
- (15) 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 Jan;172:11-18.
- (16) Oiesvold T, Bakkejord T, Sexton JA. Concurrent validity of the Health of the Nation Outcome Scales compared with a patient-derived measure, the Symptom Checklist-90-Revised in out-patient clinics. *Psychiatry Res* 2011 May 15;187(1-2):297-300.
- (17) Trauer T. Consumer and service determinants of completion of a consumer self-rating outcome measure. *Australas Psychiatry* 2004 Mar;12(1):48-54.
- (18) Parabiaghi A, Barbato A, D'Avanzo B, Erlicher A, Lora A. Assessing reliable and clinically significant change on Health of the Nation Outcome Scales: method for displaying longitudinal data. *Aust N Z J Psychiatry* 2005 Aug;39(8):719-725.

- (19) Audin K, Margison FR, Clark JM, Barkham M. Value of HoNOS in assessing patient change in NHS psychotherapy and psychological treatment services. *Br J Psychiatry* 2001 Jun;178:561-566.
- (20) Lovaglio PG, Monzani E. Health of the nation outcome scales evaluation in a community setting population. *Qual Life Res* 2012 Nov;21(9):1643-1653.
- (21) Abou-Sinna R, Luebbers S. Validity of assessing people experiencing mental illness who have offended using the Camberwell Assessment of Need-Forensic and Health of the Nation Outcome Scales-Secure. *Int J Ment Health Nurs* 2012 Oct;21(5):462-470.
- (22) Lambert G, Caputi P, Deane FP. Sources of information when rating the Health of the Nation Outcome Scales. *Int J Ment Health Nurs* 2002 Jun;11(2):135-138.
- (23) Mapelli V, Bezzi R, Erlicher A, Lora A, Miragoli P. Costi ed efficacia della cura della schizofrenia con antipsicotici tipici e atipici. *PharmacoEconomics Italian Research Articles* 2004;6(1):15-30.
- (24) Lucii C, Abati S, Buselli S, Canapini R, Doneddu P, Franchi A, et al. Valutare gli esiti dei ricoveri nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura: uno studio osservazionale. 2014.
- (25) Marriner A. I teorici dell'infermieristica e le loro teorie-Ambrosiana.

## **SITOGRAFIA**

- (26) accesso al sito web: [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it) il 30-08-2015
- (27) accesso al sito web [www.azisanrovigo.it](http://www.azisanrovigo.it) il 12-08-2015



## **ALLEGATI**

ALLEGATO 1- METODOLOGIA DI RICERCA

ALLEGATO 2- TESTO E SPIEGAZIONE DELLA SCALA

ALLEGATO 3- TABELLE E GRAFICI



## **ALLEGATO 1- METODOLOGIA DI RICERCA**

Per la rassegna critica della letteratura è stata utilizzata una metodologia di ricerca bibliografica basata sull'individuazione delle parole chiave tramite l'utilizzo dell'acronimo PIO:

(P) paziente focus dell'indagine: pazienti adulti presi in carico dal CSM di Rovigo e SPDC di Trecenta;

(I) intervento oggetto dell'indagine: utilizzo della scala HoNOS nella pratica clinica;

(O) outcome da perseguire: migliorare la valutazione degli esiti di salute conseguenti la presa in carico e discrimina i problemi di salute reali classificandoli in categorie distinte.

Sono state utilizzate le seguenti banche dati di tipo biomedico:

1. PubMed;
2. The Cochrane Library;

Ai fini di reperire altro materiale utile, in una seconda fase, si è integrata la ricerca utilizzando Google Scholar.

Per selezionare gli articoli d'interesse sono stati impostati i seguenti limiti per le banche dati di riferimento:

- 1- Le pubblicazioni non devono risalire a più di 10 anni fa;
- 2- Le pubblicazioni devono essere riferite alla specie umana (in quanto su PubMed ci sono articoli relativi alla medicina veterinaria)
- 3- Le pubblicazioni devono essere inerenti la Salute Mentale
- 4- Le pubblicazioni devono riguardare campione di adulti ( maggiori di 18 anni)

Il materiale reperito è stato organizzato in tabelle.

<b>Banca dati</b>	<b>Parole chiave e limiti</b>	<b>Doc. rilevati</b>	<b>Doc. selez.</b>	<b>Descrizione degli articoli: autore, titolo, rivista, riferimenti</b>
PubMed	“honos scale” AND “Italian”	6	2	<p><b>1.</b> <i>A follow-up on patients with severe mental disorders in Sardinia after two changes in regional policies: poor resources still correlate with poor outcomes.</i></p> <p>Carta MG, Angermeyer MC, Sancassiani F, Tuligi F, Pirastu R, Pisano A, Pintus E, Mellino G, Pintus M, Pisanu E, Moro MF, Massidda D, Trincas G, Bhugra D. BMC Psychiatry. 2013 Dec 6;13:333. doi: 10.1186/1471-244X-13333.PMID:24313930</p> <p><b>2.</b> <i>Validation aspects of the health of the nation outcome scales.</i></p> <p>Lovaglio PG, Monzani E. Int J Ment Health Syst. 2011 Sep 6;5:20. doi: 10.1186/1752-4458-5-20.PMID:21896181</p>
PubMed	“health of the nation outcome scales” AND “validation”	21	6	<p><b>1.</b> <i>Validity of assessing people experiencing mental illness who have offended using the Camberwell Assessment of Need-Forensic and Health of the Nation Outcome Scale Secure.</i></p> <p>Abou-Sinna R, Luebbers S. Int J Ment Health Nurs. 2012 Oct;21(5):462-70. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00811.x. Epub 2012 May 14.PMID:22583655</p>

				<p><b>2.</b> <i>Health of the Nation Outcome Scales evaluation in a community setting population.</i></p> <p>Lovaglio PG, Monzani E. Qual Life Res. 2012 Nov;21(9):1643-53. doi: 10.1007/s11136-011-0071-9. Epub 2011 Nov 26. PMID:22120893</p>
				<p><b>3.</b> <i>The concurrent validity and sensitivity of change of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales in a psychiatric inpatient setting.</i></p> <p>Theodoridou A, Jaeger M, Ketteler D, Kawohl W, Lauber C, Hoff P, Rössler W. Psychopathology. 2011;44(6):391-7. doi: 10.1159/000325172. Epub 2011 Sep 29. PMID:21968711</p>
				<p><b>4.</b> <i>Is the Health of the Nation Outcome Scales appropriate for the assessment of symptom severity in patients with substance-related disorders?</i></p> <p>Andreas S, Harries-Hedder K, Schwenk W, Hausberg M, Koch U, Schulz H. J Subst Abuse Treat. 2010 Jul;39(1):32-40. doi: 10.1016/j.jsat.2010.03.011. Epub 2010 Apr 24. PMID:20418048</p>

				<p><b>5.</b> <i>Sources of information when rating the Health of the Nation Outcome Scales.</i></p> <p>Lambert G, Caputi P, Deane FP. Int J Ment Health Nurs. 2002 Jun;11(2):135-8.PMID:12430195</p>
				<p><b>6.</b> <i>Validation of an Outcome scale for use in adult psychiatric practice.</i></p> <p>McClelland R, Trimble P, Fox ML, Stevenson MR, Bell B. Qual health Care. 2000 Jun;9(2):98-105.PMID:11067258</p>
PubMed	“health of the nation outcome scales” OR “honos”	137	17	<p><b>1.</b> <i>The effect of community treatment orders on outcome as assessed by the Health of the Nation Outcome Scales.</i></p> <p>Kisely S, Xiao J, Crowe E, Paydar A, Jian L.</p> <p>Psychiatry Res. 2014 Mar 30;215(3):574-8. doi: 10.1016/j.psychres.2013.12.036. Epub 2013 Dec 30. PMID:24439299</p>

				<p><b>2.</b> <i>A retrospective quasi-experimental study of a transitional housing program for patients with severe and persistent mental illness.</i></p> <p>Siskind D, Harris M, Kisely S, Siskind V, Brogan J, Pirkis J, Crompton D, Whiteford H. Community Ment Health J. 2014 Jul;50(5):538-47. doi: 10.1007/s10597-013-9654-y. Epub 2013 Oct 23. PMID:24150440</p>
				<p><b>3.</b> <i>Which patients are seen by an occupational psychiatry service?</i></p> <p>Burman-roy S, Butterworth M, Madan I, Henderson M, Harvey SB. Occup Med (Lond). 2013 Oct;63(7):507-9. doi: 10.1093/occmed/kqt103. Epub 2013 Aug 29. PMID:23990507</p>
				<p><b>4.</b> <i>Defining multiple criteria for meaningful outcome in routine outcome measurement using the Health of the Nation Outcome Scales.</i></p> <p>Parabiaghi A, Kortrijk HE, Mulder CL. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014 Feb;49(2):291-305. doi: 10.1007/s00127-013-0750-7. Epub 2013 Aug 6. PMID:23918197</p>

			<p><b>5.</b>  <i>Mental health nurses in primary care: quantitative outcomes of the Mental health Nurse Incentive Program.</i></p> <p>Lakeman R, Bradbury J.  J Psychiatr Ment health Nurs. 2014 May;21(4):327-35. doi: 10.1111/jpm.12089. Epub 2013 May 22.PMID:23701440</p>
			<p><b>6.</b>  <i>Does an educational intervention improve the usefulness of the health of the Nation Outcome Scales in an acute mental health setting?</i></p> <p>Webster J, Bretherton F, Goulter NS, Fawcett L.  Int J Ment health Nurs. 2013 Aug;22(4):322-8. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00868.x. Epub 2012 Sep 10.PMID:22957987</p>
			<p><b>7.</b>  <i>A randomized-controlled trial of intensive case management emphasizing the recovery model among patients with severe and enduring mental illness.</i></p> <p>O'Brien S, McFarland J, Kealy B, Pulella A, Saunders J, Cullen W, Meagher D. Ir J Med Sci. 2012 Sep;181(3):301-8. doi: 10.1007/s11845-011-0795-0. Epub 2012 Jan 5.PMID:22218933</p>

				<p><b>8.</b> <i>Measuring clinical change in routine mental health care: differences between first time and longer term service users.</i></p> <p>Parabiaghi A, Rapisarda F, D'Avanzo B, Erlicher A, Lora A, Barbato A. Aust N Z J Psychiatry. 2011 Jul;45(7):558-68. doi: 10.3109/00048674.2011.580450 . Epub 2011 May 11. PMID:21561240</p>
				<p><b>9.</b> <i>Assertive community treatment in the Netherlands: outcome and model fidelity.</i></p> <p>van Vugt MD, Kroon H, Delespaul PA, Dreef FG, Nugter A, Roosenschoon BJ, van Weeghel J, Zoeteman JB, Mulder CL. Can J Psychiatry. 2011 Mar;56(3):154-60. PMID:21443822</p>
				<p><b>10.</b> <i>Concurrent validity of the health of the nation outcome scales compared with a patient-derived measure, the Symptom Checklist-90-Revised in out-patient clinics.</i></p> <p>Oiesvold T, Bakkejord T, Sexton JA. Psychiatry Res. 2011 May 15;187(1-2):297-300. doi: 10.1016/j.psychres.2010.10.023. Epub 2010 Nov 20. PMID:21095014</p>

				<p><b>11.</b> <i>Do the Health of the Nation Outcome Scales measure outcome?</i></p> <p>Kisely S, Campbell LA, Cartwright J, Cox M, Campbell J. Can J Psychiatry. 2010 Jul;55(7):431-9.PMID:20704770</p>
				<p><b>12.</b> <i>From numbers to understanding: the impact of demographic factors on seclusion rates.</i></p> <p>Happell B, Koehn S. Int J Ment health Nurs. 2010 Jun;19(3):169-76. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00670.x. PMID:20550640</p>
				<p><b>13.</b> <i>A randomized trial of early psychiatric intervention in residential care: impact on health outcomes.</i></p> <p>Kotynia-English R, McGowan H, Almeida OP. Int Psychogeriatr. 2005 Sep;17(3):475-85. PMID:16252379</p>
				<p><b>14.</b> <i>A review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) family of measures.</i></p> <p>Pirkis JE, Burgess PM, Kirk PK, Dodson S, Coombs TJ, Williamson MK. Health Qual Life Outcomes. 2005 Nov 28;3:76. Review. PMID:16313678</p>

				<p><b>15.</b> <i>Estimating the prevalence of severe mental illness in mental health services in Lombardy (Italy).</i></p> <p>Lora A, Bezzi R, Erlicher A. Community Ment health J. 2007 Aug;43(4):341-57. Epub 2007 Jan 26.PMID:17253144</p>
				<p><b>16.</b> <i>Outcome of community-based rehabilitation program for people with mental illness who are considered difficult to treat.</i></p> <p>Barbato A, Agnetti G, D'Avanzo B, Frova M, Guerrini A, Tettamanti M. J Rehabil Res Dev. 2007;44(6):775-83.PMID:18075936</p>
				<p><b>17.</b> <i>Service user and significant other versions of the health of the nation outcome scales.</i></p> <p>Stewart M. Australas Psychiatry. 2009 Apr;17(2):156-63. doi: 10.1080/10398560802596116. PMID:19296275</p>
PubMed	“routine outcome assessment” AND “honos”	44	12	<p><b>1.</b> <i>Bridging the science-to-service gap in schizophrenia care in the Netherlands: the Schizophrenia Quality Improvement Collaborative.</i></p> <p>Van Duin D, Franx G, Van Wijngaarden B, Van Der Gaag M, Van Weeghel J, Slooff C, Wensing M. Int J Qual Health Care. 2013 Dec;25(6):626-32. doi: 10.1093/intqhc/mzt072. Epub 2013 Oct 31.PMID:24179181</p>

				<p><b>2.</b> <i>Does a more specified version of the HoNOS(Health of the Nation Outcome Scales) increase psychometric properties of the inventory?</i></p> <p>Andreas S, Rabung S, Mestel R, Koch U, Hausberg M, Schulz H. Psychopathology. 2011;44(4):261-71. doi: 10.1159/000322690. Epub 2011 May 6.PMID:21546787</p>
				<p><b>3.</b> <i>Needs and risks of patients in a state-wide inpatient forensic mental health population.</i></p> <p>Segal A, Daffern M, Thomas S, Ferguson M. Int J Ment Health Nurs. 2010 Aug;19(4):223-30. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00665.x. PMID:20618522</p>
				<p><b>4.</b> <i>Involuntary admission may support treatment outcome and motivation in patients receiving assertive community treatment.</i></p> <p>Kortrijk HE, Staring AB, van Baars AW, Mulder CL. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010 Feb;45(2):245-52. doi: 10.1007/s00127-009-0061-1. Epub 2009 May 2.PMID:19412561</p>
				<p><b>5.</b> <i>The use of the Health of the Nation outcome Scale in an outreach rehabilitation program.</i></p> <p>Prabhu R, Oakley Browne M. Australas Psychiatry. 2008 Jun;16(3):195-9. doi: 10.1080/10398560701784813. PMID:18568626</p>

			<p><b>6.</b> <i>Discriminant ability and criterion validity of the HoNOS in Italian psychiatric residential facilities.</i></p> <p>Gigantesco A, Picardi A, de Girolamo G, Morosini P. Psychopathology. 2007;40(2):111-5. Epub 2007 Jan 11. PMID:17215597</p>
			<p><b>7.</b> <i>Are the Health of the Nation Outcome Scales a valid and practical instrument to measure outcomes in North America? A three-site evaluation across Nova Scotia.</i></p> <p>Kisely S, Campbell LA, Crossman D, Gleich S, Campbell J. Community Ment Health J. 2007 Apr;43(2):91-107. Epub 2006 Oct 5. PMID:17021953</p>
			<p><b>8.</b> <i>Assessing reliable and clinically significant change on Health of the Nation Outcome Scales: method for displaying longitudinal data.</i></p> <p>Parabiaghi A, Barbato A, D'Avanzo B, Erlicher A, Lora A. Aust N Z J Psychiatry. 2005 Aug;39(8):719-25. PMID:16050926</p>
			<p><b>9.</b> <i>Performance of routine outcome measures in adult mental health care.</i></p> <p>Eagar K, Trauer T, Mellsop G. Aust N Z J Psychiatry. 2005 Aug;39(8):713-8. PMID:16050925</p>

			<p><b>10.</b> <i>Use of a routine outcome measure in a consultation-liaison mental health service.</i></p> <p>Trauer T. <i>Australas Psychiatry</i>. 2004 Jun;12(2):139-44. PMID:15715758</p>
			<p><b>11.</b> <i>Consumer and service determinants of completion of a consumer self-rating outcome measure.</i></p> <p>Trauer T. <i>Australas Psychiatry</i>. 2004 Mar;12(1):48-54. PMID:15715739</p>
			<p><b>12.</b> <i>Routine use of mental health outcome assessments: choosing the measure.</i></p> <p>Salvi G, Leese M, Slade M. <i>Br J Psychiatry</i>. 2005 Feb;186:146-52. PMID:15684239</p>
Google Scholar	“HoNOS scale” AND “outcome assessment”		<p><b>1.</b> Wing, J. K., et al. "Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development." <i>The British Journal of Psychiatry</i> 172.1 (1998): 11-18.</p> <p><b>2.</b> de GIROLAMO, G. I. O. V. A. N. N. I., Picardi, A., Santone, G., Falloon, I., Morosini, P., Fioritti, A., &amp; Micciolo, R. (2005). The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. <i>Psychological Medicine</i>, 35(03), 421-431.</p>

				<p><b>3.</b> Meneghelli, A., Alpi, A., Cascio, M. T., Häfner, H., Maurer, K., Preti, A., ... &amp; Cocchi, A. (2014). Italian validation of the “Early Recognition Inventory for the retrospective assessment of the Onset of Schizophrenia Checklist”: reliability, validity and instructions for use. <i>Journal of Psychopathology</i>, 20, 186-198.</p>
				<p><b>4.</b> Mapelli, V., Bezzi, R., Erlicher, A., Lora, A., &amp; Miragoli, P. (2004). Costi ed efficacia della cura della schizofrenia con antipsicotici tipici e atipici. <i>PharmacoEconomics Italian Research Articles</i>, 6(1), 15-30.</p>
				<p><b>5.</b> Burns, T. (2010). The rise and fall of assertive community treatment? <i>International Review of Psychiatry</i>, 22(2), 130-137.</p>
				<p><b>6.</b> Lucii, C., Abati, S., Buselli, S., Canapini, R., Doneddu, P., Franchi, A., &amp; Monaci, G. (2014). Valutare gli esiti dei ricoveri nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura: uno studio osservazionale.</p>
				<p><b>7.</b> AUDIN, K., MARGISON, F. R., CLARK, J. M., &amp; BARKHAM, M. (2001). Value of HoNOS in assessing patient change in NHS psychotherapy and psychological treatment services. <i>The British Journal of Psychiatry</i>, 178(6), 561-566.</p>

				<p><b>8.</b> Gigantesco, A., Picardi, A., De Girolamo, G., &amp; Morosini, P. (2005). Validità discriminante della Health of the Nation Outcome Scales nelle strutture residenziali psichiatriche italiane.</p>
--	--	--	--	---

## ALLEGATO 2- TESTO E SPIEGAZIONE DELLA SCALA

### DATI DEMOGRAFICI

<b>Struttura:</b>	<b>Data:</b> ___ / ___ / _____
-------------------	--------------------------------

<b>Età paziente:</b>	<b>Sesso:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Patologia principale:</b> _____ _____ _____	
<b>Ricoveri precedenti:</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>Titolo di studio:</b>	<input type="checkbox"/> licenza elementare <input type="checkbox"/> diploma di scuola inferiore <input type="checkbox"/> diploma di scuola superiore <input type="checkbox"/> laurea
<b>Stato lavorativo:</b>	<input type="checkbox"/> occupazione fissa o part-time <input type="checkbox"/> disoccupato <input type="checkbox"/> invalido <input type="checkbox"/> casalinga <input type="checkbox"/> altro: _____
<b>Stato familiare:</b>	<input type="checkbox"/> vive solo <input type="checkbox"/> con genitori <input type="checkbox"/> con compagna/o <input type="checkbox"/> con altri coinquilini <input type="checkbox"/> altre situazioni: _____



mentre i punteggi 2-3-4 dovrebbero essere considerati indicatori della necessità di un intervento terapeutico, sociale o assistenziale.

10. La scala HoNOS è relativa a problemi e non a diagnosi.

11. Le compilazioni successive della scala HoNOS relative a uno stesso paziente dovrebbero essere eseguite dallo stesso operatore, se possibile.

## **GLOSSARIO**

### **1. Comportamento iperattivo, aggressivo, clastico o agitato**

Valutare questi comportamenti qualunque ne sia la causa (es. alcol, sostanza, demenza, psicosi, depressione ecc. ecc.). Non includere il comportamento bizzarro che è valutato all'item 6.

0 = nessun problema di questo tipo nel periodo valutato;

1 = irritabilità, litigi, irrequietezza, ecc, che non richiedono interventi;

2 = comprende gesti aggressivi, attaccare o importunare gli altri; minacce o aggressioni verbali; danni minori agli oggetti (es. rompere un bicchiere, un vetro); marcata iperattività o agitazione;

3 = fisicamente aggressivo verso gli altri o verso gli animali (quasi come il punteggio 4; modi minacciosi; iperattività o distruzione di oggetti;

4 = almeno un grave attacco fisico verso gli altri o verso gli animali; distruttivo verso gli oggetti (es. appiccare incendi); gravi intimidazioni o comportamento osceno.

### **2. Automutilazioni non accidentali**

Non includere le automutilazioni accidentali (dovute, ad es., alla demenza o a grave insufficienza mentale); i problemi cognitivi vengono valutati all'item 4 ed i traumatismi all'item 5. Non includere le malattie o i traumatismi che sono diretta conseguenza dell'uso di alcol o di sostanza, che sono valutati all'item 3 (es.; la cirrosi epatica o i traumatismi derivati dalla guida in stato di ebbrezza sono valutati all'item 5).

0 = nessun problema di questo tipo nel periodo valutato;

1 = fugaci pensieri di farla finita, ma rischi limitati, nel periodo in esame; nessun autodanneggiamento.

2 = rischi molto lievi nel periodo in esame; includere autodanneggiamenti non pericolosi (es.; scalfitture ai polsi);

3 = rischio da moderato a grave di deliberato autodanneggiamento nel periodo in esame; considerare anche gli atti preparatori (es.; mettere da parte delle pillole);

4 = serio tentativo di suicidio e/o grave autodanneggiamento deliberato nel periodo in esame.

### **3. Problemi legati all'assunzione di alcol o di sostanze**

Non includere il comportamento aggressivo/distruttivo dovuto all'alcol o alle sostanze, che è valutato all'item 1. Non includere malattie fisiche o invalidità dovute all'uso di alcol o sostanze, valutate all'item 5.

0 = nessun problema di questo tipo nel periodo valutato;

1 = qualche eccesso, ma nei limiti delle norme sociali;

2 = perdita di controllo nel bere o nell'assunzione di sostanze, ma non reale dipendenza;

3 = marcato desiderio incoercibile o dipendenza dall'alcol o da sostanze con perdita frequente del controllo, comportamenti a rischio per effetto della loro azione;

4 = inabilitato per effetto dell'alcol e delle sostanze.

#### **4. Problemi cognitivi**

Includere i problemi di memoria, di orientamento e di comprensione indipendentemente dal disturbo da cui dipendono: insufficienza mentale, demenza, schizofrenia, ecc;

Non includere problemi transitori conseguenti all'uso di alcol / sostanze, (es., le conseguenze di una sbornia o hangover) valutati all'item 3.

0 = nessun problema di questo tipo nel periodo valutato;

1 = problemi marginali di memoria o di comprensione (es., di tanto in tanto dimentica i nomi).

2 = problemi modesti ma evidenti (es., si è perduto in luoghi famigliari o non è stato in grado di riconoscere persone famigliari); talvolta confuso anche per decisioni semplici;

3 = marcato disorientamento nel tempo, nello spazio e rispetto alla persona; disorientato dagli eventi quotidiani; linguaggio talora incoerente; rallentamento ideativo;

4 = grave disorientamento (es., incapace di riconoscere i famigliari); a rischi di incidenti; linguaggio incomprensibile; confusione o torpore.

#### **5. Malattie fisiche o problemi di invalidità**

Includere malattie o invalidità di qualsiasi natura che limitano o impediscono il movimento, o compromettono la vista o l'udito, o interferiscono in qualche modo con il funzionamento del soggetto. Includere gli effetti collaterali dei trattamenti; gli effetti dell'uso di alcol / sostanze; le invalidità fisiche conseguenti ad incidenti o ad auto danneggiamenti associati a problemi cognitivi, a guida in stato di ebbrezza, ecc. Non includere problemi mentali o comportamentali valutati all'item 4.

0 = nessun problema di salute fisica nel periodo valutato;

1 = problemi marginali di salute nel periodo valutato (es., raffreddore, cadute non gravi, ecc.);

2 = problemi di salute fisica determinano lievi limitazioni della mobilità e dell'attività;

3 = moderate restrizioni dell'attività a causa di problemi di salute fisica;

4 = grave o completa inabilitazione dovuta a problemi di salute fisica.

#### **6. Problemi associati ad allucinazioni e deliri.**

Includere allucinazioni e deliri indipendentemente dalla diagnosi. Includere comportamenti strani e bizzarri associati ad allucinazioni e deliri. Non includere comportamenti aggressivi distruttivi o iperattivi attribuiti a allucinazioni o deliri valutati all'item 1.

0 = nessuna evidenza di allucinazioni o deliri nel periodo valutato;

1 = convinzioni alquanto strane o bizzarre non in accordo con la norma culturale;

2 = sono presenti deliri o allucinazioni (es., voci, visioni), ma sono modesti il disagio del paziente o le manifestazioni comportamentali bizzarre, sono cioè clinicamente presenti ma lievi;

3 = marcate preoccupazioni per deliri o allucinazioni che provocano notevole disagio e / o che si esprimono con un evidente comportamento bizzarro, problemi, cioè clinicamente da moderati a gravi;

4 = le condizioni psichiche ed il comportamento sono gravemente compromessi da deliri o allucinazioni, con grave impatto sul paziente.

#### **7. Problemi di umore depresso**

Non includere agitazione, valutati all'item 1. Non includere idee o tentativi di suicidio, valutati all'item 2. Non includere deliri o allucinazioni, valutati all'item 6.

0 = nessuna problema associato ad umore depresso nel periodo valutato;

- 1 = triste; o modificazioni modeste dell'umore;
- 2 = moderata ma evidente depressione e sofferenza (es., sentimenti colpa; perdita dell'autostima);
- 3 = depressione con inadeguate autoaccuse; preoccupazione per sentimenti di colpa;
- 4 = depressione grave o gravissima, con colpa o autoaccusa.

### **8. Altri problemi psichici e comportamentali**

Valutare soltanto il problema clinico più grave non considerato agli item 6 – 7. Specificare il tipo di problema riportando la lettera più appropriata come segue:

AN – ansia e fobie; OC– Ossessioni e compulsioni; D I- sintomi dissociativi; SS- sintomi somatoformi; AL- problemi dell' alimentazione; SO- disturbi del sonno; SE- problemi sessuali; MA- umore euforico; AP- altri problemi.

0 = nessuna evidenza di qualcuno di questi problemi nel periodo valutato;

1 = solo problemi secondari;

2 = è clinicamente presente un problema a livello lieve (es., il paziente ha una sufficiente capacità di controllo);

3 = occasionali attacchi o sofferenze gravi, con perdita del controllo, cioè problemi moderatamente gravi;

4 = problemi gravi che compromettono la maggior parte delle attività.

### **9. Problemi nelle relazioni**

Valutare il problema più grave del paziente associato a ritiro, attivo o passivo, dai rapporti sociale e/o con rapporti che non hanno valore di supporto, o che sono dannose o distruttive per il paziente.

0 = nessun problema significativo nel periodo valutato;

1 = problemi secondari senza rilievo clinico;

2 = evidenti problemi nello stabilire o mantenere rapporti di sostegno: il paziente se ne lamenta e/o i problemi sono evidenti per gli altri una sufficiente capacità di controllo);

3 = problemi gravi e persistenti dovuti al ritiro, attivo o passivo, dai rapporti interpersonali e/o rapporti che forniscono un confortoo un supporto scarso o nullo;

4 = isolamento sociale grave e doloroso dovuto ad incapacità a comunicare socialmente e/o a ritiro dai rapporti sociali.

### **10. Problemi nelle attività della vita quotidiana**

Valutare il livello generale di funzionamento nelle attività della vita quotidiana (es., problemi nelle attività di base della cura di se come mangiare, lavarsi, vestirsi, fare toeletta; o anche attività più complesse, come gestirsi economicamente, organizzare l'ambiente di vita, il lavoro ed il tempo libero, gli spostamenti e l'uso dei mezzi di trasporto, fare shopping, la propria crescita, ecc.).Includere ogni mancanza di motivazione per utilizzare le opportunità di auto aiuto, poiché questo contribuisce a ridurre il livello generale di funzionamento. Non includere la mancanza di opportunità per usare la capacità e abilità integre, valutate agli item 11 e 12.

0 = nessuna problema nel periodo valutato; buona capacità di funzionamento in tutte le aree;

1 = solo problemi secondari (es., disordinato, disorganizzato);

2 = adeguata cura di sé, ma importanti problemi prestazionali in una o più aree più complesse (vedi sopra);

3 = problemi importanti in una o più aree della cura di sé (mangiare, lavarsi, vestirsi, fare toelette) così come importanti difficoltà nell'esecuzione di diverse attività complesse;

4 = gravi difficoltà o incapacità in tutte o quasi le aree della cura di sé e di attività complesse.

### **11. Problemi nelle condizioni di vita**

Valutare il livello generale dei problemi connessi alle condizioni basali di vita ed alla routine familiare della vita quotidiana. Sono soddisfatte le necessità di base (riscaldamento, luce, igiene)? Se sì, esiste un aiuto per far fronte alle limitazioni e delle opportunità per esercitare le capacità presenti e svilupparne di nuove? Non valutare il grado di invalidità di per sé, che è stato valutato all'item 10. **NB: Valutare la situazione abitativa abituale. Se il soggetto è ricoverato, valutare la situazione a domicilio. Se mancano informazioni, segnare 9.**

0 = le condizioni abitative e di vita del paziente sono accettabili; favorevoli per mantenere le limitazioni valutate dall'item 10 al più basso livello possibile e per supportare l'auto aiuto;

1 = le condizioni abitative sono ragionevolmente accettabili, anche se vi sono problemi secondari o transitori (es., ubicazione non ideale, indisponibilità delle opportunità preferite, cibo non di suo gusto, ecc);

2 = problemi evidenti con uno o più degli aspetti della situazione abitativa e/o dell'andamento (es., scelta dei collaboratori limitata, o famiglia con scarsa comprensione di come limitare l'invalidità o di come aiutare ad utilizzare le capacità disponibili o svilupparne di nuove);

3 = molteplici problemi stressanti con la situazione abitativa (es., mancanza di alcuni servizi indispensabili); la situazione socio – familiare non ha (o ha a livello minimale) attrezzature per accrescere l'indipendenza del paziente;

4 = la situazione abitativa è inaccettabile (es., mancanza dei servizi indispensabili, rischio di sfratto, tetto rotto, o le condizioni di vita sono in qualche modo inaccettabili), aggrava i problemi del paziente;

### **12. Problemi nelle attività occupazionali e ricreative**

Valutare il livello generale dei problemi relativi alla qualità delle condizioni ambientali quotidiane. Ci sono supporti per far fronte alle disabilità, e opportunità per mantenere o migliorare le capacità e le attività occupazionali e ricreative? Considerare fattori come lo stigma sociale, la mancanza di operatori qualificati, l'accesso alle strutture di supporto (es., operatori e attrezzature del centro diurno, laboratori, club sociali, ecc.). Non valutare il grado di invalidità di per sé, che è stato valutato all'item 10.

0 = le condizioni ambientali della vita quotidiana del paziente sono accettabili: favorevoli per mantenere le limitazioni valutate all'item 10 al più basso livello possibile e per supportare l'auto – aiuto;

1 = solo problemi secondari o temporanei (es., ritardi nel pagamento degli assegni mensili, (es., pensione di invalidità).): sono disponibili strutture adeguate ma non sempre nei momenti desiderati, ecc.;

2 = scelta limitata di attività; mancanza di una ragionevole tolleranza (es., rifiuto ingiustificato di accesso ad una biblioteca pubblica o al bagno, ecc.); svantaggio della mancanza di una dimora fissa; cure o supporto professionale insufficiente; disponibilità di utili strutture diurne ma solo per tempi molto limitati;

3 = marcata carenza di servizi qualificati per mantenere al livello più basso le invalidità esistenti; mancanza di opportunità per usare le capacità esistenti o per svilupparne di nuove; difficoltà di accesso ad un'assistenza non qualificata;

4 = la mancanza di qualsiasi opportunità per le attività quotidiane aggrava i problemi del paziente.

### ALLEGATO 3- TABELLE E GRAFICI

SPDC + CSM			
VARIABILI	LIVELLI	N	%
SESSO	MASCHILE	20	59%
	FEMMINILE	14	41%
CLASSE DI ETA'	<25	2	6%
	25-34	4	12%
	35-44	6	18%
	45-54	15	44%
	55-64	6	18%
	>64	1	3%
TITOLO DI STUDI	LICENZA ELEMENTARE	3	9%
	DIPLOMA DI SCUOLA INFERIORE	12	35%
	DIPLOMA DI SCUOLA SUPERIORE	18	53%
	LAUREA	1	3%
STATO LAVORATIVO	OCCUPAZIONE FISSA O PART-TIME	7	21%
	DISOCCUPATO	15	44%
	INVALIDO	2	6%
	PENSIONATO	4	12%
	ALTRO	6	18%
STATO FAMILIARE	VIVE SOLO	6	18%
	CON GENITORI	17	50%
	CON COMPAGNO/A	6	18%
	CON ALTRI COINQUILINI	3	9%
	ALTRE SITUAZIONI	2	6%

Tabella 2 – Dati demografici campione totale di pazienti

Descrizione del campione totale e per raggruppamenti diagnostici					
	CAMPIONE TOTALE	PSICOSI/SCHIZ OFRENIA	DISTURBO AFFETTIVO	DISTURBO NEVROTICO	DISTURBO PERSONALITA'
N° UTENTI	34	11	14	3	6
ETA' MEDIA	46,3	47	49,5	30,3	45,7
M	20	6	7	3	4
F	14	5	7	0	2

Tabella 3 – Descrizione campione totale di pazienti

<b>Medie HONOS in base ai raggruppamenti diagnostici</b>					
<b>RAGGRUPPAMENTI DIAGNOSTICI</b>	<b>N° UTENTI</b>	<b>%</b>	<b>Media HONOS T0</b>	<b>Media HONOS T1</b>	<b>Differenza medie da T0 a T1</b>
<b>PSICOSI/SCHIZOFRENIA</b>	11	32,35%	16	8,8	7,2
<b>DISTURBO AFFETTIVO</b>	14	41,18%	12,3	7,3	5
<b>DISTURBO NEVROTICO</b>	3	8,82%	14,7	8,3	6,4
<b>DISTURBO PERSONALITA'</b>	6	17,65%	15,2	10,2	5

**Tabella 4 – Media HONOS per raggruppamenti diagnostici in T0 e T1**