



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**UTILIZZO DELLE SCALE PER LA
VALUTAZIONE DELL'INTENSITA'
E DELLA COMPLESSITA'
ASSISTENZIALE IN SALUTE
MENTALE**

Relatore: Chiar.mo
MAURIZIO ERCOLANI
FIRMA

Tesi di Laurea di:
LUCA PANFOLI
FIRMA

A.A. 2019/2020

INDICE

PRIMA PARTE

| | |
|---|---------|
| INTRODUZIONE..... | pag. 3 |
| 1.0: LE SCALE DI VALUTAZIONE..... | pag. 4 |
| 1.1: LE SCALE RAI E RS..... | pag. 7 |
| 1.2: LE SCALE DI VALUTAZIONE PRESE IN ESAME..... | pag. 10 |
| 1.2.0: SCALA BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)..... | pag. 11 |
| 1.2.1: SCALA MOAS (Modified Overt Aggression Scale)..... | pag. 18 |
| 1.2.2: SCALA NOSIE (Nurses Observation Scale For Inpatient Evaluation)..... | pag. 20 |
| 1.2.3: SCALE SANS E SAPS..... | pag. 24 |
| 1.2.4: SCALA SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)..... | pag. 25 |
| 1.2.5: SCALA SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms)..... | pag. 27 |
| 1.2.6: SCALA SARN (Summary of Assessment Risk and Need)..... | pag. 30 |
| 1.2.7: SCALA HAMILTON –D (Hamilton Depression – Rating Scale)..... | pag. 32 |
| 1.2.8: SCALA HONOS..... | pag. 34 |
| 1.2.9: SCALA HONOS ROMA..... | pag. 38 |
| 1.3: METODO DI RICERCA UTILIZZATO, IL QUESTIONARIO..... | pag. 47 |

SECONDA PARTE

| | |
|-------------------------------|---------|
| 2.0: GRAFICI PER DOMANDA..... | pag. 56 |
|-------------------------------|---------|

TERZA PARTE

| | |
|-----------------------|---------|
| 3.0: DISCUSSIONE..... | pag. 67 |
| 3.1: CONCLUSIONE..... | pag. 74 |

QUARTA PARTE

| | |
|-------------------|---------|
| BIBLIOGRAFIA..... | pag. 77 |
| SITOGRAFIA..... | pag. 77 |

PRIMA PARTE

INTRODUZIONE

Lo studio in questione nasce dall'idea di poter rappresentare, attraverso la ricerca quantitativa, una delle fasi più delicate del lavoro assistenziale svolto nell'ambito della salute mentale. Come in ogni altra realtà, alla base dell'assistenza infermieristica, oltre ai più classici esami obiettivi vi è anche l'utilizzo di una molteplicità di scale di valutazione che si differenziano fra loro per i differenti item presi in esame.

Le motivazioni alla base del lavoro sono quindi capire come e quanto queste scale di valutazione assistenziale attualmente in utilizzo possono ricoprire un ruolo fondamentale nell'area assistenziale e se esse risultano complete ed esaurienti per il compito per cui sono state create, nonché la necessità di apportare modifiche o crearne di nuove.

Nello studio è stato utilizzato il metodo di ricerca quantitativo, in dettaglio un questionario costruito appositamente. Questo, composto da 20 domande principalmente a risposta chiusa, ha permesso di analizzare diversi aspetti necessari ad una comprensione dell'uso e delle applicazioni delle scale di valutazione in salute mentale.

Progettato e diffuso tramite la piattaforma Google Moduli è stato disponibile per un periodo di due mesi (dal giorno 04/01/2021 al giorno 04/03/2021) per dar modo agli operatori di documentare e di rispondere da diverse aree del territorio nazionale e soprattutto da più tipologie di strutture lavorative.

Lo studio si sviluppa principalmente in quattro parti: nella prima parte viene specificato l'oggetto di studio in questione e i metodi di lavoro, quindi scheda di valutazione e questionario. Vengono argomentate nel dettaglio anche le differenti tipologie di scale più utilizzate nella clinica quotidiana che sono state prese in considerazione proprio nel questionario, anch'esso inserito in questa prima parte; nella seconda parte vengono riportati i risultati ottenuti tramite la diffusione dello stesso, con la rappresentazione grafica delle risposte ai vari quesiti; nella terza parte si discutono invece i risultati ottenuti e si cerca di dare risposte ai quesiti che hanno mosso lo studio; in ultimo, nella quarta parte, viene riportata la bibliografia e la sitografia.

1.0: LE SCALE DI VALUTAZIONE

Come già specificato precedentemente il lavoro ha per oggetto di studio le scale di valutazione. Ma cosa sono? Perché sono così significative nell'assistenza infermieristica?

Le scale di valutazione sono a tutti gli effetti dei veri e propri test valutativi, e come tali devono rispondere ad alcuni criteri fondamentali che ne identificano il loro ruolo nell'assistenza. Nel caso delle scale ci si riferisce in particolar modo al concetto di sensibilità e di quello di validità. Quando si parla generalmente di sensibilità di un test, ad esempio, si parla della capacità dello stesso di individuare i soggetti affetti dalla malattia o dalla condizione che ci si propone di individuare. Se un test ha quindi un'ottima sensibilità allora è basso il rischio di falsi negativi, cioè di soggetti che pur presentando valori normali sono comunque affetti dalla patologia o dalla condizione che si sta cercando. Si definisce invece alta sensibilità quando è alta la probabilità che un soggetto malato risulti positivo al test, quindi di conseguenza bassa probabilità che un soggetto malato risulti negativo al test. Il concetto di validità è particolarmente ricollegabile a quello precedente ed è uno delle caratteristiche psicometriche principali proprie di un test psicologico. La validità indica infatti il grado di precisione con cui un test riesce a misurare ciò che dichiara di misurare, nonché quindi le motivazioni per cui è stato creato.

Una scala di valutazione è a tutti gli effetti un vero e proprio strumento scientificamente validato, basato anche sull'esperienza e la ricerca scientifica ed è utilizzato per effettuare una misurazione precisa di un determinato ambito in un determinato momento. Tale strumento ricopre quindi un ruolo assolutamente fondamentale nella clinica assistenziale, in quanto permette di poter individuare una precisa situazione e conseguentemente poter individuare quali siano gli obiettivi principali da raggiungere, utilizzando se necessario più scale di valutazione per una panoramica maggiore. Ne consegue che a ciò si basino poi i piani assistenziali dedicati.

Le scale di valutazione permettono quindi di:

- verificare l'andamento nel tempo, nonché l'efficacia degli interventi messi in atto, difatti hanno una valenza da non prendere come valore assoluto ma in relazione alle valutazioni precedenti, in quanto solo la valutazione comparativa può consentirci di dire se la situazione è migliorata, stazionaria o peggiorata;
- fornire un indice del grado di gravità e/o di frequenza di un disturbo;
- portare alla luce informazioni che potrebbero non emergere durante il percorso terapeutico, informazioni queste che dovranno poi essere approfondite.

Strutturalmente le schede, per rispondere a criteri di oggettività e facilità di compilazione, sono costituite da serie di domande standardizzate a risposta semplice (vero – falso oppure a livelli di gravità – frequenza) che come output danno generalmente un valore numerico (in alcuni casi una serie di valori). In questo modo si garantisce la riduzione della soggettività nell'interpretazione e si garantisce inoltre un linguaggio che viene utilizzato uniformemente tra tutti coloro che si occupano del caso.

Le scale di valutazione attualmente in utilizzo sono molteplici e, come detto prima, trovano impiego anche nella rivalutazione del soggetto, per osservare se quanto è stato fatto fino a quel momento ha avuto i suoi effettivi risultati, stabiliti proprio in fase di strutturazione del piano. Se questi non fossero stati raggiunti, tramite una rivalutazione basata anche sulle scale, è possibile riformulare lo stesso piano assistenziale modificandolo anche sostanzialmente.

Per completezza bisogna specificare che le scale di valutazione non necessariamente sono utilizzate da una sola figura professionale, ma possono essere interdisciplinari, tutte comunque con il comune obiettivo di raccogliere informazioni che consentano, a volte insieme all'assistito stesso, di raggiungere gli obiettivi del programma socio-assistenziale- educativo- riabilitativo.

In ultimo bisogna ricordare che le scale attualmente in utilizzo appartengono a più categorie differenziate anche dalla tipologia di items presi in considerazione. Non a caso esistono schede che valutano macroaree e che indagano il soggetto in più aspetti delle attività quotidiane come il prendersi cura di sé, il deambulare, oppure la memoria, le funzioni esecutive, l'attenzione, ecc. Ne esistono altre i cui items invece sono indirizzati

ad una valutazione più dettagliata e all'analisi dei particolari segni e sintomi. Questo fa sì che l'insieme di tutti questi caratteri permettano agli operatori, di qualsiasi figura professionale, di poter valutare ampiamente e dettagliatamente ogni singolo caso che la professione porta a conoscenza.

1.1 LE SCALE RAI E RS

Nel complesso sistema della valutazione sono in utilizzo una vasta gamma di schede che vanno da formulazioni più semplici, compilate dagli operatori per tutti gli ospiti in trattamento al fine di avere un dato oggettivo complessivo anche del carico assistenziale, a schede di valutazione specifiche laddove gli operatori e le schede generali ravvedano la necessità di approfondire uno o più campi fino alle RAI (schede di autovalutazione). In sostanza quindi le scale di valutazione possono essere autosomministrate, quando chi risponde le domande è lo stesso che le pone, oppure eterosomministrate, quando chi somministra le domande è diverso da chi le risponde.

Nelle prime infatti, come appena definito, è l'assistito stesso che in piena autonomia le compila (questo richiede ovviamente una certa collaborazione del soggetto). Un esempio ben rappresentativo di tali scale, non inserito però nel questionario di ricerca, è la scala SCL-90-R, un questionario autosomministrato che valuta un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici, misurando sia i sintomi internalizzati (come depressione, somatizzazione e ansia) che quelli esternalizzati (come aggressività, ostilità e impulsività) di soggetti psichiatrici, di medicina generale e soggetti non clinici.

Le qualità che ogni scala di valutazione, sia auto che eterosomministrata, deve possedere per essere considerata impiegabile sono:

- essere generalmente breve e di facile compilazione e comprensione;
- avere modalità di punteggio rapido e facilmente assegnabile;
- garantire una lettura dei punteggi facile e univoca;
- non richiedere particolari conoscenze per la compilazione e la lettura del dato;
- non richiedere l'adesione a particolari scuole di pensiero;
- fornire una visione sistemica complessiva dei problemi dell'utente e dati specifici importanti da approfondire;
- rappresentare una modalità strutturata di raccolta di informazioni confrontabili in diversi momenti del percorso del soggetto;
- essere, talvolta, strumenti di auto valutazione raffrontabili con altre di etero valutazione.

- essere uno strumento funzionale per superare la difficoltà dell'utente a verbalizzare la propria situazione (per ciò che riguarda le scale di autovalutazione);
- confrontare i punteggi dell'utente con i punteggi normativi ed i punteggi precedenti per monitorare l'evoluzione in corso;
- garantire neutralità, non essere quindi necessario aderire alla teoria da cui derivano, per poi esser usati nel monitoraggio.

Se queste qualità sono rispettate i vantaggi apportati all'assistenza dalle scale sono davvero consistenti come:

- maggiore efficienza, proprio perché facili da compilare e/o da somministrare, non richiedono una particolare preparazione agli operatori, sono brevi e possono essere utilizzate ogni qualvolta senza spesa alcuna, coprendo ogni area di osservazione;
- maggiore accessibilità, in quanto la possibilità di acquisire informazioni su cose difficilmente osservabili (come comportamenti o manifestazioni sporadiche) e su percezioni proprie dell'utenza (ansie, pensieri, ecc.) raggiunte tramite ciò che riferisce l'assistito compilando le schede di autovalutazione;
- maggiore facilità nel manifestare con l'intermediazione dello strumento di valutazione, problemi delicati (ad esempio, comportamenti sessuali particolari o insoddisfacenti, violenze subite, eccetera) che il soggetto può avere difficoltà a comunicare verbalmente; questo è particolarmente importante nelle prime fasi del rapporto, prima che tra lo psichiatra e l'assistito si sia stabilito un rapporto di fiducia

Uno dei più importanti svantaggi che questo sistema può però comportare è rintracciabile nella loro facilità di utilizzo. Questo infatti, può portare ad un uso eccessivo di questi strumenti ed un'eccessiva fiducia nel significato dei punteggi, che devono essere comunque incrociati tra loro e verificati nella prassi quotidiana. Altri svantaggi, a carattere psicometrico e riferibili però più alle scale Rai, sono in particolar modo di quattro tipi:

- i dati relativi all'affidabilità ed alla validità derivano da ricerche su specifici gruppi di soggetti ed è perciò difficile stabilire se uno strumento può essere ugualmente valido ed affidabile per quello specifico assistito. Per minimizzare questo rischio è necessario usare molta cautela nell'accettare i punteggi come "la verità": essi sono semplicemente la stima di alcuni attributi e non devono essere accettati, perciò, acriticamente; sarebbe un grave errore basare le nostre decisioni solo sui punteggi dei RAI, senza prendere in considerazione altri elementi, come il giudizio clinico;
- i RAI possono essere vissuti come invadenti da alcuni soggetti i quali possono provocare perciò reazioni che interferiscono con il rapporto; di solito è il contenuto degli item che può sensibilizzare il soggetto provocando la sua reazione;
- i RAI non sono esenti dai "bias" propri di tutte le scale di autovalutazione. Il soggetto può, ad esempio, cogliere le aspettative dello psichiatra di un miglioramento e tendere a dare risposte più positive per compiacerlo oppure può accentuare la sintomatologia nel tentativo di ottenere maggiori attenzioni o altri vantaggi, eccetera. Non esistono modalità specifiche per evitare queste manipolazioni; solo una franca discussione sulla natura del rapporto medico-assistito, sulla necessità di un rapporto basato sulla sincerità e sulla massima apertura e sulla funzione di questi strumenti di valutazione può ridurre, limitare, il peso di questi "bias";
- mentre alcuni strumenti sono specificamente focalizzati su un problema particolare, altri sono, invece, aspecifici, generali, e non sono perciò in grado di cogliere le più sottili sfumature; per ovviare a questo problema è necessario scegliere, fra i numerosi RAI disponibili, quelli più specifici e diretti. Sarebbe anche opportuno, quando è possibile, utilizzare più di uno strumento di valutazione;

1.2: LE SCALE DI VALUTAZIONE PRESE IN ESAME

Come si potrà vedere successivamente nel paragrafo dedicato interamente al questionario, sono state riportate all'interno di esso numerose scale. Queste sono alcune di quelle più utilizzate tra i vari ambiti assistenziali che la salute mentale possa offrire, come in particolar modo le due varianti HONOS e HONOS ROMA, quest'ultima versione riadattata della prima.

Queste due infatti, rappresentano veri e propri strumenti di valutazione innovativi.

Un concetto importante fondamentale da introdurre prima di trattare le differenti scale di valutazione prese in esame e che ricorrerà più volte in esse è quello di “cluster”.

Un cluster è un raggruppamento di soggetti con caratteristiche simili e che quindi condividono bisogni, quadri clinici e intensità di risorse per l'intervento. Si tratta quindi di una valutazione olistica che prenda in considerazione bisogni psicosociali, sia attuali che storici.

Osserviamo ora più da vicino le scale prese in esame:

1.2.0 SCALA BPRS (BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE)

Inizialmente sviluppata da John E. Overall e Donald R. Gorham, pubblicata nel 1962, è una delle scale più storiche utilizzate tutt'oggi. La scala è stata proposta dai due autori con due principali finalità:

1. ampliare lo spettro sintomatologico esplorato, per una migliore definizione del quadro clinico
2. ampliare il range di applicabilità della scala anche a valutatori con minore esperienza clinica, senza aumentare il livello di variabilità tra valutatori.

Gli items generati su scala multidimensionale erano inizialmente sedici ma sei anni dopo nel 1968 son stati aggiunti altri due fattori quali l'eccitazione e il disorientamento.

La scala attuale esamina infatti in totale 18 items quali: preoccupazioni somatiche, ansia, depressione, sentimenti di colpa, ostilità, grandiosità, sospettosità, allucinazioni, contenuto insolito del pensiero, disorientamento, disorganizzazione concettuale, appiattimento affettivo, isolamento emotivo, rallentamento motorio, tensione motoria, mancanza di cooperazione, eccitamento, manierismi e posture.

L'analisi fattoriale dei 18 item originali della scala ha portato all'estrazione di 4 o 5 fattori. La versione che riportiamo nello studio è quella che contiene 24 item, 6 in più che sono: rischio di suicidio, elevazione del tono dell'umore, comportamento bizzarro, trascuratezza nella cura di sé, distraibilità, iperattività motoria. La versione in questione è stata elaborata dall'Unità di diagnosi e Psicopatologia del Clinical Research Center dell'Università di Los Angeles, con l'obiettivo di permettere una valutazione più esaustiva di uno spettro più ampio di soggetti affetti da problemi psichiatrici gravi, anche non ricoverati.

La BPRS oggi rappresenta uno strumento rapido ed efficace di valutazione del cambiamento della sintomatologia nei soggetti in salute mentale fornendo una descrizione ampia ed esaustiva delle caratteristiche dei principali sintomi.

Medico o qualsiasi altro tipo di ricercatore può quindi utilizzarla per fare valutazione in riferimento al soggetto adulto, fermo restando però che questa trova una certa validazione anche nel soggetto anziano. Ne esiste poi una versione applicabile anche al settore pediatrico chiamata Brief Psychiatric Rating Scale Children sviluppata dallo

stesso Overall in collaborazione con Betty Pfeifferbaum però, con struttura e items differenti.

La precisione e la facilità di utilizzo ne ha fatto quindi una scala utilizzabile da più figure professionali quali psichiatra, psicologi, personale paramedico e assistenziale. La sua chiarezza e concisione ne ha fatto inoltre un ottimo strumento d'impiego di routine nella pratica assistenziale. Nonostante le sue qualità gli autori consigliano comunque, a chi intende utilizzare la scala, di partecipare a corsi di addestramento per ottenere una buona e usufruibile riproducibilità.

I sintomi che la scala indaga possono quindi così essere definiti e spiegati:

1. Preoccupazioni somatiche: grado di preoccupazione relativo alle proprie condizioni fisiche attuali. Valutare quanto l'assistito percepisce la propria salute fisica come un problema, indipendentemente dalla presenza o meno di una condizione reale di malattia. La presenza di allucinazioni somatiche dà luogo ad un punteggio elevato anche se non accompagnata da sofferenza psicologica. Fare attenzione a tener conto soltanto dei problemi connessi con le preoccupazioni somatiche e non di quelli dovuti ad altri sintomi come, per esempio, la depressione;
2. Ansia: preoccupazione, apprensione, paura, fobia, panico, come riferiti dal soggetto. Tener conto soltanto delle sue affermazioni e non dell'ansia osservata, che verrà presa in considerazione nell'item "tensione motoria";
3. Depressione: considerare tristezza, infelicità, anedonia, incapacità a distogliere il pensiero da temi depressivi (per esempio non riesce, per questo motivo, a guardare la tv o a sostenere una conversazione), perdita di speranza, perdita di autostima (insoddisfatto di sé o si disprezza, pensa di valere poco o nulla). Non tener conto di sintomi somatici, come il ritardo motorio ed il risveglio precoce. Non considerare l'apatia, caratteristica della sintomatologia negativa di tipo schizofrenico;
4. Rischio di suicidio: pensieri di suicidio, intenzione manifestata, comportamenti autolesivi, tentativi di suicidio.

5. Sentimenti di colpa: rimorso per, o eccessiva importanza attribuita a errori passati. Tener conto soltanto di ciò che il soggetto dice, non dedurre la presenza di sensi di colpa in base alla presenza di depressione, ansia o difese nevrotiche;
6. Ostilità: tener conto di espressioni che indicano animosità, disprezzo, bellicosità, minacce, litigi, accessi d'ira, distruzione di cose, risse ed altri atteggiamenti o comportamenti ostili. Non dedurre l'ostilità dalla presenza di difese nevrotiche, di ansia o di lamentele per disturbi somatici. Non tener conto di reazioni d'ira appropriate rispetto alla situazione, né di comportamenti di evidente legittima difesa;
7. Elevazione del tono dell'umore: sentimento di benessere pervasivo, prolungato ed esagerato, estrema allegria, euforia ed ottimismo sproporzionati rispetto alle circostanze. Per stabilire la gravità, tener conto anche del comportamento durante l'intervista. Non concludere che è presente tono dell'umore elevato soltanto in base all'aumento dell'attività motoria o ad affermazioni grandiose;
8. Grandiosità: esagerata opinione di sé, convinzione di avere speciali abilità o poteri, identificazione con un personaggio ricco e famoso. Tener conto qui soltanto di ciò che l'assistito dice di sé stesso, non del suo comportamento;
9. Sospettosità: convinzione espressa o deducibile dai comportamenti che altre persone abbiano agito con intenti malevoli o discriminatori nei propri confronti. Prendere in esame anche la persecuzione anche da parte di poteri soprannaturali;
10. Allucinazioni: riferisce esperienze percettive in assenza di stimoli interni corrispondenti. Quando si giudica quanto il funzionamento è ridotto dalle allucinazioni, considerare sia quanto il soggetto è assorbito dalle allucinazioni, sia quanto il suo comportamento ne è influenzato (ad esempio comportamenti dovuti ad allucinazioni imperative). Comprendere anche i pensieri ripetuti ad alta voce e le pseudoallucinazioni uditive;
11. Contenuto di pensiero insolito: contenuto del pensiero insolito, singolare, strano, bizzarro. Valutare il grado di stranezza del contenuto delle idee e non il grado di disorganizzazione del discorso. I deliri consistono in idee assurde, chiaramente non corrispondenti alla realtà, e bizzarre, che sono espresse con certezza

assoluta. Un indizio di tale certezza è il fatto che il soggetto abbia agito sulla base delle idee in questione;

12. Comportamento bizzarro: vengono riferiti od osservati comportamenti strani, insoliti, oppure reati determinati da processi psicotici. Considerare anche comportamenti sessuali inappropriati e manifestazioni di affetto inappropriate. Tener conto anche del comportamento osservato durante l'intervista;
13. Trascuratezza della cura di sé: prendere in esame le seguenti aree: lavarsi viso e mani, fare il bagno e la doccia, avere cura dell'aspetto, vestirsi, alimentarsi, prendersi cura della salute fisica, prendere farmaci, lavarsi i denti;
14. Disorientamento: l'intervistato ha difficoltà a capire situazioni, concetti, domande, disorientamento nel tempo nello spazio e nell'identificare le persone;
15. Disorganizzazione concettuale: valutare quanto il discorso è confuso, disorganizzato vago, sconnesso. Prendere in esame la tangenzialità, l'eccessiva menzione di particolari, gli improvvisi cambiamenti di argomento, l'incoerenza, i deragliamenti, i blocchi del pensiero, la presenza di neologismi e di altri disturbi del pensiero;
16. Appiattimento affettivo: ridotta capacità di esprimere le proprie emozioni con l'espressione del volto, con il tono della voce e con la gestualità. Indifferenza ed appiattimento marcati anche quando si affrontano argomenti dolorosi;
17. Isolamento emotivo: incapacità di rapportarsi all'intervistatore e alla situazione dell'intervista. Considerare la mancanza di contatto visivo, il mancato orientamento del corpo verso l'intervistatore, la mancanza di domande e di commenti di risposta ai commenti dell'intervistatore;
18. Rallentamento motorio: riduzione del livello di energia che si manifesta con movimenti ed eloquio rallentati, riduzione del tono, riduzione quantitativa dei movimenti spontanei. Tener conto dell'eventuale effetto di farmaci;
19. Tensione motoria: manifestazioni osservabili di tensione, nervosismo e agitazione;
20. Mancanza di cooperazione: resistenza e riluttanza a collaborare all'intervista. Valutare soltanto la mancanza di collaborazione durante l'intervista;

21. **Eccitamento:** manifestazione di tono dell'umore elevato o aumento della reattività emotiva nei confronti dell'intervistatore o degli argomenti in discussione; aumentata intensità della mimica, tono di voce elevato, aumento della gestualità, aumento della quantità e della velocità dell'eloquio;
22. **Distraibilità:** considerare il grado con cui le sequenze di eloquio e di comportamenti sono interrotte da stimoli estranei all'intervista. La distraibilità si può manifestare con un cambiamento della direzione dello sguardo o con un cambiamento di argomento;
23. **Iperattività motoria:** aumento del livello di energia che si manifesta con aumento della frequenza dei movimenti e/o con eloquio rapido;
24. **Movimenti o sequenze di movimenti stereotipati o posizioni fisse** che sono chiaramente inappropriate o scomode.

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE Vers. 4.0

BPRS 4.0 - # 147

Foglio di Codifica

Identificazione del Centro: _____ Codice Centro: [][][][]

Data di compilazione (gg/mm/aa): [][][][][][]

Identificazione del paziente: _____ Codice del paziente: [][][][]

Sexo: 1 maschio 2 femmina Età: [][]

| | |
|--|--|
| Scolarità: | Stato civile: |
| 1 <input type="checkbox"/> analfabeta | 1 <input type="checkbox"/> celibe-nubile |
| 2 <input type="checkbox"/> < licenza elementare | 2 <input type="checkbox"/> coniugato/a |
| 3 <input type="checkbox"/> licenza elementare | 3 <input type="checkbox"/> vedovo/a |
| 4 <input type="checkbox"/> licenza media inferiore | 4 <input type="checkbox"/> separato/a |
| 5 <input type="checkbox"/> diploma | 5 <input type="checkbox"/> divorziato/a |
| 6 <input type="checkbox"/> laurea | 9 <input type="checkbox"/> non noto |
| 9 <input type="checkbox"/> non noto | |

Diagnosi (formulare una o più delle seguenti):

secondo il DSM-III-R _____ [][][][]

secondo il DSM-IV _____ [][][][]

secondo l'ICD-10 _____ [][][][]

Sorgenti di informazione consultate per l'intervista (segnare tutte le fonti utilizzate):

- intervista con il paziente ed osservazione durante l'intervista
- familiari o conoscenti
- operatori sanitari
- osservazioni e colloqui con il paziente effettuati dal valutatore al di fuori dell'intervista
- altre sorgenti di informazioni (specificare: _____)

Periodo di riferimento scelto (in giorni; ad esempio, 2 settimane = 14): [][]

Modalità di integrazione della frequenza e gravità dei sintomi:

- 1 punteggio medio
- 2 punteggio del periodo peggiore
- 3 2 punteggi, uno medio e uno per il periodo peggiore
- 4 2 punteggi, uno per il periodo immediatamente precedente il ricovero o il contatto con il servizio, l'altro per il periodo precedente

da compilare alla fine:

Giudizio di validità della valutazione (1=per niente; 5=molto attendibile) []

Motivi di un'eventuale difficoltà nella valutazione (segnare tutti i motivi presenti):

- sintomi indotti da farmaci
- possibile sottostima dei sintomi per mancanza di una buona relazione
- possibile sottostima dei sintomi per la presenza di un quadro di tipo negativo
- mancanza di collaborazione da parte del paziente
- presenza di disturbi formali del pensiero
- altri (specificare: _____)

1.2.1 SCALA MOAS (Modified Overt Aggression Scale)

Publicata nel 1988 sulla base della OAS (Overt Aggression Scale) sviluppata solo due anni prima dallo psichiatra statunitense Yudofsky, la scala MOAS (Modified Overt Aggression Scale) trova ampia applicazione in salute mentale sia negli adulti che nell'ambito pediatrico, misurando la frequenza e la gravità degli episodi aggressivi. In tempi più recenti però, il suo utilizzo è stato esteso anche ai settori della riabilitazione post trauma cerebrale o stroke e in neuropsichiatria infantile.

La validazione in vari paesi, tra cui l'Italia, ha permesso di riscontrare un ottimo grado di sensibilità e affidabilità.

Si compone di quattro categorie: aggressività verbale, aggressività verso oggetti, aggressività sé stessi, aggressività verso altri. Ogni categoria è composta a sua volta da cinque componenti da valutare e rivalutare al fine di tracciare un andamento registrato del comportamento dell'assistito. Il punteggio totale viene determinato moltiplicando le quattro diverse scale per il loro peso specifico aggiungendo successivamente i quattro punteggi ponderati

Aggressione verbale Ostilità verbale, espressa con affermazioni o invettive che mirano a persona attraverso il disprezzo, l'umiliazione e minacce di violenza

0 0 = Non manifesta alcuna aggressione verbale

1 1 = Urla con rabbia, impreca in maniera non pesante o formula insulti personali

2 2 = Impreca con violenza, usa insulti pesanti e ha scoppi di ira

3 3 = Minaccia con furore azioni violente contro gli altri e contro se stesso

4 4 = Minaccia ripetutamente o deliberatamente azioni violente contro gli altri e contro se :

Aggressione contro la proprietà Distruzione deliberata e sprezzante dell'attrezzatura osp altrui.

0 0 = Non attua azioni aggressive contro la proprietà

1 1 = Sbatte le porte con rabbia, strappa gli indumenti, urina sul pavimento

2 2 = Sbatte a terra oggetti, dà calci ai mobili, rovina le pareti

3 3 = Rompe oggetti, rompe i vetri delle finestre

4 4 = Appicca incendi, scaglia gli oggetti con violenza

Aggressione contro se stessi Lesioni fisiche verso se stessi (es. auto-mutilazione

0 0 = Non manifesta alcun gesto aggressivo contro se stesso

1 1 = Si pizzica o si tormenta la pelle, si tira i capelli, colpisce la propria persona (senza prov

2 2 = Sbatte la testa o i pugni contro le pareti, si butta a terra

3 3 = Si procura piccoli tagli, bruciature, escoriazioni o lividi

4 4 = Si procura lesioni gravi o tenta il suicidio

Aggressione fisica Azioni violente compiute contro un'altra persona per infliggere d

0 0 = Non attua forme di aggressione fisica

1 1 = Compie gesti di minaccia, spinge le persone, ne afferra gli abiti

2 2 = Picchia, dà calci, spinge, graffia, tira i capelli (senza causare lesioni)

3 3 = Attacca gli altri causando lievi lesioni (es. contusioni, distorsioni o lividi)

4 4 = Attacca gli altri provocando lesioni gravi (es. fratture, rottura dei denti, tagli profondi,

aggressione verbale _____ x1

aggressione contro la proprietà _____ x2

aggressione contro se stessi _____ x3

aggressione fisica _____ x4

somma totale punteggi

1.2.2 SCALA NOSIE (Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation)

Sviluppata nel 1965 da G. Honifield e CJ Klett, è composta da trenta voci per valutare il comportamento dei degenti. Nonostante sia una delle più storiche come la BPRS, viene tutt'ora utilizzata per la valutazione del comportamento dei soggetti ricoverati da parte del personale infermieristico. E' questa certamente una delle più note ed utilizzate in quanto scritta in un linguaggio chiaro e implica la valutazione attraverso la semplice osservazione del comportamento. I grandi vantaggi offerti da questa scala sono quindi rintracciabili nel fatto che è veloce, semplice da somministrare, ma soprattutto che può essere utilizzata per valutare soggetti che potenzialmente vivono in condizioni particolari che li rendono inadatti alla somministrazione loro di scale di valutazione più interattive.

La scala viene spesso utilizzata per valutare il cambiamento nel comportamento di base, valutazione effettuata ovviamente tramite la continua osservazione. La NOSIE è una scala di valutazione particolarmente ben sviluppata, il cui contenuto è stato adattato al compito di valutare il cambiamento in coloro che si trovano in strutture e percorsi a lunga degenza ed ha trovato grande applicazione negli Stati Uniti.

Questa scala in particolare, proprio per il suo utilizzo nelle lunghe degenze, rispecchia fortemente il ruolo fondamentale che l'infermiere ricopre nella pianificazione dell'assistenza sanitaria. Dato che esso trascorre molto tempo e si occupa appieno del singolo caso, in particolare in questo ambito, è nella posizione migliore per dare il suo contributo nell'individuazione di un probabile disturbo del comportamento associato a malattia mentale.

La NOSIE, per la valutazione dell'assistito, prende in considerazione un periodo valutativo di soli tre giorni, che in accordo con quanto stabilito dagli autori sono gli ultimi 3.

La scala è adatta per la valutazione del decorso clinico. La prima valutazione viene effettuata al pre-trattamento ed almeno un'altra deve essere effettuata al termine del trattamento. Restano comunque possibili valutazioni intermedie a discrezione del valutatore clinico.

L'attuale versione della scala deriva, attraverso una serie di successive revisioni, da una variante ben più ampia, costituita da 80 item.

La NOSIE è composta da 30 item riferiti a comportamenti osservabili e valutati secondo una scala che va da 1 a 5 e prende in considerazione sia fattori positivi che negativi. I fattori positivi riguardano:

1. Adeguatezza sociale, composto da 5 item;
2. Interesse sociale, composto da 5 item;
3. Igiene personale, composto da 4 item.
4. Irritabilità, composto da 6 item;

I fattori negativi invece riguardano:

5. Psicosi, composto da 4 item;
6. Rallentamento psicomotorio, composto da 3 item;
7. Depressione, composto da 3 item.

Per la valutazione globale della gravità dello stato clinico del soggetto e del cambiamento, gli autori hanno proposto anche un punteggio espressione della somma dei fattori positivi più una costante (150) per riportare la scala al punto zero reale secondo la formula:

$$TA=150+[(I+II+III) - (IV+V+VI+VII)]$$

La scala prevede una valutazione da 1 a 5 punti dove 1 (mai), 2 (qualche volta), 3 (spesso), 4 (Sempre).

**NURSES' OBSERVATION SCALE
FOR INPATIENT EVALUATION - NOSIE - # 039**

Cognome e Nome..... Data di nascita.....

Codice Paziente..... Valutatore..... Data valutazione.....

ISTRUZIONI GENERALI - Descrivere il comportamento del paziente negli ultimi 3 giorni, rispondendo, con una crocetta sull'avverbio che meglio lo caratterizza, a ciascuno dei 30 item sotto elencati.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|-----|---------------|--------|--------------|--------|
| 1 - È SCIATTO, DISORDINATO | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 2 - È IMPAZIENTE | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 3 - PIANGE | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 4 - MOSTRA INTERESSE PER CIÒ CHE AVVIENE INTORNO A LUI | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 5 - NON SI MUOVE SE NON VIENE SPINTO A PARE QUALCOSA | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 6 - SI ANNOIA O SI INFASTIDISCE FACILMENTE | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 7 - ODE SUONI O VOCI INESISTENTI | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 8 - MANTIENE I PROPRI ABITI IN ORDINE | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 9 - CERCA DI ESSERE CORDIALE CON GLI ALTRI | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 10 - SI ADIRA FACILMENTE SE QUALCOSA NON LO SODDISFA | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 11 - RIFIUTA DI FARE QUALSIASI COSA, ANCHE LE PIÙ ORDINARIE | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 12 - È IRRITABILE E DI CATTIVO UMORE | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 13 - HA DIFFICOLTÀ A RICORDARE | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 14 - SI RIFIUTA DI PARLARE | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 15 - RIDÈ O SORRIDE PER BATTUTE O SITUAZIONI BUFFE | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 16 - È DISORDINATO A TAVOLA | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 17 - TENDE AD INIZIARE LA CONVERSAZIONE CON GLI ALTRI | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|-----|---------------|--------|--------------|--------|
| 18 - DICE DI SENTIRSI TRISTE O DI UMORE DEPRESSO | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 19 - PARLA DELLE COSE CHE LO INTERESSANO | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 20 - VEDE COSE CHE NON ESISTONO (ALLUCINAZIONI) | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 21 - HA BISOGNO CHE QUALCUNO GLI RICORDI QUEL CHE DEVE FARE | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 22 - DORME SE NON È STIMOLATO AD AGIRE | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 23 - DICE DI ESSERE INUTILE | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 24 - OCCORRE RICORDARGLI DI RISPETTARE LE ABITUDINI DEL REPARTO | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 25 - HA DIFFICOLTÀ NELL'ESEGUIRE COMPITI ANCHE SEMPLICI | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 26 - PARLA, BORBOTTA, MORMORA FRA SÉ | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 27 - SI MUOVE LENTAMENTE E CON DIFFICOLTÀ | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 28 - RIDE SCIOCCAMENTE O SORRIDE FRA SÉ SENZA UNA RAGIONE EVIDENTE | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 29 - PERDE LE STAFFE CON MOLTA FACILITÀ | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |
| 30 - SI MANTIENE ORDINATO E PULITO | Mai | Qualche volta | Spesso | Molto spesso | Sempre |

1.2.3 SCALE SANS e SAPS

Le successive due scale SANS e SAPS sono strettamente collegate fra loro e sono state create appositamente dalla Andreasen per valutare la schizofrenia. Le due scale sono state create come ottimali strumenti di valutazione per consentire al clinico di misurare i due aspetti della struttura dicotomica propria della schizofrenia, ovvero la sindrome positiva e la sindrome negativa. I sintomi di questa patologia infatti sono molto variabili sia in relazione alla fase della malattia che alla sottotipologia clinica e possono presentarsi in momenti critici, o episodici, oppure in modo stabile, generalmente suddivisi proprio in questi due gruppi antitetici: sintomi positivi e negativi. I primi sono manifestazioni nuove ed anomale dovute alla patologia stessa. I secondi invece derivano dalla perdita di capacità che erano presenti prima dell'esordio della stessa.

Le due scale sono progettate per essere utilizzate nel contesto di un'intervista strutturata, anche se le informazioni possono essere comunque raccolte anche in maniera informale come, ad esempio, l'osservazione clinica diretta, i resoconti dei familiari o del personale di assistenza, oltre che dallo stesso colloquio con l'assistito.

Questi due strumenti, sono corredati da una "guida all'intervista" nella quale sono ampiamente definiti i sintomi esplorati e sono fornite anche indicazioni su eventuali domande da porre al soggetto, per meglio esplorare entrambe le tipologie sintomatiche positive e negative.

Nel dettaglio:

1.2.4 Scala SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)

Questa scala di valutazione è stata pubblicata nel 1984, ed è utilizzata dai professionisti della salute mentale per misurare i sintomi negativi nella schizofrenia. La scala è divisa in cinque domini o cluster (piattezza o ottundimento affettivo, alogia, abulia, apatia, anedonia, asocialità e attenzione), al cui interno i sintomi sono valutati separatamente. Gli items presi in esame sono invece 25 e per ogni cluster la valutazione viene effettuata globalmente. Il punteggio varia dal valore 0 (assente) a 5 (grave).

| SCALE FOR THE ASSESSMENT OF NEGATIVE SYMPTOMS SANS - # 310 | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---------|----------|---------|----------|---------|-------|---|---|---|---|---|---|
| Cognome e Nome..... Data di nascita..... | | | | | | | | | | | | | |
| Codice Paziente..... Valutatore..... Data valutazione..... | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td>ASSENTE</td> <td>INCERTO</td> <td>LIEVE</td> <td>MODERATO</td> <td>MARCATO</td> <td>GRAVE</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> | ASSENTE | INCERTO | LIEVE | MODERATO | MARCATO | GRAVE | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ASSENTE | INCERTO | LIEVE | MODERATO | MARCATO | GRAVE | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | | | |
| PIATTEZZA O OTTUNDIMENTO AFFETTIVO | | | | | | | | | | | | | |
| 1 - MIMICA FISSA Il volto del p. appare legnoso, cambia in misura minore di quello che ci si aspetterebbe al variare del contenuto emozionale del discorso | 0 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | | |
| 2 - MOVIMENTI SPONTANEI DIMINUITI Il p. mostra pochi o nessun movimento spontaneo, non cambia posizione né muove gli arti, ecc. | 0 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | | |
| 3 - DIMINUIZIONE DELLA GESTICA Il p. non si serve dei movimenti delle mani, della posizione del corpo, ecc., come ausilio all'espressione delle sue idee | 0 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | | |
| 4 - SCARSO CONTATTO VISIVO Il p. evita il contatto visivo o guarda nel vuoto anche quando sta parlando | 0 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | | |
| 5 - NON RISPONDEZZA EMOTIVA Il p. non ride o non sorride quando stimolato | 0 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 - AFFETTIVITÀ INADEGUATA L'affettività del p. è inadeguata o incongrua, non semplicemente piatta od ottusa | 0 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | | |
| 7 - MANCANZA DI INFLESSIONE VOCALE Il p. non mostra i normali modelli di enfasi vocale, è spesso monotono | 0 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | | |
| 8 - VALUTAZIONE GLOBALE DELL'OTTUNDIMENTO AFFETTIVO Questa valutazione dovrebbe focalizzarsi sul grado di gravità dei sintomi, specialmente la non rispondenza, il contatto visivo, l'espressione del volto e l'inflessione vocale | 0 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | | |
| ALOGIA | | | | | | | | | | | | | |
| 9 - POVERTÀ DI ELOQUIO Le risposte del p. sono nel complesso stringate e tendono ad essere concrete e non elaborate | 0 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | | |
| 10 - POVERTÀ DI CONTENUTO DELL'ELOQUIO Le risposte del p. sono nel complesso adeguate, ma tendono ad essere vaghe, troppo concrete o troppo generalizzate, e introducono poche informazioni | 0 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | | |
| 11 - BLOCCO Il p. riferisce, sia spontaneamente che dopo precisa domanda, che il corso del suo pensiero si è interrotto | 0 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | | |
| 12 - AUMENTATA LATENZA DI RISPOSTA Il p. ha bisogno di un tempo più lungo per le risposte; la risposta dopo sollecitazione indica che il p. è consapevole della domanda | 0 1 2 3 4 5 | | | | | | | | | | | | |

| | ASSENTE | INCERTO | LIEVE | MODERATO | MARCATO | GRAVE |
|---|---------|---------|-------|----------|---------|-------|
| 13 - VALUTAZIONE GLOBALE DELL'ALOGIA Le caratteristiche centrali dell'alogia sono la povertà di eloquio e la povertà di contenuto | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ABULIA - APATIA | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 - PULIZIA PERSONALE ED IGIENE Gli abiti del p. possono essere inusuali o sciatti ed il p. può emanare cattivo odore o avere i capelli untuosi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 - INCOSTANZA DI RENDIMENTO AL LAVORO O A SCUOLA Il p. ha difficoltà a trovare o a mantenere un impiego, a completare un lavoro scolastico, a tenere in ordine la casa, ecc. Se è un p. ricoverato, può non essere costante nelle attività di corsia come guardare la TV, giocare a carte, ecc. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 - ANERGIA FISICA Il p. tende ad essere fisicamente inerte. Può restare seduto per ore senza iniziare alcuna attività spontanea | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 - VALUTAZIONE GLOBALE DELL'ABULIA - APATIA Deve essere dato grande peso ad uno o due sintomi preminenti solo se particolarmente singolari | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ANEDONIA - ASOCIALITÀ | | | | | | |
| 18 - INTERESSI ED ATTIVITÀ RICREATIVE Il p. può avere pochi o nessun interesse. Dovrebbero essere considerati sia la quantità che la qualità degli interessi | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 - ATTIVITÀ SESSUALE Il p. mostra un decremento degli interessi e delle attività sessuali, o della capacità di godere | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 - CAPACITÀ DI PROVARE INTIMITÀ E RISERVATEZZA Il p. può manifestare un'incapacità a intrecciare rapporti stretti o intimi, specialmente con persone del sesso opposto e con familiari | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 - RAPPORTI CON AMICI E COLLEGHI Il p. può avere pochi o nessun amico e può preferire trascorrere tutto il suo tempo da solo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 - VALUTAZIONE GLOBALE DELL'ANEDONIA - ASOCIALITÀ Questa valutazione dovrebbe riflettere la gravità globale, tenendo conto dell'età del p., del suo stato civile, ecc. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ATTENZIONE | | | | | | |
| 23 - SCARSO COINVOLGIMENTO SOCIALE Il p. appare disinteressato e non coinvolto, sembra "tra le nuvole" | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 - DISATTENZIONE DURANTE LO SVOLGIMENTO DEI TEST MENTALI | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 - VALUTAZIONE GLOBALE DELL'ATTENZIONE Questa valutazione dovrebbe stabilire la capacità di concentrazione del p., sia dal punto di vista clinico che attraverso i test | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1.2.5 SCALA SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms)

Publicata solo pochi anni dopo la SANS la SAPS è la scala che valuta i sintomi positivi. Gli items della SAPS sono però trentaquattro e sono raggruppati in quattro cluster o domini (allucinazioni, deliri, anomalie del comportamento e disturbi formali positivi del pensiero). Come per la SANS anche per la SAPS è richiesta una valutazione globale dei singoli cluster.

Comune ad entrambi questi strumenti vi è l'elevato grado di affidabilità e validità, risultati molto buoni, sia per consistenza interna sia per il test- retest.

**SCALE FOR THE ASSESSMENT OF POSITIVE SYMPTOMS
SAPS - # 315**

Cognome e Nome..... Data di nascita.....

Codice Paziente..... Valutatore..... Data valutazione.....

| | ASSENTE | INCERTO | LIEVE | MODERATO | MARCATO | GRAVE |
|---|---------|---------|-------|----------|---------|-------|
| ALLUCINAZIONI | | | | | | |
| 1 - ALLUCINAZIONI UDITIVE Il p. riferisce voci, rumori o suoni che nessun altro può udire | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 - VOCI CHE COMMENTANO Il p. riferisce una voce che commenta il suo comportamento o i suoi pensieri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 - VOCI DIALOGANTI Il p. racconta di udire due o più voci che parlano tra loro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 - ALLUCINAZIONI TATTILI O SOMATICHE Il p. riferisce di esperienze particolari sensazioni corporee | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 - ALLUCINAZIONI OLFATTIVE Il p. riferisce di avvertire odori inusuali che nessun altro nota | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 - ALLUCINAZIONI VISIVE Il p. vede ombre o persone che non sono effettivamente presenti | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 - VALUTAZIONE GLOBALE DELLE ALLUCINAZIONI Questa valutazione dovrebbe essere basata sulla durata e sulla gravità delle allucinazioni e sui loro effetti sulla vita del p. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| DELIRI | | | | | | |
| 8 - DELIRI DI PERSECUZIONE Il p. crede di essere oggetto di una cospirazione o di essere perseguitato | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 - DELIRI DI GELOSIA Il p. crede che il coniuge abbia una relazione con qualcuno/a | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 - DELIRI DI PECCATO O DI COLPA Il p. crede di aver commesso un terribile peccato o di aver fatto qualcosa di tremendo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 - DELIRI DI GRANDEZZA Il p. è convinto di avere abilità o poteri speciali | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 - DELIRI RELIGIOSI Il p. è preoccupato da falsi convincimenti di natura religiosa | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 - DELIRI SOMATICI Il p. crede che il suo corpo sia anormale, anormale o cambiato | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 - DELIRI DI RIFERIMENTO Il p. è convinto che segni o eventi casuali si riferiscano a lui o abbiano uno speciale significato | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 - DELIRI DI CONTROLLO Il p. avverte che i suoi sentimenti o le sue azioni sono controllate da una forza esterna | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 - DELIRI DI LETTURA DEL PENSIERO Il p. ha l'impressione che la gente possa leggere nella sua mente o conoscere i suoi pensieri | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | ASSENTE | INCERTO | LIEVE | MODERATO | MARCATO | GRAVE |
|---|---------|---------|-------|----------|---------|-------|
| 17 - TRASMISSIONE DEL PENSIERO Il p. crede che i suoi pensieri siano trasmessi via radio così che egli stesso o altri possano udarli | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 - INSEZIONE DEL PENSIERO Il p. crede che pensieri non propri siano stati inseriti nella sua mente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 - FURTO DEL PENSIERO Il p. crede che i pensieri siano portati via dalla sua mente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 - VALUTAZIONE GLOBALE DEI DELIRI Questa valutazione dovrebbe basarsi sulla durata e la persistenza dei deliri e sul loro effetto sulla vita del p. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ANOMALIE DEL COMPORTAMENTO | | | | | | |
| 21 - INDUMENTI E ASPETTO Il p. si veste in modo inusuale o fa qualche altra stranezza per alterare il suo aspetto, | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 - COMPORTAMENTO SOCIALE E SESSUALE Il p. può compiere azioni considerate inappropriate rispetto alle usuali norme sociali (es. masturbarsi in pubblico) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 - COMPORTAMENTO AGGRESSIVO E AGITATO Il p. può comportarsi in modo aggressivo spesso imprevedibilmente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 - COMPORTAMENTO RIPETITIVO O STEREOTIPATO Il p. si produce in una serie di azioni ripetitive o rituali che deve compiere costantemente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 - VALUTAZIONE GLOBALE DELLE ANOMALIE DEL COMPORTAMENTO La valutazione dovrebbe considerare il tipo di comportamento e la misura di quanto devia dalle norme sociali | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| DISTURBI FORMALI POSITIVI DEL PENSIERO | | | | | | |
| 26 - DERAGLIAMENTO Un tipo di elquio nel quale le idee deragliano verso altre idee correlate in modo obbligato o non correlate | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 - TANGENZIALITÀ Consiste nel rispondere ad una domanda con una risposta indiretta o irrilevante | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 - INCOERENZA Un tipo di elquio a volte essenzialmente incomprensibile | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 - ILLOGICITÀ Un tipo di elquio nel quale le conclusioni raggiunte non seguono un filo logico | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30 - CIRCOSTANZIALITÀ Un tipo di elquio molto indiretto e differito nel raggiungere l'obiettivo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31 - LINGUAGGIO LONGORRICO L'elquio è rapido e difficile da interrompere. Nel complesso il discorso è più lungo del normale | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32 - ELOQUIO FACILMENTE DISTRAIBILE Il p. è distratto da stimoli provenienti dalle vicinanze che interrompono il corso dell'elquio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33 - ASSONANZA Un tipo di elquio nel quale il suono piuttosto che il significato guida la scelta delle parole | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34 - VALUTAZIONE GLOBALE DEI DISTURBI FORMALI POSITIVI DEL PENSIERO Questa valutazione dovrebbe riflettere la frequenza dell'anormalità ed il grado in cui essa inabita la capacità di comunicazione del p. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

1.2.6 SCALA SARN (Summary of Assessment Risk and Need)

La scala SARN è stata sviluppata dal Care Pathways and Packages Project (CPPP) per effettuare una valutazione e adeguare la risposta del Servizio sulla base dei bisogni individuali.

La scala SARN è composta all'origine da 27 items, dei quali ne sono stati selezionati 5 considerati maggiormente decisivi nel determinare il profilo dell'utente e in modo da non "appesantire" e alterare la praticità di uso della HoNOS.

Gli items della scala SARN prendono in considerazione lo storico della persona assistita.

- A. Agitated behaviour\expansive mood
- B. Repeat self-harm
- C. Safeguarding other children and vulnerable dependant adults
- D. Engagement
- E. Vulnerability

Scale A-E: punteggi da 0 assente a 4 molto grave (9 se non noto)

- A. Comportamento agitato/elevazione dell'umore (storico) comportamenti che causano interferenza sul funzionamento o ruolo sociale, aggressività, umore elevato; includere eccessiva irritabilità, irrequietezza, atti intimidatori, osceni, aggressività verso persone, animali, cose; considerare ogni causa (sostanze, alcool, demenza, psicosi etc.)
- B. Ripetuti comportamenti autolesivi (storico) valutare ripetuti atti autolesivi finalizzati alla gestione di situazioni stressanti, emozioni, contesti interpersonali, o volte a produrre una mutilazioni per qualsiasi ragione; includere diverse modalità (ferite da taglio, bruciature, traumi, avvelenamenti etc); escludere episodi accidentali o dovuti a insufficienza mentale-demenza; non includere episodi direttamente conseguenti ad uso di alcool-sostanze: complicanze lungo termine (i.e. cirrosi) o episodi occorsi durante intossicazione acuta; escludere gesti con finalità chiaramente auto soppressiva

- C. Impatto su individui vulnerabili (storico) valutare l'impatto del disturbo mentale o del comportamento dell'assistito sulla sicurezza o il benessere generale di soggetti vulnerabili di qualsiasi età; includere soggetti che hanno accesso o significativi contatti con minori o adulti vulnerabili, escludere il rischio riferito alla popolazione generale valutato in scala A
- D. Aderenza/partecipazione al progetto (storico) Valutare la motivazione individuale, la consapevolezza di malattia, la disponibilità a ricevere cure, l'atteggiamento verso il personale che presta assistenza; includere la capacità, la volontà e la motivazione a partecipare al percorso terapeutico, di condividere obiettivi personalizzati, di presentarsi agli appuntamenti; escludere impedimenti legati alla sfera cognitiva, dovuti a fase acuta di malattia o impossibilità pratiche che limitano l'accesso a cure.
- E. Vulnerabilità dell'assistito (storico) Valutare l'incapacità di mettersi autonomamente in sicurezza e proteggersi dal mettere a rischio la propria salute, sicurezza o benessere in generale; includere possibili rischi di molestie, abuso, sfruttamento sia di tipo fisico, sessuale, emotivo e finanziario; escludere problemi legati a difficoltà nell'aderenza al progetto terapeutico

| | | | | | | |
|----------|---|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| A | Agitated behaviour/expansive mood | | | | | |
| B | Repeat self-harm | | | | | |
| C | Safeguarding other children and vulnerable dependant adults | | | | | |
| D | Engagement | | | | | |
| E | Vulnerability | | | | | |

1.2.7 SCALA HAMILTON-D (Hamilton Depression – Rating Sale)

Questa è la scala più conosciuta e utilizzata nell'approccio al soggetto affetto da depressione, sebbene non ne sia uno strumento diagnostico apposito. Resta comunque uno strumento estremamente adatto a valutare quantitativamente la gravità dei sintomi depressivi, nonché a documentarne le modificazioni, ad esempio a seguito di un trattamento. Viene impiegata nella valutazione dei soggetti adulti con sintomatologia depressiva di qualunque tipologia sia.

Inizialmente costituita da diciassette items è stata successivamente estesa a ventuno. Questi sono valutati dall'operatore secondo differenti livelli di gravità: alcuni su una scala a 5 punti, altri su una scala a 4 punti e i rimanenti su una scala a 3 punti. Ciò che viene prevalentemente indagato sono i correlati fisiologici della depressione, predominanti nella forma grave, perciò appare uno degli strumenti più efficaci nella valutazione della depressione grave.

Data l'eterogeneità degli items il punteggio totale non è espressione della gravità della depressione, quanto piuttosto la sua pervasività. Si definisce solitamente una depressione grave qualora la somma dei primi 17 items, nonché quelli definiti tipici della depressione, è: ≥ 25 che indica depressione grave; da 18 a 24 che indica depressione moderata; da 8 a 17 che indica depressione lieve e \leq che invece indica assenza di depressione.

Sono state proposte diverse fattorializzazioni (ovvero suddivisioni in diversi sottogruppi o microaree) della scala, di cui la più utilizzata è quella a sei fattori: ansia/somatizzazione; peso; disturbi cognitivi; variazioni diurne; rallentamento; disturbi del sonno.

Scala di HAMILTON per la depressione

| Sintomi | Punteggio | | | | |
|---|------------------------------------|---|---|---|--|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| UMORE DEPRESSO | Per niente | Manifesto questi sentimenti solo se mi viene chiesto | Ne parlo spontaneamente | Comunico questi sentimenti attraverso l'espressione del volto, la posizione del corpo, la voce e la tendenza a pianto | Manifesto questi sentimenti mediante messaggi sia verbali che non verbali |
| SENTIMENTI DI COLPA | Per niente | Auto accusa, penso di avere deluso la gente | Idee di colpa o ripensamenti su errori passati o su azioni peccaminose | Penso che l'attuale malattia sia una punizione. Deliri di colpa | Odo voci di accusa o di denigrazione e/o ho esperienze allucinatorie visive a contenuto minaccioso |
| SUICIDIO | Per niente | Penso che la vita non vaga la pena di essere vissuta | Vorrei essere morto o penso alla possibilità di suicidarmi | Ho idee di suicidio | Ho tentato il suicidio (ogni serio tentativo di suicidio deve essere valutato "4") |
| INSONNIA INIZIALE | Non ho difficoltà ad addormentarmi | Talvolta ho difficoltà ad addormentarmi (p.e. mi occorre più di mezz'ora) | Ho sempre difficoltà ad addormentarmi | | |
| INSONNIA CENTRALE | Non mi sveglio durante la notte | Sono diventato irrequieto durante la notte | Mi sveglio durante la notte – segnare 2 se ti alzi dal letto (a meno che non sia per urinare) | | |
| INSONNIA RITARDATA | Nessuna difficoltà | Risvegli precoci | Incapacità di riaddormentarsi se si alza | | |
| LAVORO E ATTIVITA' | Nessuna difficoltà | Pensiero e senso di incapacità, astenia | Perdita di interesse nelle attività professionali e di svago | Diminuzione del tempo di attività e produttività | Ha interrotto il suo lavoro a causa della malattia |
| RALLENTAMENTO (IDEOMOTORIO, LINGUAGGIO, DIFFICOLTA' A CONCENTRARI) | Assente | Leggero rallentamento ai contatti | Manifesto rallentamento ai contatti | Contatto difficile | Stupore |
| AGITAZIONE | Assente | Gioca con le mani, i capelli ecc. | Si torce le mani, mangia le unghie, si strappa i capelli, si morde le labbra | | |
| ANSIA PSICHICA | Assente | Tensione soggettiva e irritabilità | Si preoccupa per problemi minori | Inquietudine, che appare dall'espressione del viso e del linguaggio | Pianto senza ragione |

1.2.8 SCALA HONOS

Nel 1993 il Department of Health inglese, nell'ambito del progetto "Health of the Nation" si propose come principale obiettivo "il miglioramento significativo della salute e del funzionamento sociale dei soggetti con patologia mentale". Fu così che la Research Unit del Royal College of Psychiatrists sviluppò la Honos. Questa scala risponde a diversi requisiti:

- Essere breve e semplice, tanto da poter rientrare nell'uso routinario anche da personale paramedico;
- Essere accettabile non solo dallo psichiatra ma anche dal personale paramedico;
- Coprire gli aspetti clinici e sociali;
- Essere sensibile al miglioramento, al peggioramento e alla mancanza di modificazioni cliniche nel corso del tempo;
- Essere affidabile;
- Avere una validità paragonabile alle scale più ampiamente diffuse;
- Contenere alcuni indicatori utilizzabili in sede locale o nazionale a fini amministrativi.

Questa scala rappresenta un innovativo strumento di valutazione. Ampiamente utilizzata nella valutazione dei soggetti adulti in contatto con i servizi psichiatrici, la scala valuta i risultati del trattamento dei disturbi mentali e deve essere utilizzata al primo contatto, quindi, successivamente ad intervalli possibilmente tali da consentire il confronto fra più soggetti. Le valutazioni dovrebbero essere effettuate sempre dallo stesso valutatore.

Originariamente sviluppata per essere una scheda eterovalutativa ne è stata sviluppata una seconda versione più propensa all'autovalutazione somministrata tramite, ad esempio, computer. La scala inoltre non è strutturata come un'intervista clinica, ma può essere compilata dopo una semplice intervista routinaria con il soggetto. Resta comunque il fatto che per ottenere informazioni utili alla valutazione possono essere utilizzate tutte le fonti possibili.

Per la prima valutazione devono essere prese in considerazione le ultime due settimane ma, se i problemi maggiori sono insorti in un periodo precedente, è opportuno prenderli

in considerazione nella valutazione. Le successive valutazioni invece sono in funzione del tipo di patologia o comunque a intervalli tali da favorire il confronto tra gli assistiti.

La scala, nella sua versione classica, è costituita da dodici items che coprono quattro aree: esperienze psichiatriche soggettive che disturbano o limitano il soggetto (come la depressione, l'ansia, le allucinazioni e le preoccupazioni); deficit delle funzioni di base (come il rallentamento psicomotorio e le compromissioni significative e fisiche con i loro effetti diretti sul funzionamento dell'individuo); problemi comportamentali che hanno un impatto significativo sul soggetto e/o sugli altri (come la violenza auto e/o eterodiretta); problemi comportamentali che possono limitare l'autonomia funzionale che il soggetto potrebbe potenzialmente raggiungere.

Nel dettaglio gli item presi in esame dalla scala possono così essere riassunti:

- Comportamento iperattivo, aggressivo, clastico o agitato: si valutano questi comportamenti indipendentemente dalla causa. In questo step non si valuta il comportamento bizzarro, che invece viene valutato al sesto item;
- Automutilazioni non accidentali: non si prendono in considerazione in questo item le automutilazioni accidentali e i problemi cognitivi, valutati rispettivamente ai punti 4 e 5. Non si includono nemmeno le malattie o i traumatismi dovuti all'effetto di alcool e droghe, valutati al terzo punto;
- Problemi legati all'assunzione di alcool e di sostanze: non si include il comportamento aggressivo/distruittivo dovuto all'alcool o alle sostanze, valutato invece al primo punto né malattie fisiche o invalidità dovute all'uso di alcool e sostanze, valutate al quinto punto;
- Problemi cognitivi: includono problemi di memoria, di orientamento e di comprensione, indipendentemente dal disturbo da cui dipendono. Non si includono i problemi transitori da uso di alcool e droghe, valutati al terzo punto;
- Malattie fisiche o problemi di invalidità: si includono malattie o invalidità di qualsiasi natura che limitano o impediscono il movimento, o compromettono la vista, l'udito o interferiscono in qualche modo con il funzionamento del soggetto. Si includono gli effetti collaterali dei trattamenti, gli effetti di droghe e

alcool ma non si includono problemi mentali. Questi ultimi vengono valutati al quarto item;

- Problemi associati ad allucinazioni e deliri: si includono allucinazioni e deliri indipendentemente dalla causa, comportamenti strani e bizzarri associati a deliri ed allucinazioni, ma non si includono comportamenti iperattivi e aggressivi valutati nel primo item;
- Problemi di umore depresso: non si includono iperattività o agitazione, valutati nel primo item, idee e tentativi di suicidio, valutati nel secondo item, né deliri e allucinazioni, valutati nel sesto item;
- Altri problemi psichici e comportamentali: si valuta solo il problema clinico più grave non considerato negli item 6 e 7;
- Problemi nei rapporti interpersonali: si valuta il problema più grave dell'assistito associato a ritiro, attivo o passivo, dai rapporti sociali, e/o con rapporti non supportivi, distruttivi o autolesionistici;
- Problemi nelle attività della vita quotidiana: si valuta il livello generale di funzionamento nelle attività della vita quotidiana, si include ogni mancanza di motivazione per utilizzare le opportunità di autoaiuto (poiché questo contribuisce a ridurre il livello generale di funzionamento), ma non si include la mancanza di opportunità per usare capacità e abilità integre, che invece viene valutato negli item 11 e 12;
- Problemi nelle condizioni di vita: si valuta il livello generale dei problemi connessi alle condizioni basali di vita ed alla routine familiare quotidiana. Non si valuta il grado di invalidità di per sé, che invece viene valutato al decimo item;
- Problemi nelle attività occupazionali e ricreative: si valuta il livello generale dei problemi relativi alla qualità delle condizioni ambientali quotidiane, ad esempio se ci sono supporti per far fronte alle disabilità, e opportunità per mantenere o migliorare le capacità e le attività occupazionali e ricreative. Si considerano fattori come lo stigma sociale, la mancanza di operatori qualificati e l'accesso alle strutture di supporto.

La gravità è espressa attraverso una scala che va da 0 a 4. 0 corrisponde all'assenza di problemi in quel determinato settore, mentre 4 rappresenta invece la massima gravità. Un'eventuale mancanza di informazioni è segnata come "9".

Il punteggio totale ottenuto riflette generalmente la gravità globale. Per ogni item è fornita un'esauriente spiegazione di ciò che deve essere e non deve essere valutato. La diagnosi clinica deve comunque essere specificata per la completezza delle informazioni.

Numerose ricerche e numerosi studi ne hanno documentato un'eccellente validità, un'ottima sensibilità al cambiamento ed una elevata affidabilità.

| HEALTH OF THE NATION OUTCOME SCALES | |
|--|-----------------------|
| HoNOS - # 348 | |
| Cognome e Nome..... | Data di nascita..... |
| Codice Paziente..... | Valutatore..... |
| | Data valutazione..... |
| 1. Comportamento iperattivo, aggressivo, elastico o agitato (0-4) | — |
| 2. Automutilazioni non accidentali (0-4) | — |
| 3. Problemi legati all'assunzione di alcol o di sostanze (0-4) | — |
| 4. Problemi cognitivi (0-4) | — |
| 5. Malattie fisiche o problemi di invalidità (0-4) | — |
| 6. Problemi associati ad allucinazioni e deliri (0-4) | — |
| 7. Problemi di umore depresso (0-4) | — |
| 8. Altri problemi psichici e comportamentali (0-4) | — |
| Specificare il disturbo (A-J) | — |
| <i>A - Fobie; B - Ansia; C - Ossessioni-compulsioni; D - Tensione/ logorio psichico;</i> | |
| <i>E - Dissociazione; F - Disturbi somatoformi; G - Alimentazione; H - Sonno;</i> | |
| <i>I - Sessuali; J - Altro (specificare)</i> | |
| 9. Problemi nei rapporti interpersonali (0-4) | — |
| 10. Problemi nelle attività della vita quotidiana (0-4) | — |
| 11. Problemi nelle condizioni di vita (0-4) | — |
| 12. Problemi nelle attività occupazionali e ricreative (0-4) | — |
| Punteggio totale: 0-48 | — |
| Sede della valutazione (1-7) | — |
| <i>1 - Strutt. per acuti; 2 - Strutt. per cronici; 3 - Day hospital; 4 - Centro diurno;</i> | |
| <i>5 - Ambulatorio; 6 - Domicilio; 7 - Altro (specificare)</i> | |
| Diagnosi primaria (1-7) | — |
| <i>0 - Demenza; 1 - Abuso di alcol/farmaci/sostanze; 2 - Schizofrenia/deliri;</i> | |
| <i>3 - Disturbo dell'umore; 4 - Nevrosi/ansia; 5 - Disturbi alimentari/ del sonno/sessuali; 6 - Disturbi di personalità; 7 - Altro (specificare)</i> | |

1.2.9 SCALA HONOS ROMA

Strettamente collegata alla HONOS, e da cui trova fondamento, è stata sviluppata dal Professor Morosini nel 2004. La diretta innovazione di questa più recente versione risiede nell'aggiunta di ulteriori sei items che permettono di avere una visione a 360 gradi dell'assistito, valutando anche l'ambiente a lui circostante. Questa versione ha trovato ampia applicazione nell'ambito del progetto PROGRESS nelle strutture residenziali promosso e coordinato dallo stesso Istituto Superiore di Sanità.

Come nella versione "classica" la compilazione può essere effettuata a seguito di un'intervista con il soggetto e le informazioni possono essere ricavate anche da conoscenze provenienti da fonti differenti come familiari, conoscenti, caregiver e altri collaboratori del servizio. Per i soggetti persi di vista o addirittura deceduti è possibile fare riferimento alle condizioni rilevate nell'ultimo incontro.

Nel dettaglio gli item presi in esame dalla scala possono così essere riassunti:

1. Pensieri e comportamenti autolesivi: non si considerano in questo step traumi accidentali dovuti, ad esempio, a demenza o grave ritardo mentale o traumi e patologie susseguite all'assunzione di droghe e/o alcool;
2. Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi ed agitati: comprende anche comportamenti osceni, indipendentemente dalla causa dei comportamenti la gravità aumenta passando dall'aggressività verbale a quella fisica verso gli oggetti, animali e persone;
3. Abuso di alcool e droghe o altre dipendenze, ad esempio gioco d'azzardo: non si considera il fumo di tabacco né, in questo step, i comportamenti aggressivi e distruttivi dovuti all'effetto di alcool e droghe;
4. Memoria, orientamento, comprensione e disorganizzazione del pensiero: si considerano tutti i problemi di questo tipo associati con condizioni patologiche psichiche e organiche o anche i possibili effetti collaterali di psicofarmaci. In questo step non vengono presi in considerazione i postumi temporanei di eccessi quali bere o consumo di droghe;
5. Problemi (organici/fisici/somatici): si considerano problemi fisici che limitano o impediscono i movimenti o compromettono la vista, l'udito o limitano l'energia,

la resistenza e le funzionalità fisiche. Comprende anche gli effetti collaterali somatici dei farmaci, quelli a lungo termine dell'abuso di alcool e droghe e menomazioni fisiche dovuti ad incidenti, qualsiasi sia stata la causa;

6. Allucinazioni e deliri: indipendentemente dalla causa si considerano strani, bizzarri, associati a deliri ma non, in questo step, i comportamenti aggressivi e iperattivi;
7. Umore depresso;
8. Altra sintomatologia psichica: si prende in esame il più grave dei disturbi psichici presi in esame nel punto 6 e 7;
9. Relazioni coi familiari, il partner e eventuali conviventi in appartamenti assistiti: valutare il tipo di rapporto coi familiari e col partner;
10. Relazioni sociali: si possono considerare qui i rapporti coi colleghi in residenze o centri riabilitativi;
11. Autonomia nella vita quotidiana: si considera solo la mancanza di autonomia dovuta a problemi psichici o di ritardo mentale;
12. Lavoro, studio e attività lavoro equivalenti: si prende in considerazione se e con che rendimento il soggetto lavora o svolge un lavoro domestico. Se non lavora si può prendere in considerazione lo svolgimento di attività utili a familiari, amici, vicini e al contesto sociale in cui vive.
13. Condizioni finanziarie e abitative: si considera se il soggetto dispone di denaro sufficiente e se l'abitazione è adeguata per l'illuminazione diurna, riscaldamento, manutenzione e l'eventuale isolamento dell'abitazione stessa;
14. Carico familiare: si considerano spese, perdite di reddito, rinunce dei familiari a fare cose che avrebbero potuto fare se il soggetto non soffrisse del disturbo e depressione e ansia dei familiari a causa della presenza del soggetto;
15. Opportunità ambientali nella zona in cui abita il soggetto: si considerano l'accessibilità dei servizi sociali, ricreativi, culturali, attività di associazioni di volontariato, atteggiamento di tolleranza e sostegno, o paura e rifiuto della popolazione nei confronti delle persone con disturbi psichici, possibilità di occupazione, sicurezza nei confronti di furti e di altri reati, ecc.

16. Disponibilità e possibilità dei familiari a collaborare con l'assistito;
17. Gravosità del soggetto: si valutano i rapporti che il soggetto ha con gli operatori;
18. Capacità di collaborazione da parte della persona e sue capacità di definire obiettivi ed impegnarsi a raggiungerli.

La gravità è espressa attraverso una scala che va da 0 a 4. 0 corrisponde all'assenza di problemi in quel determinato settore, mentre 4 rappresenta invece la massima gravità. Un'eventuale mancanza di informazioni è segnata come "9".

Il punteggio totale ottenuto riflette generalmente la gravità globale. Per ogni item è fornita un'esauriente spiegazione di ciò che deve essere e non deve essere valutato. La diagnosi clinica deve comunque essere specificata per la completezza delle informazioni.

Numerose ricerche e numerosi studi ne hanno documentato un'eccellente validità, un'ottima sensibilità al cambiamento ed una elevata affidabilità.

La scala va compilata in sequenza dal 1° al 18° item e non vanno tenute in considerazione le informazioni già valutate nei precedenti. Per l'attribuzione del punteggio si tiene poi conto del momento più grave nel periodo di riferimento che, solitamente consigliato, è di quattordici giorni (ovvero le ultime due settimane) mentre per i ricoveri nelle SPDC sono da considerarsi i primi tre giorni e gli ultimi tre giorni di ricovero.

HoNOS - Roma

HoNOS-Roma. Versione modificata a partire dalla versione originale inglese (J.K. Wing, R.H. Curtis, A.S. Beevor - Royal College of Psychiatrists Research Unit) e dalla versione italiana (Lora et al., 2001). Istituto Superiore di Sanità - (2004)
Disegni di Piné, grafica di Luciano Galante e Simone Bolli

ISTRUZIONI PER LA CODIFICA

La compilazione va effettuata sulla base di tutte le informazioni disponibili; le informazioni mancanti possono essere chieste al paziente, ai familiari, ad altri colleghi. In caso di pazienti persi di vista o deceduti, fare riferimento alle condizioni dell'ultimo incontro. Per P si intende la persona valutata.

Dare un punteggio a ciascuna scala in sequenza dalla 1° alla 18°, decidendo nella prima compilazione se sono pertinenti e importanti per P. In questo caso barrare SI, sotto Monitoraggio. Gli ultimi 3 item sono sperimentali e ancora da validare.

Non tenere conto delle informazioni già considerate nelle scale precedenti.

In ciascuna scala, tenere conto per l'attribuzione del punteggio del momento più grave nel periodo di riferimento. Il periodo di riferimento consigliato ma non obbligatorio, è 14 giorni (ultime 2 settimane), per i ricoveri in SPDC (vedi primi 3 giorni e gli ultimi 3 giorni di ricovero). Il significato generale dei codici è:

0= problemi assenti

1= problemi lievi, cioè noti solo a chi conosce la persona e senza conseguenze pratiche apprezzabili

2= problemi evidenti ma non gravi, cioè noti anche a chi conosce solo superficialmente la persona e con conseguenze apprezzabili ma che non compromettono se non in minima parte la qualità di vita

3= problemi gravi, come in 2, con compromissione marcata ma non totale della qualità di vita e del funzionamento sociale

4= problemi molto gravi, come in 3, con compromissione totale o quasi totale della qualità di vita e del funzionamento sociale

NV= (Non Valutabile) sotto il riquadro, se non si riesce ad avere informazioni sufficienti

Le scale sono predisposte per 6 compilazioni successive. Per ciascuna compilazione, fare una piccola croce nell'ambito del livello corrispondente alla condizione del paziente, più o meno verso l'alto o verso il basso a seconda che la situazione sia più o meno vicina al livello superiore o inferiore. Se si decide di cambiare decisione relativamente al Monitoraggio, cancellare la casella barrata e barrare l'altra, scrivendo accanto la data. Lo strumento va compilato per i nuovi utenti dei centri territoriali possibilmente al terzo incontro; in SPDC in seconda o terza giornata.

Ricordarsi, per ogni compilazione, di scrivere in Informazioni di Base la data, il Centro o Unità Operativa, la Diagnosi, la Sigla dell'operatore responsabile della qualità della compilazione. I codici per la diagnosi, secondo la classificazione prescelta, possono essere messi in un secondo tempo.

Ripartire una sola volta la diagnosi, a meno che non venga modificata.

INFORMAZIONI DI BASE

Spazio per l'etichetta paziente

A) Azienda _____

B) Nome e cognome _____
(se non etichetta)

a) N° compilazione ^{1.1} _____
b) Data _____
c) Centro o U.O. _____
d) Sigla operatore _____
e) Diagnosi _____

a) N° compilazione ^{2.1} _____
b) Data _____
c) Centro o U.O. _____
d) Sigla operatore _____
e) Diagnosi _____

a) N° compilazione ^{3.1} _____
b) Data _____
c) Centro o U.O. _____
d) Sigla operatore _____
e) Diagnosi _____

a) N° compilazione ^{4.1} _____
b) Data _____
c) Centro o U.O. _____
d) Sigla operatore _____
e) Diagnosi _____

a) N° compilazione ^{5.1} _____
b) Data _____
c) Centro o U.O. _____
d) Sigla operatore _____
e) Diagnosi _____

a) N° compilazione ^{6.1} _____
b) Data _____
c) Centro o U.O. _____
d) Sigla operatore _____
e) Diagnosi _____

Monitoraggio

SI NO

1. Pensieri o comportamenti deliberatamente autolesivi (nel periodo di riferimento)

Non considerare qui i traumi accidentali, dovuti ad esempio a demenza o a grave ritardo mentale (i problemi di comprensione sono presi in considerazione nella scala 4) e i traumi e le patologie conseguenti agli effetti diretti di alcool e di droghe (ad esempio cirrosi del fegato o trauma conseguente al bere), che vengono presi in esame nella scala 5.

| | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° |
|---|----|----|----|----|----|----|
| 0 | ✓ | | | | | |
| 1 | | ✓ | | | | |
| 2 | | | ✓ | | | |
| 3 | | | | ✓ | | |
| 4 | | | | | ✓ | |



0. Nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato

1. Rischio lieve. Pensieri passeggeri di farla finita ma senza reale convinzione; pensieri anche protratti di procurarsi una lesione, ma nessun gesto autolesivo.

2. Rischio di modesta entità. Ha pensato più volte e/o a lungo ad uccidersi, ma senza progettare in dettaglio il suicidio; e/o ha compiuto gesti autolesivi non pericolosi e non menomanti, ad esempio si è spento le cicche sulle mani, si è fatto taglietti ai polsi.

3. Rischio evidente. Ha progettato il suicidio in dettaglio e/o ha compiuto degli atti preparatori, ad esempio ha immagazzinato pillole e/o ha commesso un tentativo di suicidio più grave di quello del livello 2, ma ancora con scarse possibilità di riuscita.

4. Tentativo di suicidio serio, con pericolo evidente di riuscita, e/o gesto autolesivo intenzionale grave con esito in menomazione o con evidente pericolo di menomazione.

| Monitoraggio | | 2A. Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi ed agitati (nel periodo di riferimento) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|----|
| SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Comprende anche i comportamenti osceni. Non importa quale è la causa dei comportamenti (ad esempio assunzione di droghe o alcol, psicosi, demenza, mania, depressione). La gravità aumenta passando dall'aggressività verbale a quella fisica verso gli oggetti a quella fisica verso animali e ancor più persone. Non considerare qui i comportamenti bizzarri, che sono presi in esame nella scala 6.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | <p>0. Assenza di problemi particolari durante il periodo considerato.</p> <p>1. Irritabilità esagerata, lügiosità, e/o irrequietezza, ma meno gravi che nei livelli successivi; anche espressioni di minaccia non ripetute (al massimo 2) e che non è probabile che portino all'atto.</p> <p>2. Espressioni di minaccia ripetute (gestuali e/o verbali); e/o atti di molestia fisica ripetuti che è molto improbabile che possano dare luogo a lesioni (ad esempio "prese" fisiche o spintoni); e/o danni di modesta entità alle cose (ad es. rottura di suppellettili o di vetri); e/o iperattività ed agitazione evidenti e prolungate, ma non particolarmente disturbanti per familiari, conviventi e amici e che il paziente riesce almeno in parte a controllare.</p> <p>3. Uno o più attacchi fisici a persone o animali, tali da avere causato o potere causare traumi non gravi (cioè con pochi giorni di prognosi, non più di 5); o danneggiamento di cose più grave che al livello 2 ma non tali da mettere in pericolo l'incolumità di persone o animali; atti osceni ripetuti, non presenti però nella maggior parte dei giorni; e/o iperattività evidentemente disturbante, non controllabile.</p> <p>4. Uno o più attacchi fisici più gravi a persone o animali; e/o comportamenti evidentemente minacciosi o osceni presenti nella maggior parte dei giorni; e/o atti evidentemente distruttivi e potenzialmente pericolosi per l'incolumità di persone e animali.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2A | <table border="1"> <tr><th>1°</th><th>2°</th><th>3°</th><th>4°</th><th>5°</th><th>6°</th></tr> <tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td></tr> </table> | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | <p>2B. Contesto del comportamento in esame: F = all'interno del contesto familiare; E = all'esterno. Barrare sia F sia E se in entrambi i contesti.</p> <p>2C. Natura dei comportamenti. Se codice diverso da zero, barrare nella casella 2C corrispondente il codice relativo alla natura del problema, secondo la seguente classificazione: Ip= Iperattività; Ap = Agitazione psicomotoria; Ag = Aggressività.</p> | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2B | <table border="1"> <tr><th>1°</th><th>2°</th><th>3°</th><th>4°</th><th>5°</th><th>6°</th></tr> <tr><td>F</td><td>F</td><td>F</td><td>F</td><td>F</td><td>F</td></tr> <tr><td>E</td><td>E</td><td>E</td><td>E</td><td>E</td><td>E</td></tr> </table> | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | F | F | F | F | F | F | E | E | E | E | E | E | <table border="1"> <tr><th>1p</th><th>1p</th><th>1p</th><th>1p</th><th>1p</th><th>1p</th></tr> <tr><td>Ap</td><td>Ap</td><td>Ap</td><td>Ap</td><td>Ap</td><td>Ap</td></tr> <tr><td>Ag</td><td>Ag</td><td>Ag</td><td>Ag</td><td>Ag</td><td>Ag</td></tr> </table> | | 1p | 1p | 1p | 1p | 1p | 1p | Ap | Ap | Ap | Ap | Ap | Ap | Ag | Ag | Ag | Ag | Ag | Ag |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F | F | F | F | F | F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E | E | E | E | E | E | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1p | 1p | 1p | 1p | 1p | 1p | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ap | Ap | Ap | Ap | Ap | Ap | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ag | Ag | Ag | Ag | Ag | Ag | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Monitoraggio | | 3A. Abuso di alcol o droghe o altre dipendenze, ad esempio gioco d'azzardo (nel periodo di riferimento) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Non considerare il fumo di tabacco; non considerare qui i comportamenti aggressivi e distruttivi dovuti all'effetto di alcol e di droghe già considerati nella scala 2; non considerare le malattie o le disabilità fisiche dovute all'effetto diretto di alcol o di droghe e a incidenti causati da alcol e droghe, di cui occorre invece tenere conto nel codificare la scala 5.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | <p>0. Nessun problema particolare legato all'assunzione di alcol e/o di droghe o ad altre dipendenze durante il periodo considerato.</p> <p>1. Qualche eccesso, ma assenza di problemi evidenti.</p> <p>2. Eccessi con conseguenze fisiche e psicologiche evidenti, ma non invalidanti; non dipendenza.</p> <p>3. Dipendenza probabile o certa (ha evidente e persistente "bramosia" per la sostanza, passa molto tempo a procurarsi la sostanza e/o sotto l'effetto della sostanza, assume la sostanza in quantità superiore o per più tempo di quanto avesse deciso, prende la sostanza per annullare gli effetti legati all'astinenza).</p> <p>4. Dipendenza completa (passa la stragrande maggioranza del tempo sotto l'effetto della sostanza o a cercare di procurarsela e riesce raramente ad occuparsi di altro).</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3A | <table border="1"> <tr><th>1°</th><th>2°</th><th>3°</th><th>4°</th><th>5°</th><th>6°</th></tr> <tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td></tr> </table> | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | <p>3B. Natura dell'agente. Se codice diverso da zero, scrivere il codice corrispondente alla natura dell'agente principale: A=alcol; M= morfina; E=eroina; C=cocaina; Z=gioco d'azzardo; P=polidipendenza; X=altro</p> | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3B | <table border="1"> <tr><th>1°</th><th>2°</th><th>3°</th><th>4°</th><th>5°</th><th>6°</th></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Monitoraggio | | 4A. Memoria, orientamento, comprensione e disorganizzazione del pensiero (nel periodo di riferimento) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
| SI | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Considerare tutti i problemi di questo tipo associati con condizioni patologiche psichiche e organiche (ad esempio con ritardo mentale, con demenza, con schizofrenia, ecc.), o anche i possibili effetti collaterali di psicofarmaci. Non considerare i postumi temporanei di eccessi nel bere o nel consumo di droghe, che sono presi in esame nella scala 3.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | <p>0. Nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato.</p> <p>1. Problemi lievi di memoria (ad esempio dimentica più della norma i nomi) o di comprensione.</p> <p>2. Problemi di memoria e di comprensione evidenti ma non gravi come nei livelli successivi, ad esempio si è perso in una località nota o non ha riconosciuto occasionalmente una persona a lui familiare; o qualche volta perplesso di fronte a decisioni semplici.</p> <p>3. Disorientamento marcato nel tempo, nello spazio e nel riconoscimento di persone ma non così gravi come in 4; o appare perplesso di fronte ad eventi di tutti i giorni; o il discorso è talora slegato e frammentario; o rallentamento del pensiero (basta la presenza di uno solo di questi problemi per dare il punteggio).</p> <p>4. Disorientamento o disorganizzazione del pensiero gravi, ad esempio sistematicamente è incapace di riconoscere i parenti più stretti o confonde i momenti della giornata o non si ricorda di aver mangiato; o i problemi di questo tipo sono tali da metterlo a rischio di incidenti; o i discorsi sono incomprensibili; o offuscamento grave dello stato di coscienza (basta la presenza di uno solo di questi problemi per dare il punteggio).</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4A | <table border="1"> <tr><th>1°</th><th>2°</th><th>3°</th><th>4°</th><th>5°</th><th>6°</th></tr> <tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td></tr> </table> | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | <p>4B. Natura del problema. Se codice diverso da zero, barrare il codice corrispondente alla natura del problema: D= disorganizzazione psicotica del pensiero; A= altro.</p> | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4B | <table border="1"> <tr><th>1°</th><th>2°</th><th>3°</th><th>4°</th><th>5°</th><th>6°</th></tr> <tr><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td><td>D</td></tr> <tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr> </table> | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | D | D | D | D | D | D | A | A | A | A | A | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | D | D | D | D | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A | A | A | A | A | A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Monitoraggio

5A. Problemi (organici/fisici/somatici) (nel periodo di riferimento)

SI NO

Considerare i problemi fisici che limitano o impediscono i movimenti, o compromettono la vista o l'udito, o limitano in altro modo l'energia, la resistenza e la funzionalità fisiche di P (P=persona in esame). Comprende gli effetti collaterali somatici dei farmaci; gli effetti a lungo termine dell'uso di alcool e droghe; le menomazioni fisiche conseguenti ad incidenti di qualunque causa, ecc. Non considerare i problemi di memoria e di orientamento presi in esame nella scala 4.



| | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 5A | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° |
| 0 | / | / | / | / | / | / |
| 1 | / | / | / | / | / | / |
| 2 | / | / | / | / | / | / |
| 3 | / | / | / | / | / | / |
| 4 | / | / | / | / | / | / |

5B

0. Nessun problema fisico particolare nel periodo considerato.
 1. Problemi fisici temporanei durante il periodo considerato (come ad esempio influenza o slogatura) o problemi sanitari organici di lunga durata che non comportano rilevanti effetti sul funzionamento ma che richiedono attenzione medica.
 2. Problemi evidenti nella mobilità e/o nella funzionalità fisica e/o nell'energia fisica che però permettono al paziente di essere fisicamente autonomo, seppure con fatica e/o con l'uso di ausili.
 3. Problemi nella mobilità e/o nella funzionalità fisica che rendono il paziente dipendente da altri, ma non completamente.
 4. Invalidità fisica completa o quasi.

5B. Barrare la casella se il problema è in tutto o in gran parte dovuto agli effetti collaterali dei farmaci

1° 2° 3° 4° 5° 6°

Monitoraggio

6A. Allucinazioni e deliri (nel periodo di riferimento)

SI NO

Non importa la causa. Considerare anche i comportamenti strani, bizzarri (cioè mai presenti in persone senza disturbi psichici gravi), associati a deliri ed allucinazioni, ma non i comportamenti aggressivi, distruttivi e iperattivi, che vanno valutati nella scala 2.



| | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 6A | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° |
| 0 | / | / | / | / | / | / |
| 1 | / | / | / | / | / | / |
| 2 | / | / | / | / | / | / |
| 3 | / | / | / | / | / | / |
| 4 | / | / | / | / | / | / |

6B

0. Nessuna evidenza di deliri o di allucinazioni nel periodo considerato.
 1. Credenze lievemente eccentriche o bizzarre, al di fuori delle norme culturali del gruppo etnico in cui il paziente si riconosce.
 2. Deliri ed allucinazioni sicuramente presenti (ad es. sente voci, ha visioni), ma con malessere modesto per P e manifestazioni di comportamenti bizzarri solo brevi e non clamorose.
 3. Deliri ed allucinazioni accompagnati da grosso malessere o angoscia ma non per la maggior parte del tempo e/o comportamenti evidentemente bizzarri prolungati e vistosi, ma non dannosi.
 4. P è assorbito per la maggior parte del tempo in deliri ed allucinazioni e/o ha comportamenti ispirati da deliri e allucinazioni che sono sicuramente dannosi per P e/o per altri (NB. Considerare non qui, ma nella scala 2 gli atti aggressivi).

6B. Se codice 2 o più, specificare in 6B il tipo prevalente di allucinazioni o deliri scrivendo: M=maniacali, P=paranoidei; D=depressivi; A=altri.

1° 2° 3° 4° 5° 6°

Monitoraggio

7. Umore depresso (nel periodo di riferimento)

SI NO

Non considerare i comportamenti aggressivi o agitati, valutati nella scala 2. Non considerare idee e tentativi di suicidio, valutati nella scala 1. Non considerare allucinazioni e deliri, valutati nella scala 6.



| | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|
| | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° |
| 0 | / | / | / | / | / | / |
| 1 | / | / | / | / | / | / |
| 2 | / | / | / | / | / | / |
| 3 | / | / | / | / | / | / |
| 4 | / | / | / | / | / | / |

0. Assenza o presenza solo per brevi momenti di scoraggiamento e demoralizzazione.
 1. Demoralizzazione, pessimismo, non solo per brevi momenti, ma non per la maggior parte del tempo; e da cui P riesce perlopiù, se si sforza, a liberarsi.
 2. Episodio depressivo lieve caratterizzato da più di uno dei seguenti sintomi: tono dell'umore depresso, perdita parziale di interesse e di capacità di provare piacere, perdita parziale di autostima, fiducia in sé, sensi di inferiorità e inadeguatezza, sensi di colpa eccessivi ma che P riesce a discutere; riduzione di speranza; o variazioni rapide e marcate dell'umore.
 3. Episodio depressivo marcato, con alcuni dei sintomi precedenti presenti in modo grave (ad esempio perdita completa di speranza, sensi di colpa forti e mai messi in dubbio).
 4. Episodio depressivo grave, con la maggior parte dei sintomi precedenti presenti in modo grave e/o grave rallentamento motorio e/o grave perdita di appetito.

Monitoraggio

8A. Altra sintomatologia psichica (nel periodo di riferimento)

SI NO

Prendere in esame il più grave dei disturbi psichici diversi da quelli presi in esame nelle scale 6 e 7. Se si è verificato più di un disturbo durante il periodo considerato, considerare solo il disturbo più grave. Per codificare la gravità di questo disturbo, si può ricorrere, oltre che alla scala sottostante, anche allo strumento FACE di Clifford, 2000.

| | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 8A | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° |
| 0 | / | / | / | / | / | / |
| 1 | / | / | / | / | / | / |
| 2 | / | / | / | / | / | / |
| 3 | / | / | / | / | / | / |
| 4 | / | / | / | / | / | / |

8B

0. Nessuna evidenza della presenza di sintomi psichici diversi da quelli considerati in 6 e 7.
 1. Sintomi lievi, noti solo a chi conosce bene P.
 2. Sintomi evidenti a tutti, ma non presenti per la maggior parte del tempo e che P può in parte controllare; non 4.
 3. Sintomi evidenti per la maggior parte del tempo; di solito sono presenti uno o più episodi di crisi in cui P perde totalmente il controllo.
 4. Stato di crisi permanente o quasi.

8B. Scrivere in 8B il codice della sintomatologia più grave, usando le seguenti lettere: AL = sintomi da disturbi alimentari (anoressia o bulimia); AN = ansia e fobie; DI = sintomi dissociativi ("di conversione"); MA = sintomi maniacali, da umore euforico; OC = sintomi ossessivi compulsivi; SE = sintomi da disturbi sessuali; SO = disturbi del sonno; SS = sintomi somatoformi e ipochondriaci; ST = sintomi post-traumatici da stress; AS = altri sintomi.

1° 2° 3° 4° 5° 6°

Monitoraggio

SI NO



9A. Relazioni coi familiari, il partner e eventuali conviventi in appartamenti assistiti (nel periodo di riferimento)

Valutare il tipo di rapporti coi familiari e con il partner, anche se non conviventi, senza considerare le cause. Gli atti aggressivi sono valutati in 2. Non considerare i rapporti nelle strutture riabilitative, valutati in 10.

0. Nella norma per la sua età, sesso e ruolo sociale.

1. Problemi maggiori della norma di mancanza o di indifferenza o di contrasto, noti solo a chi conosce bene P, o problemi evidenti nel rapporto sentimentale compensato però da rapporti di sostegno e collaborazione con altri familiari o conviventi.

2. Problemi evidenti, ad esempio mancanza di un rapporto sentimentale non compensata da buoni rapporti di sostegno (non considerare buono un sostegno eccessivo tale da bloccare la crescita dell'autonomia).

3. Problemi marcati caratterizzati da situazioni di isolamento o conflittualità o mancanza di comunicazione.

4. Vive isolato, non ha partner e non frequenta o frequenta molto poco familiari.

9B Barrare FO se si sono considerati prevalentemente i rapporti coi familiari di origine, FA se si sono considerati prevalentemente i rapporti coi familiari acquisiti (partner, figli). In caso di dubbio, non barrare nessuno dei due.

0V

| | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|
| 0 | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |

| | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|
| FO | FO | FO | FO | FO | FO |
| FA | FA | FA | FA | FA | FA |

Monitoraggio

SI NO



10A. Relazioni sociali (nel periodo di riferimento)

Non prendere in esame qui gli atti aggressivi di P che vanno valutati in 2, e i rapporti con familiari e partner valutati in 9. Si possono considerare qui i rapporti coi "colleghi" (ma non con il personale) in residenze o centri riabilitativi.

0. Relazioni sociali nella norma o migliori, considerati il ruolo sociale, l'età e il sesso di P.

1. Problemi transitori o non evidenti, noti solo a chi ha la possibilità di conoscere bene P, legati alla carenza di veri e propri rapporti di amicizia e/o di sostegno sociale al di fuori della famiglia.

2. Problemi evidenti a tutti, ad esempio mancanza di rapporti di amicizia e rapporti di sostegno insufficienti; i rapporti superficiali sono però abbastanza numerosi e non conflittuali.

3. Relazioni sociali superficiali e scarse e/o praticamente solo rapporti sociali conflittuali.

4. Isolamento sociale totale o quasi al di fuori dei familiari e dei conviventi.

10B Solo per i pazienti di residenze o centri diurni riabilitativi. Barrare I se si sono considerati prevalentemente i rapporti nella struttura, riabilitativa, E se si sono considerati prevalentemente i rapporti esterni.

10A

| | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|
| 0 | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| E | E | E | E | E | E |
| I | I | I | I | I | I |

Monitoraggio

SI NO



11. Autonomia nella vita quotidiana (nel periodo di riferimento)

Considerare qui solo la mancanza di autonomia dovuta a problemi psichici o di ritardo mentale; se presenti menomazioni fisiche, rispondere pensando a come si comporterebbe la persona se avesse la stessa sintomatologia psichica ma fosse efficiente fisicamente; la mancanza di autonomia dovuta a disturbi fisici è valutata nella scala 5. Prendere in esame l'autonomia nella vita quotidiana, sia nella cura di sé (mangiare, lavarsi, vestirsi, uso dei servizi igienici, ecc.), sia nelle attività strumentali (come cura della propria abitazione, fare la spesa, spostarsi e usare i mezzi di trasporto, usare il denaro, cucina, ecc.). Se una attività non viene esercitata o viene esercitata in modo non adeguato per mancanza di motivazione, anche se P ne è potenzialmente capace, considerarla carente. Considerare presente un'abilità che non è esercitata per mancanza di opportunità.

0. Autonomia nella norma o migliore per la sua età, sesso e ruolo sociale.

1. Problemi non evidenti nelle attività strumentali, noti solo a chi conosce bene la persona; per la cura di sé al massimo è presente una lieve trascuratezza nei vestiti.

2. Difficoltà evidenti a tutti in una o più attività strumentali; nella cura di sé può essere presente qualche lieve trascuratezza anche nella cura dell'aspetto e dell'igiene.

3. Problemi evidenti ma non completa incapacità in una o due aree della cura di sé (mangiare, lavarsi, vestirsi, uso dei servizi igienici); di solito sono presenti difficoltà evidenti in più attività strumentali.

4. Mancanza di autonomia completa o quasi in più aree della cura di sé e in più attività strumentali.

11A

| | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|
| 0 | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |

MON

1

2

12A. Lavoro, studio e attività lavoro equivalenti (nel periodo di riferimento)

Prendere in esame se e con che rendimento P lavora o svolge lavoro domestico; se P non lavora o studia, prendere in esame se svolge attività che possono essere considerate utili da familiari, vicini ed in genere dal contesto sociale in cui vive. Precisare in 12B il tipo di lavoro/studio ed in particolare se P lavora in ambiente non protetto (competitivo) o in ambiente protetto.

0. P lavora o studia o svolge lavoro domestico bene o senza problemi particolari; se non lavora, fa bene e con impegno nella maggior parte dei giorni qualcosa che la gente giudica utile (fa lavoretti in casa, cura l'orto, fa la maglia, partecipa attivamente alle attività domestiche; o pratica un hobby considerato non solo passivo-ricreativo, ma anche utile e/o formativo, ad esempio pittura, pesca).

1. P ha qualche problema di puntualità e di rendimento o nei rapporti con colleghi e superiori, ma non nella maggior parte dei giorni e si rende comunque utile sul lavoro o in casa e, se lavora, non corre il rischio di allontanamento o di sostituzione; se non lavora, fa attività considerate utili nella maggior parte dei giorni, anche se non bene e/o senza impegno.

2. Lo stesso di 2, ma i problemi sul lavoro in casa e nello studio sono presenti nella maggior parte dei giorni o fa attività considerate utili con qualche problema di rendimento e solo in meno della metà dei giorni in modo abbastanza regolare.

3. P ha grossi problemi di rendimento o di rapporti con colleghi e superiori sul lavoro/studio o, se non lavora, fa attività considerate utili male o solo saltuariamente.

4. P normalmente non fa nulla o quasi o quello che fa viene considerato molto inadeguato o disturbante.

12B Codificare in 12B la situazione lavorativa secondo la seguente classificazione. 1. Lavora in ambiente non protetto (competitivo) senza tutore; 2. Lavora in ambiente non protetto con tutore; 3. Lavora come casalinga; 4. E' studente; 5. Lavora in ambiente protetto; 6. Segue un corso di formazione al lavoro; 7. Non lavora ed è pensionato per età o anzianità; 8. Non lavora ed è pensionato per invalidità; 9. Non lavora ed è in cerca di prima occupazione; 10. Non lavora ed è disoccupato.

12A

| | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|
| 0 | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |

| | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° |
| | | | | | |

Monitoraggio

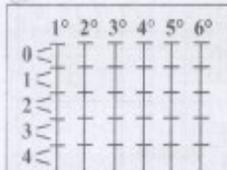
SI NO

13. Condizioni finanziarie e abitative (nel periodo di riferimento)



Considerare se P dispone di denaro sufficiente e se l'abitazione è adeguata per illuminazione diurna, riscaldamento, manutenzione. Considerare anche l'eventuale isolamento dell'abitazione.

NB. Se P è ricoverato in un reparto per acuti o ospite temporaneo di residenza, riferirsi all'abitazione consueta. Se è ospite a lungo termine in residenza protetta o casa alloggio, codificare prendendo in esame le caratteristiche della struttura e, per quanto riguarda il denaro, il denaro di cui P disporrebbe se venisse dimesso.



- 0. Situazioni nella norma o migliore.
- 1. Problemi per spese voluttuarie o straordinarie, noti solo a chi conosce bene P, ad es. mancanza di denaro per andare in vacanza o per comprare o mantenere una macchina.
- 2. Problemi evidenti ma non gravi come in 3, ad esempio abitazione in zona isolata o con qualche problema di manutenzione, oppure mancanza di denaro per spese necessarie ma non frequenti, ad esempio comprare un elettrodomestico necessario o pagare l'affitto.
- 3. Problemi gravi, ad esempio abitazione senza riscaldamento o sovraffollata o con infiltrazioni d'acqua o altri gravi problemi di manutenzione; oppure mancanza di denaro anche per comprare alimenti e vestiti essenziali.
- 4. Senza fissa dimora o casa da considerare non abitabile.

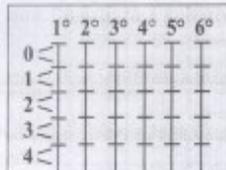
Monitoraggio

SI NO

14. Carico familiare (nel periodo di riferimento)

Considerare il carico oggettivo (spese, perdite di reddito, rinunce dei familiari a fare le cose che avrebbero potuto fare se P non soffriva del disturbo) e soggettivo (depressione, ansia) dei familiari attribuiti alla presenza di P. Codificare il più grave dei due aspetti. Non considerare qui le relazioni con i familiari, che vengono prese in esame nelle scale 9 e 16, né gli eventuali disturbi psichici dei familiari che sarebbero stati della stessa entità anche senza P.

NB. Se P è ricoverato in un reparto per acuti o ospite temporaneo di residenza, riferirsi alla situazione consueta prima del ricovero, anche al di fuori del periodo di riferimento. Considerare come familiari tutti i "caregivers", cioè in assenza di familiari conviventi, anche amici, vicini o altri familiari non conviventi che si occupano del paziente. Se si considera che il carico familiare non sia pertinente (paziente poco grave con disturbo verosimilmente a rapida risoluzione, ecc.), barrare NO sotto Monitoraggio. In caso di assenza dei familiari, barrare 0 sotto il riquadro.



Assenza di familiari



- 0. Nessun problema particolare.
- 1. Rinunce occasionali, ad esempio a feste o a vacanze che avrebbero fatto se P non fosse affetto dal disturbo; assenza di particolari problemi finanziari o di disagio psichico legati a P.
- 2. Rinunce frequenti o difficoltà finanziarie da parte di almeno un membro della famiglia; qualche segno di malessere psichico, ma non tale da poter fare una diagnosi di disturbo ansioso o depressivo.
- 3. Carico oggettivo e/o soggettivo marcato per almeno un membro della famiglia; per la maggior parte del tempo si occupa di P o è assorbito dall'ansia per P; e/o evidenti difficoltà finanziarie collegabili alla situazione.
- 4. Carico grave; i familiari/conviventi vivono in funzione di P o/a almeno un familiare può essere fatta diagnosi di disturbo ansioso o depressivo verosimilmente dovuto alla situazione.

Monitoraggio

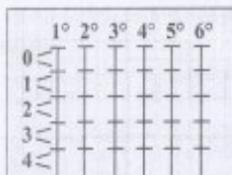
SI NO

15. Opportunità ambientali nella zona in cui abita P. (nel periodo di riferimento)

Considerare i seguenti criteri per le varie zone:

1) accessibilità di servizi sociali, ricreativi, culturali per una persona affetta da disturbi mentali gravi (non tenere conto dei servizi gestiti direttamente dal DSM) e attività di associazioni di volontariato a favore delle persone affette da disturbi mentali gravi; 2) atteggiamento di tolleranza e di sostegno o, al contrario, di paura e di rifiuto della popolazione nei confronti delle persone affette da disturbo mentale grave; 3) possibilità di occupazione per una persona affetta da disturbo mentale grave, ad esempio imprenditori sensibili al problema o possibilità di frequentare corsi di addestramento lavorativo gestiti dai servizi sociali- anche in questo caso non tenere conto delle iniziative gestite direttamente dal servizio; 4) sicurezza nei confronti di furti e di altri reati.

Potrebbe essere opportuno che un servizio stabilisca precedentemente il punteggio prevalente per le varie zone del territorio, in modo che gli operatori possano attribuirlo con maggiore facilità ai singoli pazienti.



- 0. Situazione accettabile per tutti e quattro i criteri; presenza per almeno un criterio di condizioni particolarmente favorevoli (ad esempio buona disponibilità di occupazione o rete di volontariato molto attiva).
- 1. Situazione accettabile per i quattro criteri o carenze in alcuni compensate da situazioni particolarmente favorevoli in altri.
- 2. Carenze notevoli ma non gravi (per una indicazione di cosa s'intende per grave, vedi il livello 4 in uno o due criteri, non compensate da aspetti positivi negli altri).
- 3. Carenze notevoli in tre o quattro criteri e/o gravi in uno o due.
- 4. Carenze gravi in tre/quattro criteri, ad esempio grossa carenza di servizi sociali e mancanza di centri sportivi, culturali e ricreativi accessibili alle persone affette da disturbo mentale grave; attività di volontariato assenti o sporadiche; alle persone affette da disturbo mentale grave può venire rifiutato o in vario modo reso difficile l'accesso a servizi e a locali pubblici e/o vi sono movimenti organizzati di protesta per la presenza di residenze di persone affette da disturbo mentale grave; non vi sono praticamente possibilità di lavoro in ambiente non protetto; le persone affette da disturbo mentale grave sono vittime di numerosi soprusi e reati.



| | | |
|--------------|----|--|
| Monitoraggio | | 16. Disponibilità e possibilità dei familiari (compresi conviventi e partner) a collaborare all'assistenza. |
| SI | NO | |

In assenza di familiari e caregivers, barrare 0 sotto il riquadro. Riferirsi ai familiari più influenti nella gestione della famiglia



| | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° |
|---|----|----|----|----|----|----|
| 0 | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |
| 1 | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |
| 2 | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |
| 3 | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |
| 4 | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |

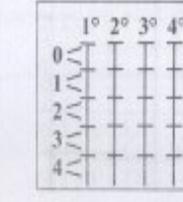
0. Famiglia disponibile a collaborare e capace di farlo.
1. Famiglia disponibile ma con difficoltà parziali a collaborare per motivi sociali o economici o di tempo o di salute.
2. Famiglia scarsamente disponibile, pur essendo potenzialmente capace.
3. Famiglia disponibile, ma non o molto poco capace per età o malattia dei familiari, ecc.
4. Famiglia totalmente indisponibile o addirittura ostile.

Assenza di familiari

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|

| | | |
|--------------|----|------------------------------|
| Monitoraggio | | 17. "Gravosità" di P. |
| SI | NO | |

Valutare qui i rapporti che P ha con gli operatori.



| | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° |
|---|----|----|----|----|----|----|
| 0 | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |
| 1 | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |
| 2 | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |
| 3 | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |
| 4 | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |

0. Paziente collaborante, che non pone particolari problemi di adesione alla terapia, che ha un buon rapporto col servizio.
1. Qualche piccolo problema di rapporto, noto solo agli operatori che lo conoscono meglio.
2. Richieste maggiori rispetto alla maggior parte dei pazienti col suo quadro clinico e/o maggiori difficoltà a collaborare e ad accettare le indicazioni e i consigli, tuttavia il rapporto con lui/lei comporta solo saltuariamente sforzi particolari.
3. Richieste eccessive e/o atteggiamenti oppositivi o incoerenza nei comportamenti tali da determinare quasi costantemente maggiori sforzi e frustrazioni.
4. Difficoltà di gestione continua e quotidiana legate al continuo atteggiamento ostile e/o incoerente e/o eccessivamente esigente del paziente.

| | | |
|--------------|----|--|
| Monitoraggio | | 18. Capacità di collaborazione da parte della persona e sue capacità di definire obiettivi ed impegnarsi a raggiungerli |
| SI | NO | |



| | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° |
|---|----|----|----|----|----|----|
| 0 | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |
| 1 | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |
| 2 | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |
| 3 | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |
| 4 | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ | ▲ |

0. E' autonomo nel definire obiettivi sia a breve, sia a lungo termine (almeno 6 mesi) e li persegue con efficacia, almeno fino a quando non si presentano ostacoli davvero difficili.
1. Si fissa obiettivi come sopra, ma ha qualche problema nel perseguirli.
2. Si fissa obiettivi ma per lo più non si impegna a sufficienza per raggiungerli.
3. Ha obiettivi confusi o solo a breve termine e li persegue con grande difficoltà.
4. Vive praticamente alla giornata, è un esempio classico di "edonismo a breve termine" o di inerzia.

Commenti _____

Difficoltà _____

Obiettivo/i _____

1.3: METODO DI RICERCA UTILIZZATO, IL QUESTIONARIO

Come già definito nell'introduzione e all'inizio di questo primo capitolo, alla base del lavoro svolto vi è stato l'utilizzo del questionario. Quest'ultimo rappresenta di diritto uno dei principali protagonisti della ricerca quantitativa.

Il questionario qui allegato è lo stesso utilizzato proprio nella ricerca.

Progettato e sviluppato in tre giorni tramite la nota piattaforma Google moduli è stato disponibile sul web dal giorno 04/01/2021 al giorno 04/03/2021 e si è dimostrato importantissimo nel reperire un numero più che sufficiente di risposte che ci hanno permesso di avere una visione generale della situazione oggetto di indagine, nell'intero territorio nazionale.

Composto da 20 domande prevalentemente chiuse, formulate per la maggior parte secondo il criterio likert, dopo aver acconsentito al trattamento dei dati e della privacy, l'operatore doveva inserire non solo il territorio in cui presta servizio ma anche la tipologia di struttura nella quale quest'ultimo ha luogo.

Lo studio ha dato maggiore interesse a quattro categorie di strutture come il CSM, l'SPDC, il Centro Diurno e le strutture residenziali ma per maggiore completezza è stata data la possibilità di risposta anche a coloro che operano in altre.

Successivamente si chiedeva all'operatore quanto effettivamente vengono applicate le scale nell'attività clinica quotidiana, per poi approfondire meglio nella domanda successiva, se le scale adottate dalla struttura di servizio siano di facile utilizzo e soprattutto adattabili alle situazioni che si vengono ad avere in quella realtà.

In questo modo si cerca di indagare come gli strumenti utilizzati possano risultare efficaci e se quindi applicabili correttamente.

In seguito è stata proposta una lista delle più importanti e frequenti scale di valutazione applicate nella realtà quotidiana in salute mentale, sempre dando per completezza la possibilità di inserire ulteriori scale non suggerite dal questionario.

La domanda successiva si è posta come obiettivo quello di indagare sulle due scale di più recente innovazione quali la HONOS e la sua variante riadattata HONOS ROMA. Queste infatti rappresento, come da precedente presentazione, un'autentica innovazione in quanto scale ad ampia versatilità.

Al fine di aumentare le conoscenze riguardo alle scale in utilizzo è stato chiesto, in forma chiusa, anche un parere personale a riguardo. È stato chiesto infatti se, secondo l'operatore, le scale attualmente in utilizzo siano complete ed esaustive per far emergere successivamente con la stessa modalità, se nelle varie realtà si avverte l'effettivo bisogno di sviluppare nuove scale sulla base di bisogni e ricerche più recenti.

Partendo poi dallo stesso presupposto già citato nell'introduzione, per il quale l'utilizzo delle scale porta ad un migliore trattamento dell'assistito, quindi una riduzione dei tempi di ospedalizzazione, ne consegue che vi sia un miglioramento delle prognosi. Ciò porterebbe ad un abbassamento dei costi per le strutture, per le famiglie e per la sanità pubblica a seguito di un minor dispendio di risorse. A questo punto è stato chiesto quindi se, secondo loro, l'utilizzo delle scale già adottate dalle strutture abbia avuto un impatto sulle ospedalizzazioni con conseguente miglioramento delle risorse, se con queste vi siano stati errori nelle valutazioni effettuate dell'assistito, ma soprattutto, se convenzionalmente nell'arco temporale di un anno uno stesso soggetto ha fatto ritorno più volte nella struttura di trattamento.

Al fine di avere una maggiore panoramica, è stato chiesto agli operatori anche quali siano le fasce di età più frequenti, per avere una relazione tra trattamenti, scale di valutazione e prognosi.

Dato il particolare ambito della salute mentale e dato che lo studio si pone come obiettivo la ricerca, si è dedicato anche un piccolo spazio alla SISISM, nonché la Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale, questo per poter concludere il questionario cercando di capire se nel loro piccolo ogni operatore che abbia gentilmente risposto al questionario si sia mai interessato effettivamente alla ricerca oppure se in passato ne abbia fatto parte.

Il questionario si è poi concluso con i ringraziamenti e con uno spazio dedicato alla possibilità di riportare la propria mail per restare in contatto e poter partecipare ulteriormente o per avere la semplice possibilità di rimanere aggiornati sui risultati ottenuti a fine studio.

Utilizzo Scale di Valutazione in Salute Mentale

Gentile operatore,
sono Luca Panfoli, studente laureando del corso di laurea triennale in Infermieristica con sede a Fermo.

Il presente questionario si pone come obiettivo quello di indagare l'utilizzo di alcune delle scale valutative utilizzate nell'ambito della salute mentale e del loro ruolo nella pratica clinica quotidiana. Le chiedo quindi, gentilmente, parte del suo tempo per rispondere ad alcuni quesiti utili alla ricerca.

E' pregato di rispondere a tutti quelli proposti.

Se desidera avere maggiori informazioni a riguardo o volesse essere tenuto/a al corrente dei risultati inserisca un suo indirizzo. Troverà a tal proposito l'apposito spazio in fondo al questionario.

*Campo obbligatorio

1. Consenso *

Accettando il presente modulo dichiaro di: Aver letto e compreso questo foglio informativo e che il suo contenuto mi è stato spiegato in maniera chiara ed esauriente. Aver compreso che la partecipazione allo studio è completamente volontaria e che posso rifiutarmi di partecipare allo studio o sospendere la mia partecipazione in qualsiasi momento interrompendo il questionario. Essere stato informato sui rischi e sui benefici ragionevolmente prevedibili e di aver avuto il tempo sufficiente per decidere. Essere consapevole che i miei dati potranno essere utilizzati per pubblicazioni scientifiche ma resteranno strettamente riservati nel rispetto della normativa vigente e successive modifiche ed integrazioni. ACCONSENTE A PARTECIPARE ALLO STUDIO?

Contrassegna solo un ovale.

ACCONSENTO.

NON ACCONSENTO

2. AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI Le informazioni che ci fornirà verranno trattate con la massima riservatezza, nel pieno rispetto delle leggi sulla privacy (Regolamento generale sulla protezione dei dati, regolamento n.2016/679, GDPR) trattate in forma aggregata, insieme a quelle di tutti gli altri partecipanti e utilizzate solo a fini di studio e di ricerca. Acquisite le informazioni fornite: presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa. presta il suo consenso per la diffusione dei dati nell'ambito indicato nell'informativa. ACCONSENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI? *

Contrassegna solo un ovale.

ACCONSENTO.

NON ACCONSENTO

3. Regione nel quale presta servizio *

Contrassegna solo un ovale.

- Abruzzo
- Basilicata
- Calabria
- Campania
- Emilia-Romagna
- Friuli Venezia Giulia
- Lazio
- Liguria
- Lombardia
- Marche
- Molise
- Piemonte
- Puglia
- Sardegna
- Sicilia
- Toscana
- Trentino-Alto Adige
- Umbria
- Valle d'Aosta
- Veneto

4. Tipologia di struttura *

Contrassegna solo un ovale.

- CSM
- SPDC
- CENTRO DIURNO
- STRUTTURA RESIDENZIALE
- Altro: _____

5. Nella struttura nella quale presta servizio quanto le scale di valutazione vengono applicate all'assistenza clinica? *

Contrassegna solo un ovale.

- Per niente
 Poco
 Abbastanza
 Molto

6. Nella pratica clinica trova di facile applicazione le scale di valutazione adottate nella sua realtà? *

Contrassegna solo un ovale.

- Per niente
 Poco
 Abbastanza
 Molto

7. Tra quelle seguenti quali scale utilizza maggiormente nella sua attività quotidiana?

Seleziona tutte le voci applicabili.

- BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)
 MOAS (Modified Overt Aggression Scale)
 NOSIE (Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation)
 SANS (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)
 SAPS (Scale for the Assessment of Positive Symptoms)
 SARN (Summary of Assessment Risk and Need)
 HAMILTON (Hamilton Depression - Rating Scale)
 HONOS (Health of the Nation Outcomes Scales)
 HONOS ROMA (versione modificata Morosini)

Altro: _____

8. Le scale "Honos" e la sua versione modificata "Honos Roma" sono tra quelle di più recente acquisizione in salute mentale e si caratterizzano per la loro versatilità: ne ha mai sentito parlare? *

Contrassegna solo un ovale.

Sì

No

9. Se sì: Scale Maggiormente Utilizzate

Seleziona tutte le voci applicabili.

| | utilizzata nel servizio dove lavoro | utilizzata dagli Infermieri | utilizzata da educatori/Terp | utilizzata da Psichiatri | Utilizzata da Psicologi |
|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Honos - Roma (Morosini) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Honos (modello originale) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| BPRS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| MOAS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NOSIE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SANS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SAPS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SARN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| HAM D | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ALTRA SCALA 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ALTRA SCALA 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ALTRA SCALA 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. definizione di ALTRA SCALA 1

11. definizione di ALTRA SCALA 2

12. definizione di ALTRA SCALA 3

13. Secondo Lei le scale attualmente in utilizzo nella pratica clinica quotidiana sono esaustive? *

Contrassegna solo un ovale.

Per niente

Poco

Abbastanza

Molto

14. Crede sussista il bisogno di apportare modifiche alle scale attualmente utilizzate? *

Contrassegna solo un ovale.

Per niente.

Poco

Abbastanza

Molto

15. Il corretto utilizzo delle scale di valutazione presso la sua struttura ha effettivi risvolti in termini di miglioramento della prognosi? *

Contrassegna solo un ovale.

- Per niente
 Poco
 Abbastanza
 Molto

16. Il corretto utilizzo delle scale di valutazione presso la sua struttura ha effettivi risvolti in termini di ottimizzazione della gestione delle risorse? *

Contrassegna solo un ovale.

- Per niente
 Poco
 Abbastanza
 Molto

17. Presso la sua struttura, è mai capitato di aver valutato erroneamente la situazione clinica di un assistito? *

Contrassegna solo un ovale.

- Mai
 Poco
 Abbastanza
 Molto

18. Ci sono occasioni in cui la persona assistita ritorna, nell'arco temporale di un anno, presso la struttura in cui lavora? *

Contrassegna solo un ovale.

- Mai
 Poche volte
 Molte volte

19. In riferimento alla sua struttura, qual'è la fascia d'età in cui in media si riscontrano i migliori successi terapeutici e assistenziali? *

Contrassegna solo un ovale.

- Età pediatrica 0-14
 Prima età adulta 22-39
 Seconda età adulta 40-59
 Terza età 60-75
 Quarta età 75-90

20. Conosce la SISISM (Società Italiana di Scienze Infermieristiche in Salute Mentale)? *

Contrassegna solo un ovale.

- Sì.
 No

21. Si è mai occupato/a di ricerca? *

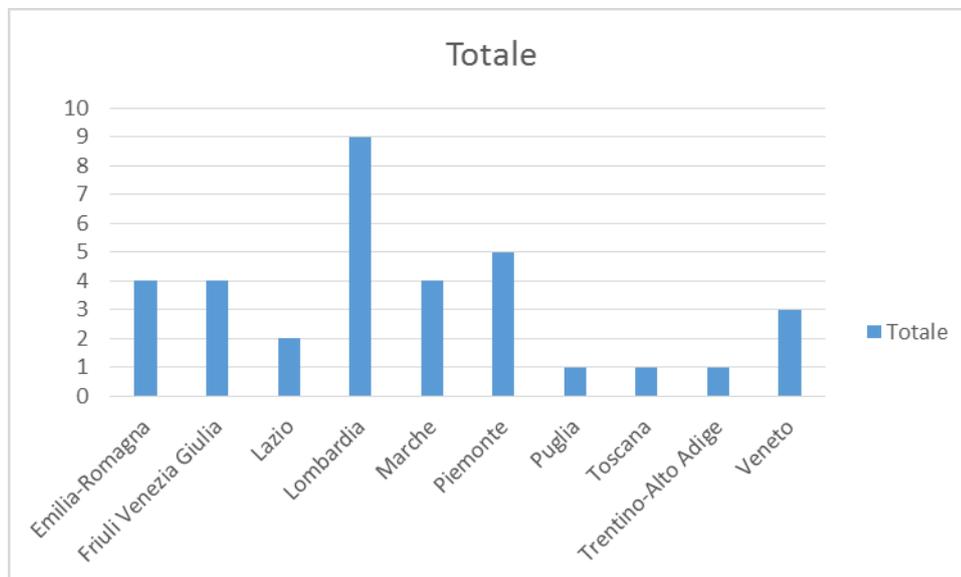
Contrassegna solo un ovale.

- No, non mi interessa
 No, ma mi piacerebbe
 Sì, l'ho fatto in passato
 Sì, continuo a farlo

22. se le interessa essere informato dei risultati de questionario inserisca la sua mail.
Grazie di aver partecipato.

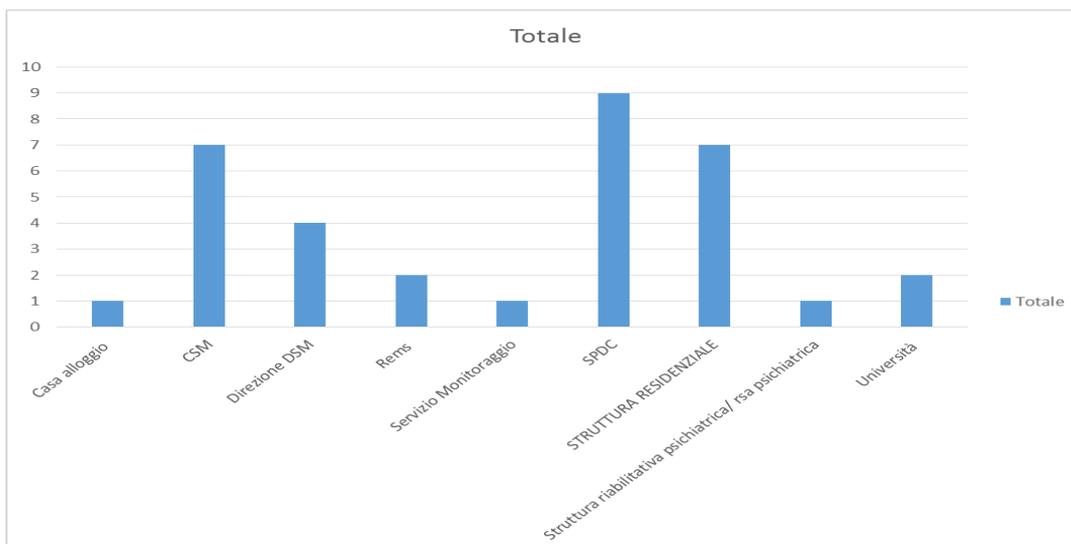
SECONDA PARTE

GRAFICI PER DOMANDA



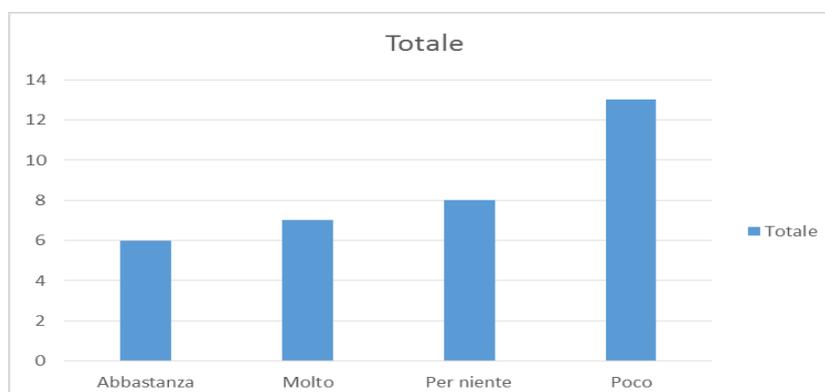
(GRAFICO N.1)

Al primo punto del questionario **“Regione nella quale presta servizio”** hanno risposto 4 operatori dalla regione Emilia Romagna (12%), 4 dal Friuli Venezia Giulia (12%), 2 dal Lazio (6%), 9 dalla Lombardia (26%), 4 dalle Marche (12%), 5 dal Piemonte (15%), 1 dalla Puglia (3%), 1 dalla Toscana (3%), 1 dal Trentino Alto Adige (1%) e 3 dal Veneto (9%).



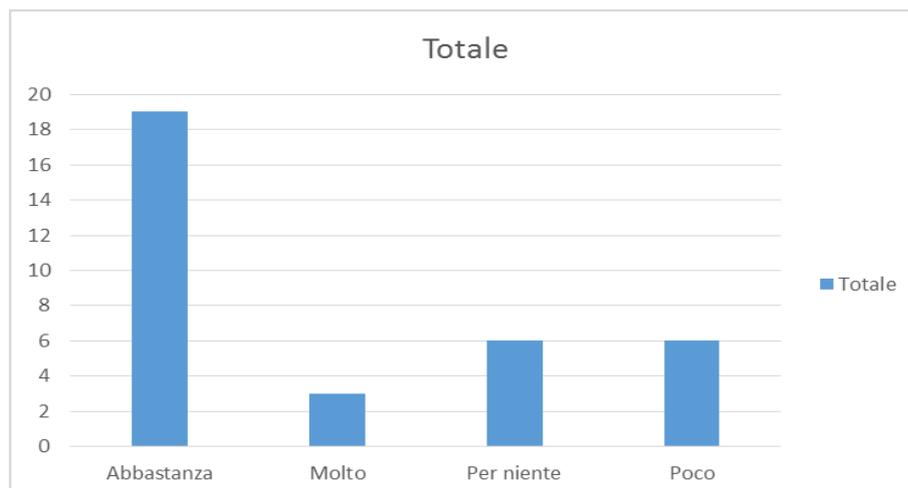
(GRAFICO N.2)

Al secondo punto del questionario **“Tipologia di struttura”** 1 operatore ha risposto Casa alloggio (3%), 7 CSM (21%), 4 Direzione DSM (12%), 2 Rems (6%), 1 Servizio Monitoraggio (3%), 9 SPDC (26%), 7 Struttura Residenziale (21%), 1 Struttura riabilitativa psichiatrica/ Rsa psichiatrica (3%) e 2 Università (6%).



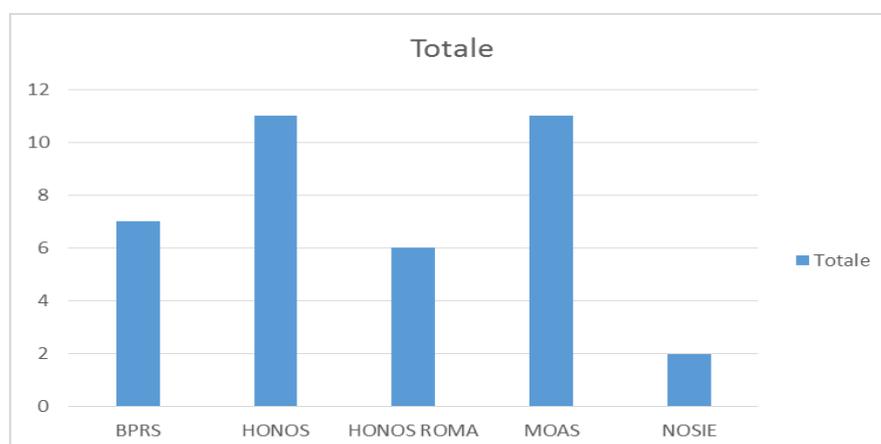
(GRAFICO N.3)

Al terzo punto del questionario, alla domanda **“Nella struttura nella quale presta servizio quanto le scale di valutazione vengono applicate all’assistenza clinica?”** 6 operatori hanno risposto selezionando la voce “abbastanza” (18%), 7 selezionando “molto” (21%), 8 selezionando “per niente” (24%) e 13 selezionando “poco” (38%).



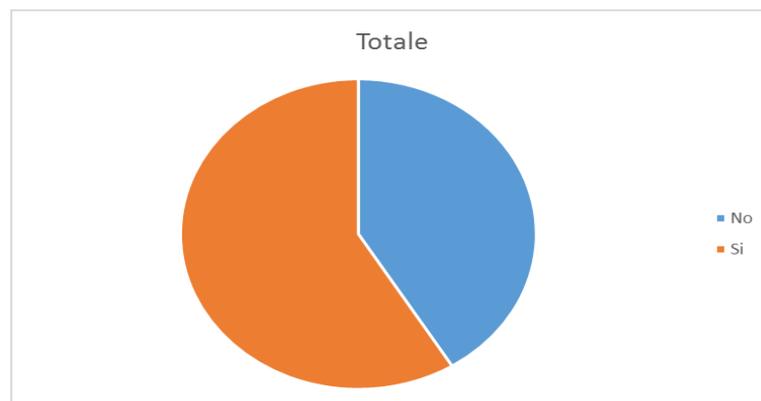
(GRAFICO N.4)

Al quarto punto del questionario, alla domanda **“Nella pratica clinica trova di facile applicazione le scale di valutazione adottate nella sua realtà?”** 19 operatori hanno risposto selezionando la voce “abbastanza” (56%), 3 selezionando “molto” (9%), 6 selezionando “per niente” (18%) e 6 selezionando “poco” (18%).



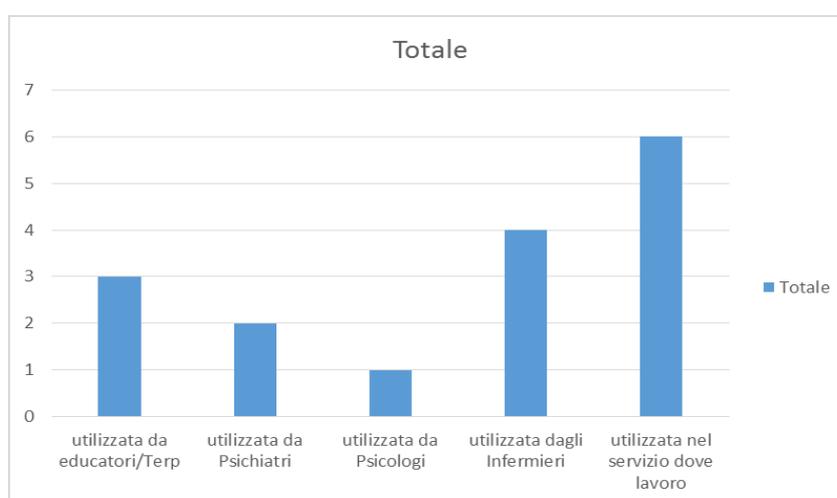
(GRAFICO N.5)

Al quinto punto del questionario, alla domanda **“Tra quelle seguenti quali scale utilizza maggiormente nella sua attività quotidiana?”** 7 operatori hanno risposto selezionando la voce “BPRS” (19%), 11 selezionando “HONOS” (30%), 6 selezionando “HONOS ROMA” (16%), 11 selezionando “MOAS” (30%) e 2 selezionando “NOSIE” (5%).



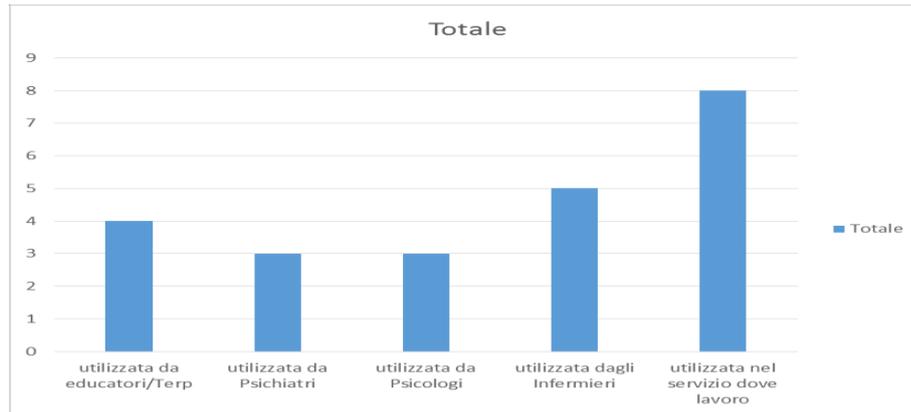
(GRAFICO N.6)

Al sesto punto del questionario, alla domanda **“Le scale “Honos” e la sua versione modificata “Honos Roma” sono tra quelle di più recente acquisizione in salute mentale e si caratterizzano per la loro versatilità: ne ha mai sentito parlare?”** 14 operatori hanno risposto selezionando la voce “No” (41%) e gli altri 20 hanno risposto selezionando la voce “Si” (59%).



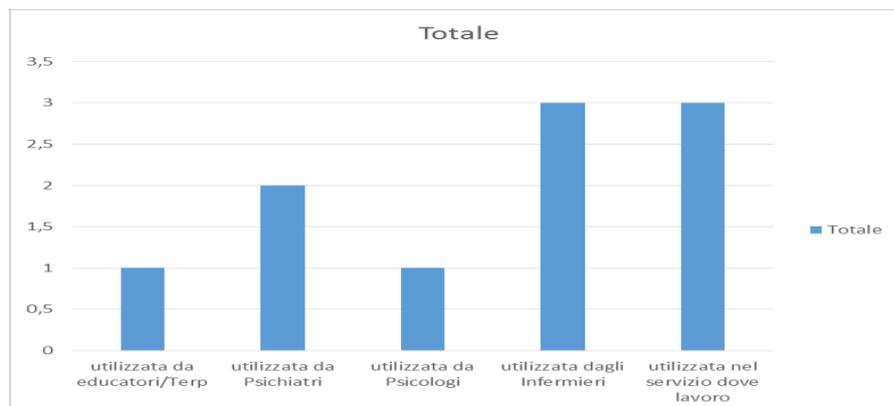
(GRAFICO N.7)

Al settimo punto del questionario **“Se si: Scale Maggiormente Utilizzate” HONOS ROMA** 3 operatori hanno risposto selezionando la voce “utilizzata da educatori/Terp”, 2 selezionando “utilizzata da Psichiatri”, 1 selezionando “utilizzata da Psicologi”, 4 selezionando “utilizzata da infermieri” e 6 selezionando “utilizzata nel servizio dove lavoro”.



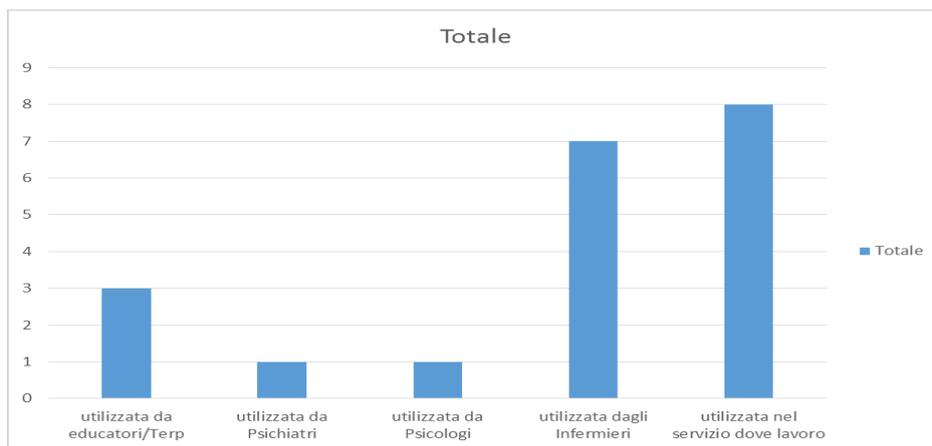
(GRAFICO N.8)

All'ottavo punto del questionario **“Se si: Scale Maggiormente Utilizzate” HONOS (VERSIONE ORIGINALE)** 4 operatori hanno risposto selezionando la voce “utilizzata da educatori/Trp” (17%), 3 selezionando “utilizzata da Psichiatri” (13%), 3 selezionando “utilizzata da Psicologi” (13%), 5 selezionando “utilizzata dagli infermieri” (30%) e 8 selezionando “utilizzata nel servizio dove lavoro” (35%).



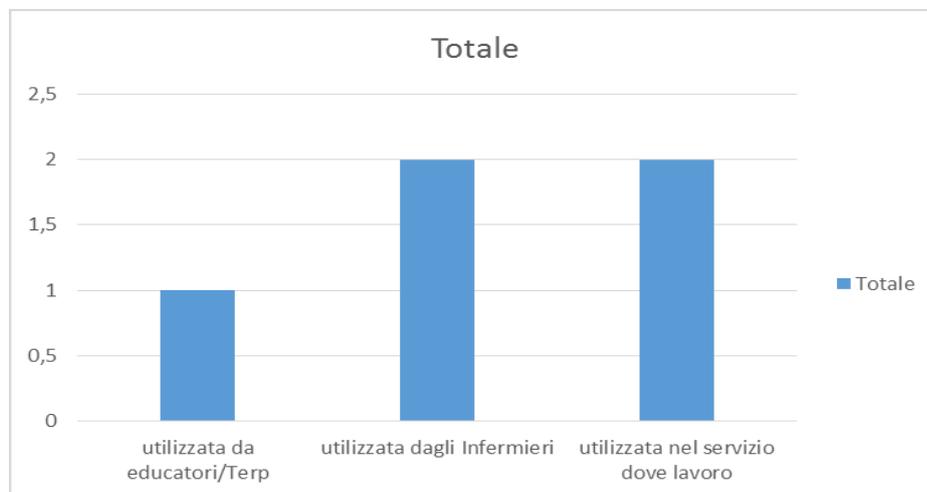
(GRAFICO N.9)

Al nono punto del questionario **“Se si: Scale Maggiormente Utilizzate” BPRS** 1 operatore ha risposto selezionando la voce “utilizzato da educatori/Trp” (10%), 2 selezionando “utilizzato da Psichiatri” (20%), 1 selezionando “utilizzato da Psicologi” (10%), 3 selezionando “utilizzato dagli infermieri” (30%) e 3 selezionando “utilizzata nel servizio dove lavoro” (30%).



(GRAFICO N.10)

Al decimo punto del questionario “**Se si: Scale Maggiormente Utilizzate**” MOAS 3 operatori hanno risposto selezionando la voce “utilizzata da educatori/Trp” (15%), 1 selezionando “utilizzata da Psichiatri” (5%), 1 selezionando “utilizzata da Psicologi” (5%), 7 selezionando “utilizzata dagli infermieri” (35%) e 8 selezionando “utilizzata nel servizio dove lavoro” (40%).



(GRAFICO N.11)

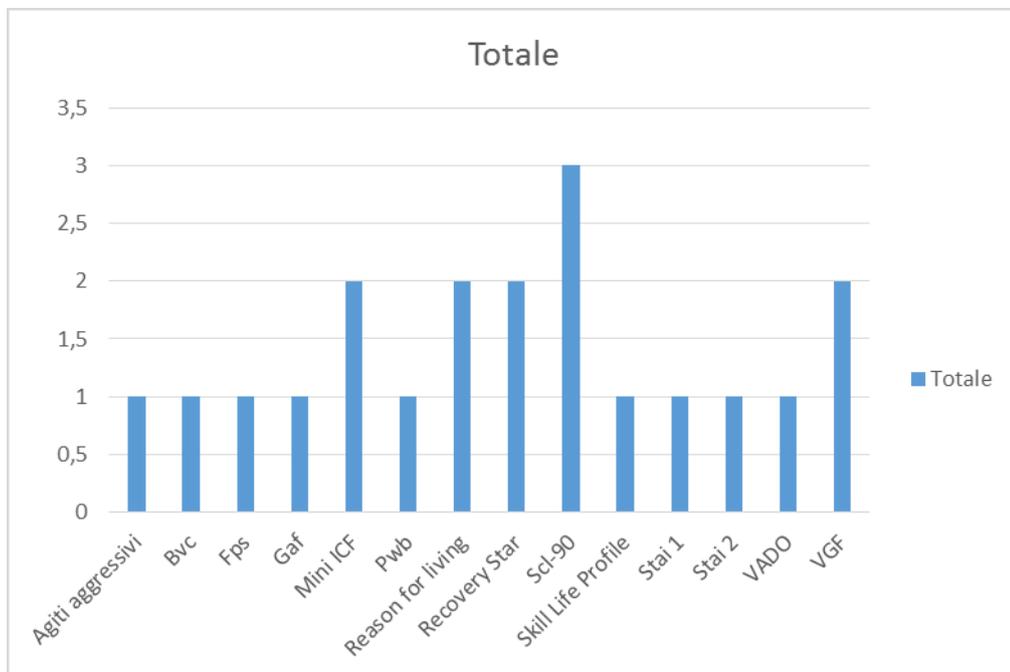
Alla domanda “**Se si: Scale Maggiormente Utilizzate**” NOSIE 1 operatore ha risposto selezionando la voce “utilizzata da educatori/Trp” (20%), 2 selezionando “utilizzata dagli infermieri” (40%) e 2 selezionando “utilizzata nel servizio dove lavoro” (40%).

SANS, SAPS, SARN

Queste tre scale sono state risposte solamente da un singolo operatore e lo è stato fatto con la dicitura “utilizzata nel servizio dove lavoro”.

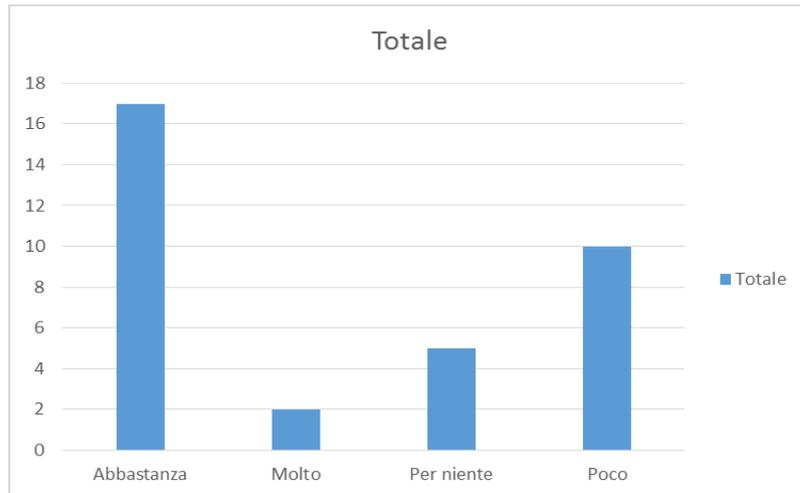
HAM D

Questa scala da soli due operatori con le diciture “utilizzata nel servizio dove lavoro” e “utilizzata da Psichiatri”.



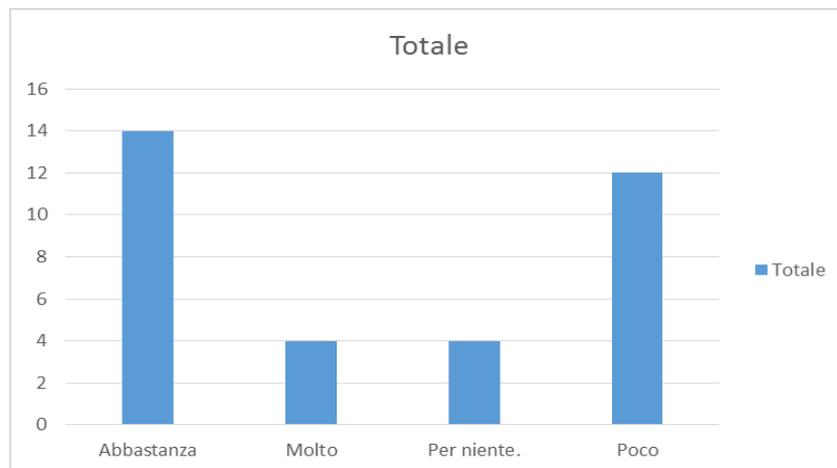
(GRAFICO N.12)

Quando sono state chieste altre scale utilizzate presso le strutture nella quale viene prestato servizio 1 operatore ha risposto “scala per agiti aggressivi” (5%), 1 “Bvc” (5%), 1 “Fps” (5%), 1 “Gaf” (5%), 2 “Mini ICF” (10%), 1 “Pwb” (5%), 2 “Reason for living” (10%), 2 “Recovery Star” (10%), 3 “Scl-90” (15%), 1 “Skill life Profile” (5%), 1 “Stai 1” (5%), 1 “Stai 2” (5%), 1 “VADO” (5%) e 2 “VGF” (10%).



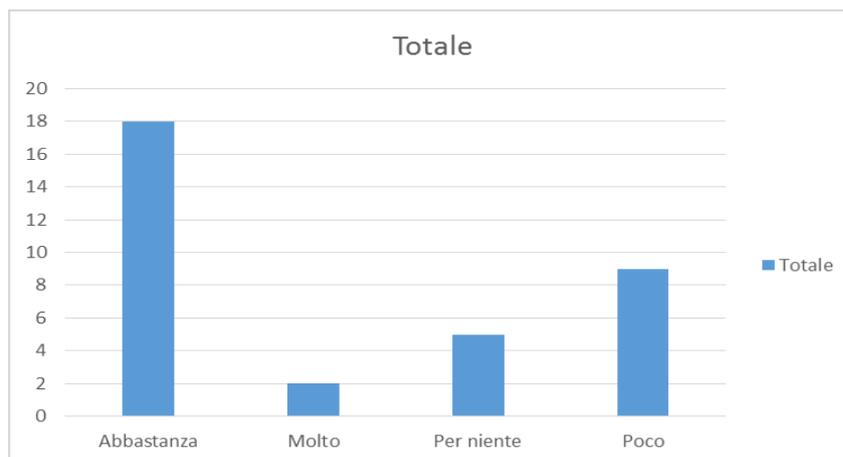
(GRAFICO N.13)

Al tredicesimo punto del questionario, alla domanda **“Secondo Lei le scale attualmente in utilizzo nella pratica clinica quotidiana sono esaustive?”** 17 operatori hanno risposto selezionando la voce “abbastanza” (50%), 2 selezionando “molto” (6%), 5 selezionando “per niente” (15%) e 10 selezionando “poco” (29%).



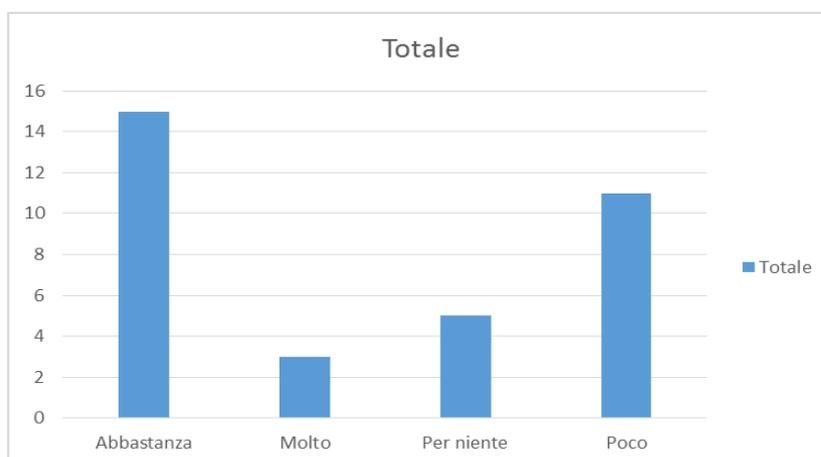
(GRAFICO N.14)

Al quattordicesimo punto del questionario, alla domanda **“Crede sussista il bisogno di apportare modifiche alle scale attualmente utilizzate?”** 14 operatori hanno risposto selezionando la voce “abbastanza” (14%), 4 selezionando “molto” (12%), 4 selezionando “per niente” (12%) e 12 selezionando “poco” (35%).



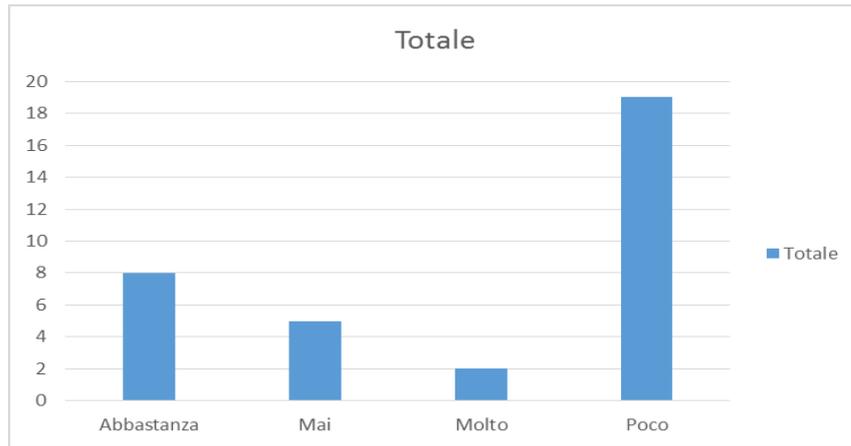
(GRAFICO N.15)

Al quindicesimo punto del questionario, alla domanda **“Il corretto utilizzo delle scale di valutazione presso la sua struttura ha effettivi risvolti in termini di miglioramento della prognosi?”** 18 operatori hanno risposto selezionando la voce “abbastanza” (53%), 2 selezionando “molto” (6%), 5 selezionando “per niente” (15%) e 9 selezionando “poco” (26%).



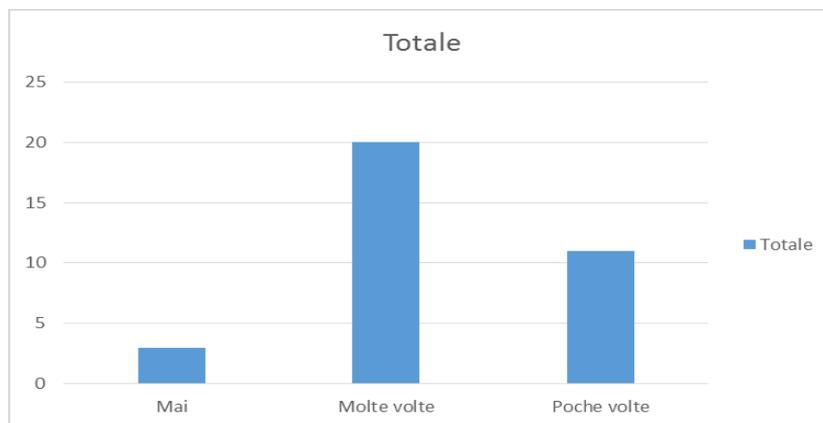
(GRAFICO N.16)

Al sedicesimo punto del questionario, alla domanda **“Il corretto utilizzo delle scale di valutazione presso la sua struttura ha effettivi risvolti in termini di ottimizzazione della gestione delle risorse?”** 15 operatori hanno risposto selezionando la voce “abbastanza” (44%), 3 selezionando “molto” (9%), 5 selezionando “per niente” (15%) e 11 selezionando “poco” (32%).



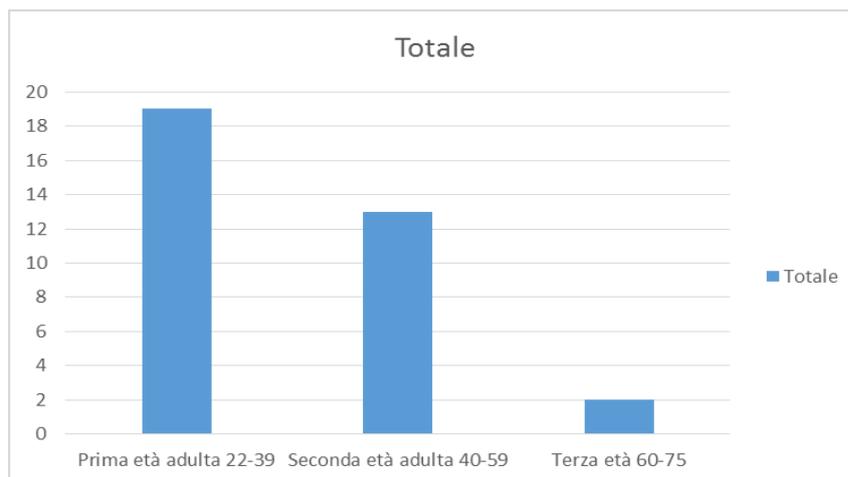
(GRAFICO N.17)

Al diciassettesimo punto del questionario, alla domanda **“Presso la sua struttura, è mai capitato di aver valutato erroneamente la situazione clinica di un assistito?”** 8 operatori hanno risposto selezionando la voce “abbastanza” (24%), 5 selezionando “mai” (15%), 2 selezionando “molto” (6%) e 19 selezionando “poco” (56%).



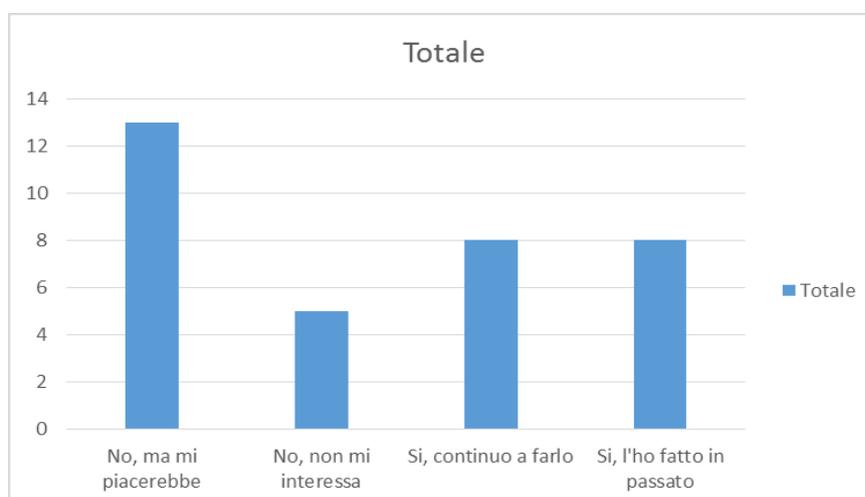
(GRAFICO N.18)

Al diciottesimo punto del questionario, alla domanda **“Ci sono occasioni in cui la persona assistita ritorna, nell'arco temporale di un anno, presso la struttura in cui lavora?”** 3 operatori hanno risposto selezionando la voce “mai” (9%), 20 selezionando “molte volte” (59%) e 11 selezionando “poche volte” (32%).



(GRAFICO N.19)

Al diciannovesimo punto del questionario, alla domanda **“In riferimento alla sua struttura, qual'è la fascia d'età in cui in media si riscontrano i migliori successi terapeutici e assistenziali?”** 19 operatori hanno risposto selezionando la voce “Prima età adulta 22-39” (56%), 13 selezionando “Seconda età adulta 40-59” (38%) e 2 selezionando “Terza età 60-75” (6%).



(GRAFICO N.20)

Al ventesimo punto del questionario, alla domanda **“Si è mai occupato/a di ricerca?”** 13 operatori hanno risposto selezionando la voce “No, ma mi piacerebbe” (38%), 5 selezionando “No, non mi interessa” (15%), 8 selezionando “Si, continuo a farlo” (24%) e 8 selezionando “Si, l'ho fatto in passato” (24%).

TERZA PARTE

DISCUSSIONE

Come si può notare in riferimento al grafico n.1 sfortunatamente non si è riusciti ad ottenere una panoramica del tutto completa in termini geografici, in quanto le risposte ottenute da coloro che hanno partecipato allo studio non coprono l'intero territorio italiano. Lo studio, molto probabilmente per questioni temporali di disponibilità del questionario online, ha infatti ricevuto risposte da 10 regioni delle 21 presenti nell'intero territorio nazionale. Tuttavia le differenti aree geografiche ci hanno comunque permesso di avere una visione più che rappresentativa dell'oggetto in studio, visto e considerato anche che le risposte provengono da operatori che esercitano la propria attività in diverse tipologie di strutture. Nonostante quindi l'incompleta copertura territoriale, lo studio ha infatti ottenuto ampia varietà in riferimento alle categorie di strutture nella quale gli operatori partecipanti allo studio prestano servizio. I 34 operatori, che hanno fatto parte del campione e che hanno partecipato rispondendo al questionario, prestano servizio in diverse strutture che si differenziano fra loro per la tipologia degli ospiti trattati, per la durata degli stessi trattamenti e per l'intensità assistenziale. Non a caso, come si può notare nel grafico n.2, abbiamo strutture nella quale vengono trattati soggetti nella fase acuta come gli SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), dal quale tra l'altro provengono la maggior parte delle risposte, e strutture per la riabilitazione dei soggetti come CSM, Strutture residenziali, Rems, ecc.

Analizzare i dati ottenuti, organizzandoli in grafici e confrontandoli fra loro, permette di far emergere come nel settore della salute mentale in Italia la situazione sia ancora molto differenziata e soprattutto non omogenea. Ci si accorge che alcuni aspetti sono comuni a più realtà di diverse aree territoriali ma, molti altri sono però contrastanti, come anche gli stessi pareri degli operatori che esercitano la propria attività in questo settore.

Partiamo con l'indagare l'utilizzo delle scale di valutazione, uno dei molteplici spunti che hanno motivato proprio lo sviluppo dello studio in questione. Andando ad analizzare il grafico n.2 ci si accorge che le risposte ottenute hanno portato ad un risultato non proprio atteso. La maggior parte degli operatori ha risposto selezionando la

voce “poco” e “per niente” in riferimento alla domanda sulla frequenza di impiego delle scale di valutazione nella pratica clinica quotidiana. Il lavoro però non si pone fin dall'inizio come mappatura dettagliata della situazione, perciò sotto questo aspetto possiamo dedurre che si tratti di una semplice situazione generale non particolare quindi di un'area territoriale.

Gli operatori riportano comunque che nonostante il non così ampio impiego delle scale queste risultino essere un ottimo strumento indispensabile per migliorare la qualità dell'assistenza anche in riferimento alla progettazione del piano assistenziale. A dimostrazione di ciò, infatti, nel grafico n.4 risulta facile notare come gran parte degli operatori partecipanti al questionario siano d'accordo proprio sulla facilità di applicazione di questo strumento. Questo rafforza il concetto di come le scale siano frutto del lavoro sul campo, di esperienza e di attività basate sull'evidenza, argomento già trattato nella prima parte dello studio e che rimarca come le scale siano strumenti del tutto fondamentali.

Se si mettono a confronto i grafici n.3 e n.4 viene quindi da chiedersi il perché di questa prima discrepanza che incontriamo. Ad una certa facilità di applicazione delle scale infatti risulta però uno scarso impiego di queste ultime.

Come specificato in precedenza, le scale di valutazione che vengono impiegate in salute mentale sono molteplici. Ogni realtà partecipante al campione ha quindi selezionato, e continuerà a farlo, da una vasta gamma di possibilità, quelle più opportune alle proprie esigenze. Anche se, quindi, lo studio non si è posto come obiettivo quello di stilare una mappatura di frequenza di impiego delle scale è stato comunque in grado di mostrare come le varie strutture del campione rappresentativo utilizzino effettivamente scale differenti, tanto che, alcuni operatori conoscono scale che ad altri risultano del tutto sconosciute. A dimostrazione di ciò, analizzando il grafico n.6, ci accorgiamo come molti operatori non conoscessero le scale Honos e la sua versione riadattata Honos Roma, scale che seppur ormai presenti sul campo da diversi anni, rappresentano una sorta di innovazione, in quanto sono due strumenti che indagano il soggetto in esame a 360 gradi, prendendo in considerazione diversi aspetti della sua vita quotidiana. Essendo comunque scale particolarmente efficaci e complete specifiche proprio della

salute mentale la maggior parte degli operatori del campione comunque la conoscono, anche se in proporzione, il numero di coloro che invece non la conoscono è però abbastanza consistente. Nel dettaglio, analizzando il grafico n.5 la scala Honos ha un impiego sicuramente di gran lunga superiore alle altre citate dal questionario. Numericamente coloro che la impiegano sono quasi il doppio di quelli che usano anche la Honos Roma e pari solo alla scala MOAS, segno che diverse realtà territoriali e strutturali l'hanno comunque riconosciuta ed adottata per la sua completezza di indagine e di risultato. Dato che lo studio ha inoltre dato la possibilità agli operatori di poter rispondere anche con altre scale non citate dal questionario, ma utilizzate comunque presso le strutture dove esercitano il loro servizio, ve ne sono ovviamente state riportate molte altre. Considerando che quello ottenuto è solo un campione sufficientemente rappresentativo fa riflettere su quanto sia effettivamente vasta la gamma delle scale utilizzate in salute mentale. Strutture simili fra loro per servizio utilizzano scale di valutazione differenti. Probabilmente ciò è una tra le tante motivazioni che possono presentarsi alla base delle numerose discrepanze che emergono, come vedremo, nel corso dello studio.

Dopo aver ottenuto un'indicazione sulla frequenza di utilizzo delle scale da parte delle strutture del campione, il questionario ha posto l'attenzione su un altro aspetto. Non solo ci si è chiesti quante strutture utilizzassero le scale ma, per una maggiore panoramica del caso, anche quali figure professionali le impiegassero. Quasi tutti gli operatori partecipanti hanno risposto affermativamente alle scale citate dal questionario, sia in termini di utilizzo presso la propria struttura di servizio sia in termini di frequenze di impiego per figura professionale. Per motivi intrinseci allo studio si è posta particolare attenzione alla figura professionale infermieristica, quindi ci si aspettava fin dall'inizio che le scale citate fossero utilizzate prevalentemente da questa figura professionale. Confrontando i grafici dal n.7 al n.11 si osserva infatti come sia l'infermiere colui che utilizza maggiormente queste scale. Risulta comunque abbastanza chiaro che queste siano utilizzate però anche da altre figure professionali con differenze numeriche di utilizzo in riferimento ad ogni singola tipologia di scala. Tutte le scale citate sono impiegate nelle strutture del campione ma ad esempio nel caso della Honos nella sua versione originale, le frequenze di utilizzo da parte di ogni figura professionale non è così rimarcata tra educatori, psichiatri, psicologi e infermieri (la maggior parte). Nel

caso della BPRS queste differenze tendono ad essere più evidenti, come anche nel caso della MOAS e della NOSIE. Tra quelle citate dal questionario ci sono anche le scale SANS, SAPS, SARN e la Hamilton che però hanno una diffusione quasi nulla tra le strutture del campione, perlomeno in riferimento alle altre prese in considerazione. Le prime tre addirittura sono state risposte solamente da un singolo operatore selezionando solamente la dicitura “utilizzata nel servizio dove lavoro” senza specificare però quale figura professionale le utilizzi. La Hamilton-D è stata risposta invece da due soli operatori anch'essi senza specificare quale figure ne facciano uso. Confrontando i risultati ottenuti in riferimento sia alle singole tipologie di scale e quindi dei loro campi di indagine, sia in riferimento alle singole figure professionali che le impiegano nelle varie strutture quindi non si osserva una netta differenza, anzi, ciò conferma proprio che indipendentemente dal tipo di soggetto assistito le scale impiegate nella varie strutture sono tipologicamente differenti.

Da questo punto dello studio in poi emerge una più rimarcata varietà in riferimento a quello che rappresenta il pensiero e le opinioni di coloro che si occupano e prestano servizio nel settore della salute mentale. Studiando ed analizzando in successione i grafici risultano, molto spesso presenti, due linee di pensiero degli operatori in merito alle scale di valutazione, sulla loro efficacia e sulle potenzialità che questi strumenti possono apportare all'assistenza. Dall'analisi del grafico n. 13, che indaga in particolar modo il grado di soddisfazione degli operatori in merito alla facilità di applicazione e l'esattività delle scale adottate presso le loro strutture, emerge proprio una doppia opinione a riguardo. La maggior parte degli operatori ha infatti selezionato la voce “abbastanza”, ma dal campione preso in esame risulta anche che una buona parte degli operatori ha invece risposto selezionando la voce “poco”. Questo gruppo che ha perciò espresso scarsa soddisfazione rappresenta addirittura quasi la metà di coloro che hanno invece dimostrato un'ottima soddisfazione e questo porta a capire come in questo settore le opinioni in riferimento alle scale siano parecchio discordanti fra loro. A conferma di ciò è sufficiente analizzare il successivo grafico, il n.14. In quest'ultimo, in cui si chiede la sussistenza, quindi la necessità di apportare eventuali modifiche alle scale attualmente impiegate nella clinica quotidiana, perseverano queste due linee di pensiero. La maggior parte degli operatori del campione ha infatti risposto selezionando la voce “abbastanza” mentre quasi lo stesso numero (due in meno) ha risposto selezionando la

voce “poco”. E' necessario procedere ulteriormente con lo studio per poter notare questa perseveranza di risultato. A questo punto dello studio, quindi, ci si può soffermare un attimo per andare ad analizzare una particolare relazione che potrebbe rispondere alla questione chiave. Coloro che affermano di non trovare così soddisfacenti le scale ne fanno effettivamente un uso così significativo che possono portarci a pensare ciò? Se andassimo ad analizzare in particolar modo tre domande chiave che sono state poste nel questionario e che, se messe in relazione fra loro possono ampliare una panoramica della situazione in esame, possiamo provare a dare una risposta. Queste tre aree di indagine riguardano la frequenza di applicazione delle scale, il grado di soddisfazione circa l'efficacia di queste e l'idea di poter apportare delle eventuali modifiche alla loro composizione. Analizziamo ora nel dettaglio ognuna delle due linee di pensiero principali entrando proprio nei due macrogruppi. Notiamo che in quello dove sono coloro che ne fanno un uso adeguato (13 operatori per l'esattezza), 11 di questi le reputa efficaci mentre solo 2 non le trova poi così soddisfacenti. Anche analizzando le risposte ottenute dai restanti 21 operatori del campione che invece non ne fanno un uso così routinario, risulta comunque che 13 di questi operatori sono d'accordo nel definire che le scale utilizzate presso la loro struttura non sono efficaci. Gli altri 8 dello medesimo gruppo ne sono invece convinti circa la loro efficacia e potenzialità nell'applicazione. Questi due filoni sono sostanzialmente indipendenti dalla tipologia di struttura nella quale i diversi operatori del campione prestano servizio, anche se emerge una maggiore tendenza a non utilizzarle negli SPDC. Possiamo quindi pensare che nelle strutture nella quale viene trattato il soggetto acuto effettivamente non si avverta un così essenziale bisogno di utilizzare questi strumenti (lo studio comunque non pone le basi per una comprensione delle motivazioni di ciò) anche se, come detto in precedenza, la differenza in termini di frequenza di utilizzo è particolarmente varia anche nelle altre strutture.

Nei grafici n.15 e n.16, l'attenzione si sposta invece al risultato che ci si dovrebbe logicamente aspettare di ottenere tramite l'utilizzo delle scale. Non a caso, ad esempio, nel grafico n.15 si chiede espressamente se l'utilizzo di queste comporta effettivi miglioramenti delle prognosi. In gran parte gli operatori del campione sono d'accordo sul definire efficace l'utilizzo di questi strumenti avendo selezionato la voce “abbastanza”, anche se un discreto gruppo, non lo trova proprio così efficace,

selezionando invece la voce “poco”. Seppur quest'ultimo rappresenta numericamente l'esatta metà di coloro che invece lo reputano abbastanza efficace, anche questo è un ulteriore elemento a dimostrazione delle discrepanze tra gli operatori della salute mentale, coerenti con quelli riguardanti gli aspetti precedenti. Anche analizzando l'aspetto gestionale delle risorse, altra peculiarità che migliora con l'utilizzo delle scale, ci si accorge che queste due linee di pensiero continuano ad essere marcate. Nel grafico n.16 emerge infatti che tra coloro che hanno risposto “abbastanza” e coloro che invece hanno selezionato la voce “poco” in merito alla migliore gestione delle risorse, non ci sia una così netta differenza numerica, ma anche qui le due diverse linee continuano a riaffiorare. Anche in questo caso, in riferimento ad entrambe le questioni, le risposte sono variegate in quasi tutte le tipologie di strutture esaminate, senza avere una particolare linea per una particolare tipologia di struttura.

A questa discrepanza di opinioni però ne segue un'altra ancora, stavolta di carattere oggettivo, riferito perciò a frequenze numeriche approssimate. Se si vanno ad analizzare i successivi due grafici n.17 e n.18 ci si accorge che nonostante difficilmente il soggetto venga valutato erroneamente (grafico n.17), questo può far ritorno più volte presso la struttura nel quale è stato trattato, anche nel corso dello stesso anno (grafico n.18). Andando ad analizzare singolarmente ogni grafico, notiamo che, nel n.17 gli operatori sono in gran parte decisamente d'accordo fra loro nell'affermare che i soggetti raramente ricevono valutazioni errate. Un gruppo numericamente inferiore, però, afferma che nella loro realtà, ciò succede con una certa frequenza, avendo selezionato invece la voce “abbastanza”.

Andando a studiare ed analizzare invece il n.18 risulta anch'esso soggetto a discrepanza. La maggior parte degli operatori affermano che il soggetto ritorna spesso più volte presso la struttura, ma un secondo gruppo composto da quasi la metà ha espresso invece che la cosa avviene di rado. Se confrontiamo la relazione che sussiste tra le strutture e la frequenza con cui un soggetto ritorna presso quella nella quale è stato trattato in precedenza, notiamo che non ci sono nette differenze tra strutture per acuti e residenziali, ma anche qui c'è una maggiore tendenza, seppur lieve, a farlo presso le strutture per acuti. Molto spesso il soggetto, una volta concluso il periodo di trattamento più o meno lungo nelle strutture per acuti, può iniziare un periodo di riabilitazione in

quelle per un trattamento cronico. Potrebbe quindi esserci una relazione tra le due situazioni.

Per completezza di analisi è stato anche chiesto agli operatori quale fosse l'età media nel quale i trattamenti risultano essere più efficaci. Non è raro incontrare presso le strutture assistite sempre più giovani. Negli ultimi tempi l'età media si è sempre più abbassata ma, grazie agli enormi progressi della medicina e dell'assistenza, favoriti anche dalla giovane età degli assistiti, i risultati dei trattamenti in questi soggetti sembrano risultare sempre più efficaci. Il grafico n.19 mostra invece una certa coerenza di opinione mostrando questi andamenti per fasce d'età. Come si può facilmente osservare, un andamento favorevole è stato dichiarato unanimemente nella fascia della prima età adulta, seguita dalla seconda, per poi ridursi drasticamente nella terza. La domanda che il quesito poneva non è riferita al mero discorso guarigione, ma ad una panoramica più ampia di effetti positivi terapeutici.

CONCLUSIONI

L'obiettivo del nostro studio è stato fin dalle sue fondamenta quello di poter avere una situazione più chiara possibile di quello che è il settore delle scale di valutazione, sotto diversi punti di vista. Seppur piccolo quindi il nostro campione ci ha permesso di avere una panoramica di quello che può essere rappresentativo della realtà in questione. Nel nostro Paese, nell'ambito della salute mentale, ciò che emerge è che la situazione è piuttosto diversificata, indipendentemente dall'area territoriale e/o dalla categoria del servizio preso in esame. Analizzando gli operatori e le strutture campionate siamo giunti alla conclusione che le scale di valutazione sono molto poco utilizzate nell'assistenza clinica, perlomeno dalla maggior parte delle strutture nella quale prestano servizio gli operatori che hanno partecipato allo studio.

Nonostante una certa variabilità di risultato abbiamo notato, in riferimento all'intensità di applicazione, che le strutture meno soggette all'impiego di questi strumenti di valutazione sono gli SPDC, nonché servizi nella quale l'assistito viene trattato per brevi periodi. Non si conoscono le motivazioni di ciò, possiamo perciò ricondurre probabilmente la cosa a protocolli locali, mancanza di tempo o ad altre motivazioni specifiche singole di ogni realtà territoriale e strutturale, magari più riferibili alle strutture per acuti che a quelle per la riabilitazione del soggetto. Ognuna di queste andrebbe quindi valutata e studiata per cercare di capire quali siano le scale che possono essere maggiormente applicate nella stessa. Diverse scale infatti possono essere applicate in maniera differente e possono fare davvero la differenza tra un prima ed un dopo.

Nonostante lo scarso utilizzo, dagli operatori campionati vi è comunque riposta fiducia nelle scale, quali strumenti di valutazione significativi nell'assistenza e nella gestione sia di assistito che di risorse. Un dato significativo che conferma ciò, può essere rintracciabile anche nel fatto che, anche da gran parte di coloro che prestano servizio in strutture nella quale le scale non trovano un impiego consistente, vi è la coscienza che possano comunque rappresentare un valido esempio di strumento operativo e li reputa come ottimi mezzi da affiancare ai più comuni esami di routine. Tuttavia vi sono anche coloro che non ripongono fiducia in questi strumenti non valutandoli validi come

dovrebbero, e che rappresentano nel campione una porzione non così irrilevante. Alcuni di questi però prestano servizio in strutture nella quale, basandoci sui dati ottenuti con il questionario, le scale vengono utilizzate molto poco. Supposizioni che possiamo trarre sono magari riconducibili al fatto che questi operatori possano operare in particolari realtà che non hanno potuto sfruttare al meglio le potenzialità di questi strumenti di valutazione, magari per semplici questioni tecniche.

In definitiva, seppur con una propria variabilità di risultato in termini di opinioni positive e negative, quanto a questi strumenti vi è tuttavia un certo grado di soddisfazione nel loro utilizzo in salute mentale. Gli operatori infatti, sono comunque in gran parte d'accordo nell'idea che queste debbano essere soggette a modifiche ed aggiornamenti per far fronte agli innumerevoli casi che quotidianamente il complesso ambito della salute mentale può presentare. L'idea che ci possiamo fare a seguito di ciò è che le scale sono comunque molto valide, perché danno effettivi risultati in termini di migliore gestione e ottimizzazione delle risorse, a beneficio non solo delle singole strutture, di qualsiasi categoria esse siano, ma anche in riferimento alla corretta valutazione della situazione clinica dell'assistito e della sua correlata ospedalizzazione. Quest'ultimo aspetto rimane comunque una realtà ancora abbastanza tangibile nel caso dei servizi che si occupano del soggetto acuto con riospedalizzazioni del soggetto più volte nell'arco temporale (convenzionale) di un anno.

Possiamo considerare lo studio anche a tutti gli effetti un vero e proprio strumento di spunto, presentando la realtà dei fatti che si ha nel settore della salute mentale. Questo è un settore affascinante ma piuttosto nuovo in Medicina e come tale non ancora del tutto compreso. Per chi è nuovo nel campo questo risulta particolarmente difficile da comprendere appieno ma è a tutti gli effetti un settore che può presentare grandi potenzialità ed è per questo giusto investire in una maggiore ricerca sul campo. Comprendere quali siano i punti deboli, creare occasioni di dialogo e scambio informazioni tra le diverse strutture di più realtà territoriali e tra più operatori del settore in questione può essere davvero l'arma vincente per un maggiore sviluppo. Come si è visto finora nell'analisi dei dati, questo settore è ancora potenzialmente colmabile delle sue lacune. Tutto questo potenziale lo si deve proprio agli operatori che prestano servizio in questo delicato settore.

Affinché un determinato ambito possa crescere e svilupparsi ha bisogno di ricerca. Tramite l'esperienza, l'iniziativa e la collaborazione tutto ciò può essere reso possibile. La possibilità di migliorare e apportare il proprio contributo anche nella formazione di strumenti fondamentali capaci di migliorare sostenibilmente l'assistenza in ogni sua forma, come anche le scale di valutazione, sono alla base di quello che può essere sicuramente un futuro vincente.

Scale ed operatori sono perciò i principali strumenti senza il quale questo settore non può migliorare.

BIBLIOGRAFIA

- Conti, L. (1999). Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria – Tomo I, II e III

SITOGRAFIA

- <https://www.assocarenews.it/infermieri/concorsi-infermieri/appunti-concorsi-infermieri/scale-valutazione-infermieristica#:~:text=Le%20Scale%20di%20Valutazione%20Infermieristica,utili%20al%20raggiungimento%20degli%20stessi>, consultato il 04/03/2021
- <https://www.nurse24.it/studenti/scale-di-valutazione/la-valutazione-in-psichiatria-una-sfida-e-un-opportunita.html>, consultato il 04/03/2021
- https://en.wikipedia.org/wiki/Brief_Psychiatric_Rating_Scale, consultato il 04/03/2021
- <https://www.assocarenews.it/infermieri/concorsi-infermieri/appunti-concorsi-infermieri/moas-scala-di-valutazione-dell'aggressivita>, consultato il 04/03/2021
- https://currentnursing.com/pn/nurses_observation_scale_for_inpatient_evaluation.html, consultato il 04/03/2021
- https://it.qaz.wiki/wiki/Scale_for_the_Assessment_of_Negative_Symptoms, consultato il 05/03/2021
- <http://www.psychiatryonline.it/node/3570#:~:text=Gli%20item%20della%20SAPS%20sono, valutazione%20globale%20dei%20singoli%20cluster>, consultato il 05/03/2021
- <https://focusonbrain.com/la-rivista/numero-3/rubriche/scale-di-valutazione-della-depressione/>, consultato il 05/03/2021
- <https://www.giuntipsy.it/catalogo/test/scl-90-r>, consultato il 05/03/2021
- <http://www.psychiatryonline.it/node/3519>, consultato il 05/03/2021

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio il mio relatore, il Prof. Maurizio Ercolani per la grande pazienza dedicatami, la mia famiglia per il supporto e le disponibilità concessemi, i miei colleghi dell'intero percorso triennale, in particolar modo Michele, Matteo, Dario, Giacomo, Giacomo e Sara per avermi fatto passare una bellissima esperienza che ricorderò con molto piacere.