



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Il ruolo dell'infermiere di salute mentale
e del territorio nella prevenzione della
riacutizzazione delle patologie
psichiatriche**

Relatore:
ROBERTA VITALI

Tesi di Laurea di:
**BEATRICE
D'AMBROGIO**

A.A. 2021/2022

INDICE

Abstract

Background

Obiettivi

Materiali e metodi

Risultati

Conclusione

1. Introduzione.....	1
1.1 Normativa e storia.....	1
1.2 DSM.....	4
1.3 CSM e assistenza territoriale.....	4
1.4 L'infermiere psichiatrico nel CSM e territorio.....	7
1.5 Continuità assistenziale e monitoraggio della riacutizzazione della malattia mentale.....	10
2 METODI MONITORAGGIO RECOVERY.....	13
2.1 Mental Health Recovery Star.....	13
2.2 VADO.....	18
2.3 Scala HoNOS - Health of the Nation Outcome Scales.....	25
3 MATERIALI E METODI.....	28
Quesito di ricerca.....	29
Metodi di ricerca delle evidenze.....	30
4 RISULTATI.....	32
5 DISCUSSIONE.....	46

6 CONCLUSIONE.....	49
7 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	51

ABSTRACT

Background

Quando si parla di salute mentale è fondamentale fare riferimento al concetto di recovery che non implica la guarigione dalla malattia, ma consiste in un processo dinamico attraverso il quale la persona impara a convivere con la patologia acquisendo capacità sociali e personali sempre maggiori, reinserendosi nel contesto lavorativo e sociale. L'infermiere di salute mentale territoriale ha un ruolo da protagonista nel garantire questo percorso attraverso la continuità assistenziale tramite visite ambulatoriali e a domicilio in cui entra in relazione con l'assistito e il suo contesto domestico e familiare; di estrema importanza è la capacità dell'infermiere di valutare la presenza di segni e sintomi di un'eventuale riacutizzazione della malattia mentale in modo tale da formulare obiettivi assistenziali e conseguentemente mettere in atto interventi appropriati; questa valutazione, affinché sia il più possibile accurata e precisa, dovrebbe avvalersi di scale.

Obiettivi

Il fine di questo studio è stato analizzare tre scale di valutazione (MHRS, FPS dell'approccio VADO, HoNOS) per capire se è possibile applicarle nella pratica assistenziale da parte dell'infermiere territoriale.

Materiali e metodi

E' stata effettuata un'analisi della letteratura presente all'interno di banche dati circa le tre scale di valutazione studiate.

Risultati

La ricerca in letteratura ha permesso di analizzare sette studi che hanno dimostrato le proprietà psicometriche delle scale di valutazione e la loro applicazione nella pratica clinica fornendo risultati soddisfacenti, nella maggior parte dei casi sono risultate facili da usare e affidabili

Conclusioni

Sebbene gli studi mostrino come alcune di queste scale non possano essere usate come strumento clinico di routine, rappresentano mezzi che possono aiutare la pratica assistenziale nella valutazione del funzionamento e recovery degli utenti da parte dell'infermiere di salute mentale; e rappresentano ottimi punti di partenza per migliorarle e

svilupparne di nuove.

Parole chiave

Psychiatric nurse, recovery, MHRS scale, HoNOS scale, VADO, FPS scale, revisione della letteratura

1. INTRODUZIONE

1.1 Normativa e storia

La prima legislazione nell'ambito della salute mentale risale alla legge 14/02/1904 n° 36 “Disposizione sui Manicomi e sugli alienati”. Questa legge rappresenta il primo tentativo di regolamentazione della salute mentale.

L'Articolo 1 recita "Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi."

Questa legge rispecchia la visione della psichiatria e della malattia mentale del periodo, secondo cui il malato fosse qualcuno di alieno, estraneo dalla società e dovesse pertanto esserne allontanato. L'assistenza in ambito psichiatrico si limitava praticamente alla custodia più che alla cura e alla riabilitazione. Il ricovero, inteso come un vero e proprio atto di pubblica sicurezza, più che sanitario, avveniva in base a due criteri: pubblico scandalo e pericolosità sociale; l'ammissione al manicomio poteva essere richiesta da chiunque, era necessario un certificato medico che attestasse la malattia mentale convalidato da un'ordinanza emessa dal pretore o dall'autorità di pubblica sicurezza ed entro trenta giorni il direttore del manicomio stabiliva se la persona fosse effettivamente alienata e in tal caso veniva definitivamente rinchiusa in manicomio che implicava automaticamente la dichiarazione di incapacità di intendere e di volere con conseguente nomina di un tutore dal tribunale e veniva istituita la proscrizione: l'iscrizione in apposito casellario giudiziale presso il tribunale, come qualsiasi altro criminale.

Bisognerà aspettare solo fino alla legge del 18 Marzo 1969, con l'emanazione della legge Mariotti che si inseriva in un contesto di cambiamenti sociali e che rispondeva all'introduzione in salute mentale degli psicofarmaci.

Questa legge introduce importanti modifiche alla struttura e alla visione dell'assistenza psichiatrica: si comincia a parlare di ospedali psichiatrici e non più manicomi, viene assicurato il rapporto di un infermiere ogni tre posti-letto; introduce il concetto di volontarietà del ricovero; viene abrogato l'articolo 604, n.2 del codice di procedura penale con cui viene revocata la proscrizione presso i casellari giudiziari; di fondamentale importanza è inoltre l'apertura dei Centri di Igiene Mentale che garantiscono continuità

assistenziale all'utente dopo la dimissione ospedaliera.

L'apertura dei Centri di Igiene Mentale pone le basi di un nuovo concetto assistenziale e di sostegno dell'assistito a livello ambulatoriale e domiciliare con coinvolgimento diretto della famiglia a livello del progetto terapeutico-riabilitativo.

Gli anni '70 in Italia furono teatro di numerosi movimenti culturali e sociali, spesso posti in ottica anti istituzionale in cui si inserisce un'aspra critica nei confronti dell'istituzione del manicomio visto come strumento di controllo ed emarginazione dei malati mentali senza avere un reale scopo terapeutico e di supporto

Fu proprio in questo periodo che lo psichiatra Franco Basaglia, presso l'ospedale psichiatrico di Gorizia prima e Trieste poi, mise in atto grandi innovazioni come: vietare il ricorso all'elettroshock e alle camicie di forza; abolire il camice bianco per medici ed infermieri in quanto considerati simbolo della gerarchia all'interno del manicomio in modo da superare la diffidenza dei malati nei confronti di infermieri e medici, modificando dunque il rapporto paziente-infermiere paziente-medico; mise in atto laboratori di pittura e teatro; nacque una cooperativa di lavoro in modo da permettere alla persona di iniziare a svolgere mestieri riconosciuti e retribuiti promuovendone dunque il reinserimento in società. L'assistito non era più visto come un detenuto da controllare, ma come una persona da curare.

La necessità di un cambiamento giuridico che riflettesse le trasformazioni psicologiche e sociali di quegli anni venne esaudita con l'approvazione della Legge 13 Maggio 1978 n. 180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" conosciuta come Legge Basaglia la quale vara la Riforma Psichiatrica che porta a sostanziali cambiamenti culturali e organizzativi in ambito di salute mentale

Questa legge ha infatti avviato un cambiamento nell'approccio della malattia mentale, gli obiettivi e gli interventi da attuare:

- l'Art 1 sancisce la volontarietà degli accertamenti e trattamenti sanitaria
- gli Art. 2-3-4-5-6 regolamentano rigidamente i Trattamenti Sanitari Obbligatori
- l'Art. 7 sancisce la definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici attraverso il divieto di costruirne di nuovi e utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche.

- l'Art 10 modifica il codice penale sopprimendo le espressioni come "alienati di mente", "di infermi di mente o", "a uno stabilimento di cura o"

Le innovazioni introdotte dalla legge Basaglia verranno poi implementate e attuate in maniera più precisa con il progetto "Obiettivo tutela salute mentale" contenuto all'interno del Piano Sanitario Nazionale 1994-1996 che definisce standard e tipologie di servizi per l'assistenza psichiatrica; decreta un'organizzazione dipartimentale attraverso il Dipartimento di Salute Mentale a cui fanno capo o tutte le attività, territoriali e ospedaliere, dell'assistenza psichiatrica e che deve avere un bacino di utenza definito; garantire tutti gli interventi, compresa l'urgenza; avere un organico pluriprofessionale unico e adeguato ed una direzione unica; disporre di una sede, di ambulatori, posti letto ospedalieri, strutture semiresidenziali e residenziali; l'aumento e la diversificazione delle competenze professionali degli operatori del settore per metterli in grado di svolgere la maggiore complessità dei compiti loro affidati.

Con il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 viene stabilita la centralità del territorio rispetto all'assistenza psichiatrica, l'orientamento alla riabilitazione e al reinserimento sociale; la necessità di sostegno EBM rispetto agli interventi attuati.

L'ingresso al nuovo millennio sancisce dunque:

- Migliorare la qualità della vita e l'integrazione sociale dei soggetti con malattie mentali;
- Ridurre l'incidenza dei suicidi nella popolazione a rischio per problemi di salute mentale;
- Completamento su tutto il territorio nazionale del modello organizzativo dipartimentale;
- Stretta integrazione delle strutture operative coinvolte in modo tale che la presa in carico del paziente sia chiaramente evidenziata nella sua globalità anche per gli aspetti riguardanti le risorse impiegate;
- Riconversione delle risorse recuperate dalla chiusura dei manicomi, destinandole alla realizzazione di condizioni abitative adeguate (residenziali e diurne) e alle attività dei dipartimenti di salute mentale;
- Riqualficazione e formazione del personale sanitario, in particolare di quello già operante negli ex ospedali psichiatrici;
- Realizzazione di interventi per la tutela della salute mentale in età evolutiva;
- adozione di programmi di aiuto alle famiglie con malati mentali, per sostenere i gravi carichi assistenziali che esse affrontano quotidianamente.

1.2 DSM

- Il Dipartimento di salute mentale (DSM) è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL).

Il DSM è dotato dei seguenti servizi:

- servizi per l'assistenza diurna: i Centri di Salute Mentale (CSM)
- servizi semiresidenziali: i Centri Diurni (CD)
- servizi residenziali: strutture residenziali (SR) distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative
- servizi ospedalieri: i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e i Day Hospital (DH).

1.3 CSM e assistenza territoriale

Il Centro di Salute Mentale (CSM) è il centro di primo riferimento per i cittadini con disagio psichico. Coordina nell'ambito territoriale tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione dei cittadini che presentano patologie psichiatriche. Al Centro fa capo un'équipe multiprofessionale costituita almeno da uno psichiatra, uno psicologo, un assistente sociale e un infermiere professionale.

Il CSM assicura i seguenti interventi:

- trattamenti psichiatrici e psicoterapie, interventi sociali, inserimenti dei pazienti in Centri diurni Day hospital strutture residenziali, ricoveri
- attività diagnostiche con visite psichiatriche, colloqui psicologici per la definizione di appropriati programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi nell'ottica dell'approccio integrato, con interventi ambulatoriali, domiciliari, di rete e residenziali nella strategia della continuità terapeutica
- attività di raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza

psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formativa. In alcuni CSM è attiva anche una linea telefonica dedicata ai medici di famiglia per counselling, durante l'orario di apertura

- consulenza specialistica per i servizi “di confine” (alcolismo, tossicodipendenze ecc.), nonché per le strutture residenziali per anziani e per disabili
- attività di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private accreditate, al fine di assicurare la continuità terapeutica
- valutazione ai fini del miglioramento continuo della qualità delle pratiche e delle procedure adottate
- intese e accordi di programma con i Comuni per, tra l'altro, inserimenti lavorativi degli utenti psichiatrici, affido etero-familiare ed assistenza domiciliare
- collaborazione con Associazioni di volontariato, scuole, cooperative sociali e tutte le agenzie della rete territoriale.
- attività di intervento in situazioni di emergenza urgenza anche in collaborazione con il Servizio 118;
- interventi di inserimento lavorativo e formazione al lavoro, di reperimento alloggi, di programmazione di attività risocializzanti, espressive e riabilitative (soggiorni, tempo libero, etc.);
- definizione e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi.

È previsto che il CSM sia attivo, per interventi ambulatoriali e/o domiciliari, almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana.

In tutti i servizi che compongono un DSM, l'infermiere è sempre presente; è un professionista che, per formazione, è in grado e ha il dovere di assicurare la salute nella sua dimensione biologica, psicologica, sociale e spirituale, gestendo dunque gli aspetti specifici della salute mentale, oltre i disturbi definiti organici.

Nel corso del 2020 gli utenti assistiti con almeno un contatto presso strutture territoriali psichiatriche sono pari a 689.547 unità, ovvero 135,8 per 10.000 abitanti adulti.

Le patologie più frequenti tra gli utenti psichiatrici assistiti nei servizi territoriali sono la depressione con un tasso del 31,2 per 10.000 abitanti, la schizofrenia e le altre psicosi funzionali (29,9 per 10.000 abitanti), le sindromi nevrotiche e somatoformi (18,0 per

10.000 abitanti), la mania e i disturbi affettivi bipolari (11,9 per 10.000 abitanti), i disturbi della personalità e del comportamento (10,3 per 10.000 abitanti).

1.4 L'infermiere psichiatrico nel CSM e territorio

Le trasformazioni sociali e giuridiche hanno prodotto un cambiamento nell'approccio assistenziale dell'infermiere nei confronti del malato psichiatrico.

All'interno dei manicomi, per assolvere alla necessità di segregazione dei cosiddetti alienati, il ruolo dell'infermiere era di guardiano e controllore della sicurezza, col solo compito di eseguire le richieste dei medici.

La legge 431/1969 determina un punto di svolta in quanto l'infermiere non è più visto come mero guardiano, ma come attore dei programmi terapeutici e riabilitativi: la sua attività non è più svolta solo all'interno delle mura ospedaliere, ma si applica anche all'interno dei neonati Centri di Igiene Mentale.

Il D.P.R. 13 Ottobre 1975 N° 867 "Modificazioni all'ordinamento delle scuole per infermieri professionali ed ai relativi programmi di insegnamento." sancisce la durata di tre anni per il conseguimento del titolo di Diploma di Stato di infermiere professionale e introduce l'igiene mentale come materia di studio.

Con la Legge 19 novembre 1990, n. 341 "Riforma degli ordinamenti didattici Universitari", la formazione infermieristica entra in campo universitario con la presenza dei corsi di infermieristica applicata alla salute mentale e Psicologia clinica e fornisce la possibilità di una formazione pratica effettuando tirocinio clinico presso il DSM.

Con il DM 739/94 l'infermiere viene riconosciuto come operatore sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica; il comma 2 dell'Art 1 afferma inoltre che "l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa". Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria", viene dunque riconosciuta l'autonomia operativa, diventando così da mero esecutore di mansioni e richieste mediche a professionista formato in grado di attuare interventi assistenziali in ambito tecnico, psicologico, relazionale e sociale: tutti requisiti fondamentali per il trattamento e l'approccio alla malattia mentale.

Possiede le competenze per occuparsi anche di altri ambiti trasversali, tra i quali spicca quello dell'accoglienza, un processo influenzato da rapporti interpersonali, dalle informazioni, dal comfort ambientale e dall'organizzazione del lavoro.

L'infermiere psichiatrico del CSM e territorio è colui che intrattiene maggiormente le relazioni con gli utenti coniugando le proprie competenze tecniche, attraverso la somministrazione di terapie come quelle long active, con quelle relazionali instaurando con l'assistito una relazione d'aiuto: processo all'interno del quale due persone stabiliscono un legame forte, intenso e profondo dove una delle due si trova in una condizione di bisogno,

mentre l'altra – l'infermiere – possiede gli strumenti per identificare una possibile soluzione.

Nell'agire professionale, l'infermiere psichiatrico territoriale è chiamato quotidianamente a mettere in atto quelle che sono le peculiarità del nursing psichiatrico: accoglienza, presa in carico, continuità terapeutica, progetto terapeutico, follow-up e multiprofessionalità.

L'assistenza nell'ambito della salute mentale prevede la collaborazione tra diverse figure professionali. Il lavoro di equipe è una condizione necessaria per attuare risposte clinico assistenziali. Il lavoro di equipe, per essere efficace, richiede:

- Continuità storica del gruppo;
- Condivisione di una cultura di servizio;
- Organizzazione chiara e flessibile;
- Conoscenza delle altre professioni;
- Rispetto dei ruoli;
- Accettazione reciproca.

Il lavoro di equipe implica la formazione integrata di un gruppo, composto da persone che lavorano in modo armonico attraverso riunioni collegiali dove si realizzano interscambi, confronti, contributi, suggerimenti, pareri.

Saper lavorare in equipe significa: uscire dall'autoreferenzialità e superare l'isolamento professionale, condividere frustrazioni e insuccessi, affrontare insieme problemi complessi, condividere difficoltà gestionali quindi: cooperare, mettersi in discussione, superare problemi e conflittualità.

Gli utenti che afferiscono al CSM hanno gradualmente recuperato le capacità sociali e relazionali necessarie per integrarsi con il contesto sociale, l'intervento dell'infermiere in questo setting assistenziale è pertanto mirato alla: conservazione delle abilità, al monitoraggio di eventuali segnali di possibili peggioramenti; altro importante aspetto è la relazione con la famiglia a cui vanno rivolti interventi di sostegno, ascolto, counseling; l'infermiere si attiva e si integra con la rete di servizi che ruotano intorno all'utente: servizi sociali, volontariato, gruppi ricreativi.

Tutto questo viene attuato attraverso le visite domiciliari, riunioni ed incontri, assicura un costante contatto con gli utenti aiutandoli a conservare la capacità di soddisfare

autonomamente i propri bisogni, a mantenere un adeguato rapporto con la realtà e a individuare precocemente i segnali di ricaduta.

1.5 Continuità assistenziale e monitoraggio della riacutizzazione della malattia mentale

Secondo l'OMS il concetto di salute non si riduce nella sola assenza di malattia, ma in uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale.

In salute mentale è scorretto parlare di guarigione, il concetto di riferimento quando si parla di salute mentale e continuità assistenziale è quello di Recovery. Non si riferisce a una cura o a una prestazione specifica, ma implica un percorso, durante il quale il cittadino-paziente deve imparare a fronteggiare gli eventi quotidiani, avere buone capacità relazionali e sociali, servendosi anche di opportuni sostegni e riconoscendo i propri limiti.

La recovery prevede dunque la gestione dei sintomi della malattia e la capacità di convivere riuscendo piano piano ad acquistare livelli sempre maggiori di autonomia, ad inserirsi nel contesto sociale e mantenerne il ruolo nel tempo, effettuare attività significative come lavoro, hobby, attività del tempo libero.

A differenza del concetto di guarigione, quello di recovery presuppone un processo, un percorso nell'intera vita della persona da ogni punto di vista, che non si esaurisce con la dimissione ospedaliera, ma continua attraverso un processo di cambiamento personale e di riappropriazione del controllo sulla propria vita, il rafforzamento di una attitudine positiva rispetto ad una propria progettualità attraverso l'accesso alle opportunità sociali, allo sviluppo di nuove abilità e competenze, all'averne potere contrattuale e all'essere responsabili nella cura di se stessi.

Al fine di garantire la costruzione di un percorso dopo il termine della fase acuta della malattia è quindi di fondamentale importanza la presa in carico a livello territoriale degli utenti psichiatrici da parte del team multidisciplinare in modo da curarne gli aspetti organici, psichici e relazionali.

La continuità delle cure, nell'ambito della salute mentale, è la capacità di fornire una cura ininterrotta e coordinata tra programmi, professionisti, organizzazioni e livelli di assistenza per un periodo esteso di tempo.

Uno dei protagonisti della recovery e continuità assistenziale è proprio l'infermieria, il quale, attraverso visite a domicilio e ambulatoriali ha il compito di aiutare gli utenti della conservazione e miglioramento delle proprie abilità. Secondo Hildegard Peplau, teorica del nursing psicodinamico -che definisce l'assistenza infermieristica come una relazione interpersonale significativa, ovvero basata sull'esplorazione e sulla gestione dei significati

psicologici di valori, sentimenti e comportamenti del paziente - è soprattutto quello di sostenere il paziente con la relazione (counseling) al fine di identificarne i bisogni e risolverne i problemi – l’infermiere, nella relazione con l’assistito, assume sei ruoli:

- Estraneo: utile nelle prime fasi, per accettare il malato senza alcun pregiudizio;
- Risorsa/sostegno: professionista in grado di rispondere in maniera adeguata ai dubbi del malato;
- Educatore: l’infermiere conduce il malato a servirsi della propria situazione come occasione di apprendimento;
- Leader partecipativo: l’infermiere porta l’assistito a raggiungere gli obiettivi assumendo un ruolo di supervisione e cooperazione;
- Sostituto: il paziente attribuisce all’infermiere una gamma di emozioni che ha già provato in passato;
- Consulente: ruolo di consigliere assunto dall’infermiere, che Peplau ritiene il più importante in ambito psichiatrico.

Secondo il Rapporto Salute Mentale, i cui dati sono stati analizzati tramite il Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), nel corso del 2020 gli utenti assistiti con almeno un contatto presso strutture territoriali psichiatriche sono pari a 689.547 unità, ovvero 135,8 per 10.000 abitanti adulti. Le patologie più frequenti tra gli utenti psichiatrici assistiti nei servizi territoriali sono la depressione con un tasso del 31,2 per 10.000 abitanti, la schizofrenia e le altre psicosi funzionali (29,9 per 10.000 abitanti), le sindromi nevrotiche e somatoformi (18,0 per 10.000 abitanti), la mania e i disturbi affettivi bipolari (11,9 per 10.000 abitanti), i disturbi della personalità e del comportamento (10,3 per 10.000 abitanti).

In particolare nella regione Marche, il numero di utenti presenti in strutture territoriali psichiatriche è pari a 121,6 per 10.000 abitanti

Le prestazioni erogate nel 2020 dai servizi territoriali ammontano a 8.299.120 con una media di 12,3 prestazioni per utente. Nella regione Marche le prestazioni erogate in strutture territoriali ammontano a 213.995 con una media di 13,5 prestazioni per utente.

Gli operatori prevalenti sono rappresentati da medici (34,7%) ed infermieri (42,7%); i medici sono particolarmente presenti nella sede principale del DSM (39,0% del personale totale operante in sede), mentre a domicilio le prestazioni si riferiscono per il 70,0% agli infermieri, il 6,6% da attività di coordinamento e il 6,3% da attività di supporto alla vita quotidiana, il 6,2% da attività psicologica-psicoterapica; la quota restante riguarda attività

rivolta alla famiglia e attività di supporto.

La tipologia di prestazioni erogata è strettamente correlata alla diagnosi: per utenti con diagnosi di schizofrenia l'attività infermieristica a domicilio e nel territorio è stata quella maggiormente richiesta (39,1%), rispetto all'attività di riabilitazione e risocializzazione territoriale e l'attività psichiatrica; Per la diagnosi di mania e disturbi affettivi bipolari le prestazioni maggiormente erogate sono l'attività infermieristica al domicilio e nel territorio (35,7%), l'attività psichiatrica (23,4%), l'attività di riabilitazione e risocializzazione territoriale (9,7%); per la diagnosi di disturbi della personalità e del comportamento le prestazioni più frequenti sono l'attività infermieristica al domicilio e nel territorio (30,7%), l'attività psichiatrica (22,3%), l'attività di riabilitazione e risocializzazione territoriale (11,4%); per la diagnosi di sindromi nevrotiche e somatoformi le prestazioni maggiormente erogate sono l'attività psichiatrica (31,9%), l'attività infermieristica al domicilio e nel territorio (21,5%), l'attività psicologica e psicoterapica (13,9%), e infine l'attività di riabilitazione e risocializzazione territoriale (8,1%).

In particolare gli interventi maggiormente effettuati sono stati: somministrazione di farmaci, visite psichiatriche, colloqui, interventi di supporto, colloqui con i familiari, interventi sulle abilità di base, interventi di rete, riunioni, colloqui clinico psicologici

2 METODI MONITORAGGIO RECOVERY

2.1 Mental Health Recovery Star

La Mental Health Recovery Star (MHRS) è uno strumento che, mediante un approccio collaborativo, consente di valutare il percorso di recovery di pazienti affetti da un disturbo mentale. Negli ultimi decenni il concetto di recovery ha progressivamente acquisito una maggiore importanza nell'ambito della ricerca e nella politica della salute mentale. In particolare, la recovery offre un'opportunità di trasformazione per i servizi favorendo un maggior protagonismo degli utenti coinvolgendoli nella definizione dei propri obiettivi di cura. La Mental Health Recovery Star (MHRS) si colloca in questo contesto e si caratterizza come uno strumento utile agli operatori di riferimento per la costruzione di progetti di cura e di riabilitazione individualizzati, al loro monitoraggio e verifica, mantenendo al centro l'utente e valorizzando il suo percorso. La MHRS è stata sviluppata da Triangle Consulting su mandato del Mental Health Providers Forum in Inghilterra, dove è stata oggetto dello studio di validazione delle proprietà psicometriche e dove ha trovato impiego in un'ampia gamma di servizi e progetti.

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

Lo strumento è considerato una misura di esito olistica e personalizzata, con un focus sull'approccio di recovery. La MHRS rileva il percorso di recovery dell'utente mediante una descrizione linguistica e una mappa visiva, per favorire l'individuazione del punto in cui il soggetto si trova nel proprio processo di recovery. In aggiunta, consente alla persona di tracciare i propri progressi e pianificare le azioni necessarie per soddisfare i propri obiettivi di cambiamento.

Le dieci aree della Recovery Star:

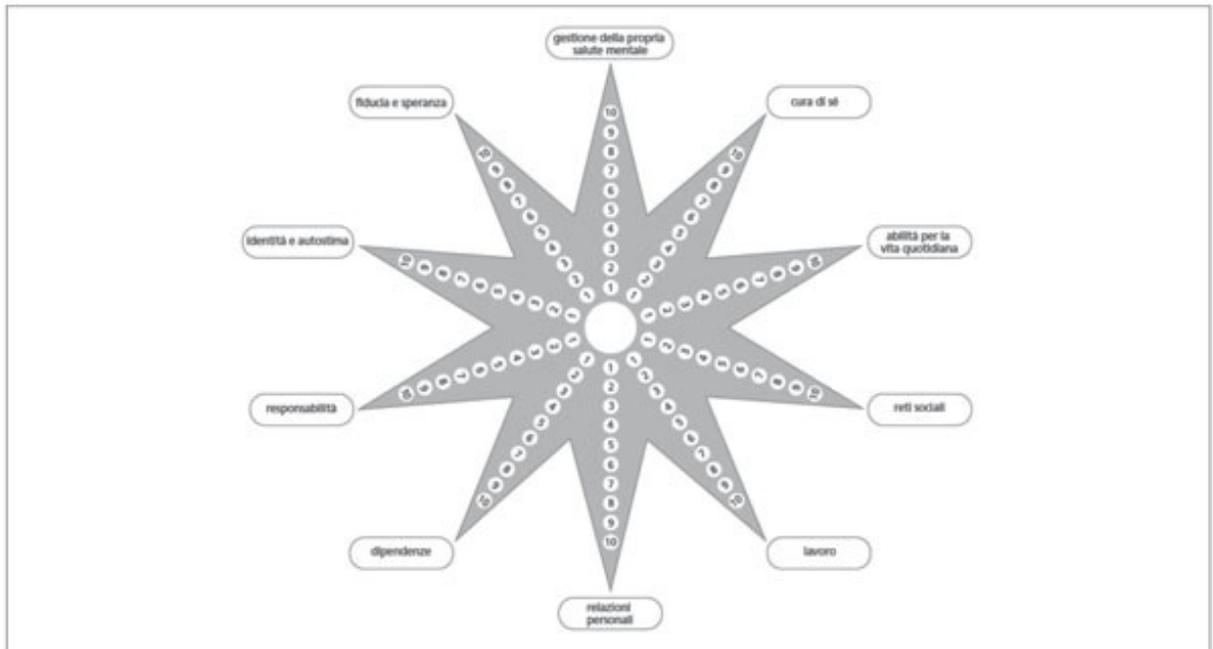
- **Gestire la salute mentale:** Si tratta di imparare a gestire se stessi e i sintomi e costruire una vita soddisfacente e significativa che non sia definita o limitata da essi.
- **Salute fisica e cura di sé:** Si tratta di prendersi cura di sé: della salute fisica, mantenersi pulito, come ci si presenti, essere in grado di affrontare lo stress.

- **Abilità di vita:** si tratta del lato pratico di essere in grado di vivere in modo indipendente, fare acquisti e cucinare, trattare con i vicini e le persone che visitano, mantenendo il proprio posto pulito e ordinato.
- **Social network:** si tratta dei social network e dell'essere parte della comunità, incluso il volontariato o le classi, l'essere parte di un club o di una società, di una scuola o di un'organizzazione religiosa o di gruppi di amici.
- **Lavoro:** si tratta del lavoro, della voglia di lavorare, sapere cosa si vuole fare, avere le capacità e le qualifiche per ottenere il lavoro desiderato e trovare e mantenere un lavoro; il volontariato o altre attività simili al lavoro possono essere un obiettivo.
- **Relazioni:** si tratta delle relazioni importanti nella vita.
- **Comportamento di dipendenza:** si tratta di qualsiasi comportamento di dipendenza come l'uso di droghe o alcol, il gioco d'azzardo, il cibo o lo shopping. Si tratta della consapevolezza di eventuali problemi in quest'area e se si sta lavorando per ridurre i danni che possono causare.
- **Responsabilità:** si tratta di adempiere alle proprie responsabilità in relazione al luogo in cui si vive, comprese cose come pagare l'affitto, andare d'accordo con i vicini o altri residenti. Copre anche la violazione della legge.
- **Identità e autostima:** riguarda come ci si sente riguardo a se stesso. Si tratta di arrivare al punto in cui si ha un senso della propria identità.
- **Fiducia e speranza:** riguarda la sensazione che ci siano persone di cui fidarsi e che c'è speranza per il tuo futuro. Si tratta di fidarsi degli altri, di se stesso e di avere fede nella vita.

Figura 1

1. La gestione della propria salute mentale L'area fa riferimento alla gestione della propria salute mentale e alla capacità di sviluppare una vita soddisfacente e significativa, anche in presenza di eventuali sintomi.
2. Cura di sé L'area fa riferimento alla cura di sé, in particolare della propria salute fisica, dell'igiene personale, della gestione dello stress e al mantenimento dello stato generale di benessere.
3. Abilità per la vita quotidiana L'area fa riferimento agli aspetti pratici della vita in autonomia: fare la spesa, cucinare, avere a che fare con i vicini, tenere in ordine il posto in cui si vive e gestire il proprio denaro.
4. Reti sociali L'area fa riferimento alla rete sociale e all'essere parte di una comunità. Include la capacità di partecipare ad attività organizzate da servizi e anche ad attività non istituzionali, come il volontariato, partecipare a corsi, associarsi a un club o a un circolo, partecipare alle attività della scuola, di una chiesa oppure ad attività proposte da gruppi di amici.
5. Lavoro L'area fa riferimento al rapporto personale con il lavoro. Considera il desiderio di lavorare, l'individuazione di ciò che si desidera fare, sviluppare le competenze e le qualifiche per avere un'occupazione, trovare e mantenere un lavoro. Oppure, se preferito o maggiormente indicato, dedicarsi ad attività di volontariato e/o altre attività occupazionali.
6. Relazioni personali L'area fa riferimento alle relazioni personali significative. Si individua una relazione in cui si vorrebbe che le cose fossero diverse (con un familiare, un amico stretto o un compagno/a) e si valuta il grado di vicinanza che si desidera avere.
7. Comportamento legato alle dipendenze e all'uso di sostanze L'area fa riferimento a qualsiasi comportamento legato all'uso di sostanze come alcol, droghe o altre forme di dipendenza (gioco d'azzardo, shopping, etc.). Prende in considerazione la consapevolezza di tali problemi e un eventuale impegno per ridurne i danni.
8. Responsabilità L'area fa riferimento alle responsabilità riguardanti il posto in cui si vive (casa o altro tipo di struttura). Include il pagamento dell'affitto, andare d'accordo con i vicini o gli altri ospiti della struttura e considera la presenza di eventuali problemi con la legge.
9. Identità e autostima L'area fa riferimento al senso d'identità personale e all'autostima. Considera la percezione di sé, la consapevolezza delle risorse personali, dei propri limiti e più in generale dell'accettazione di sé.
10. Fiducia e aspettative positive L'area fa riferimento alla percezione di fiducia personale e alle aspettative positive per il futuro. Prende in considerazione il credere in se stessi, la fiducia negli altri e l'aspettativa di trovare delle possibili soluzioni.
<i>Adattato da Mental Health Providers Forum⁸⁶</i>

figura 2



Principalmente sono due gli elementi che costituiscono la MHRIS: il primo è lo schema visivo a forma di stella a 10 punte che riporta le dimensioni di vita alla base del percorso di recovery e su cui si segna il punteggio rilevato; la seconda è la “scala del cambiamento”, che descrive cinque passi del cammino di recovery, ciascuno dei quali è suddiviso in due fasi e descritti con specifici punteggi di ancoraggio in ciascuna area.

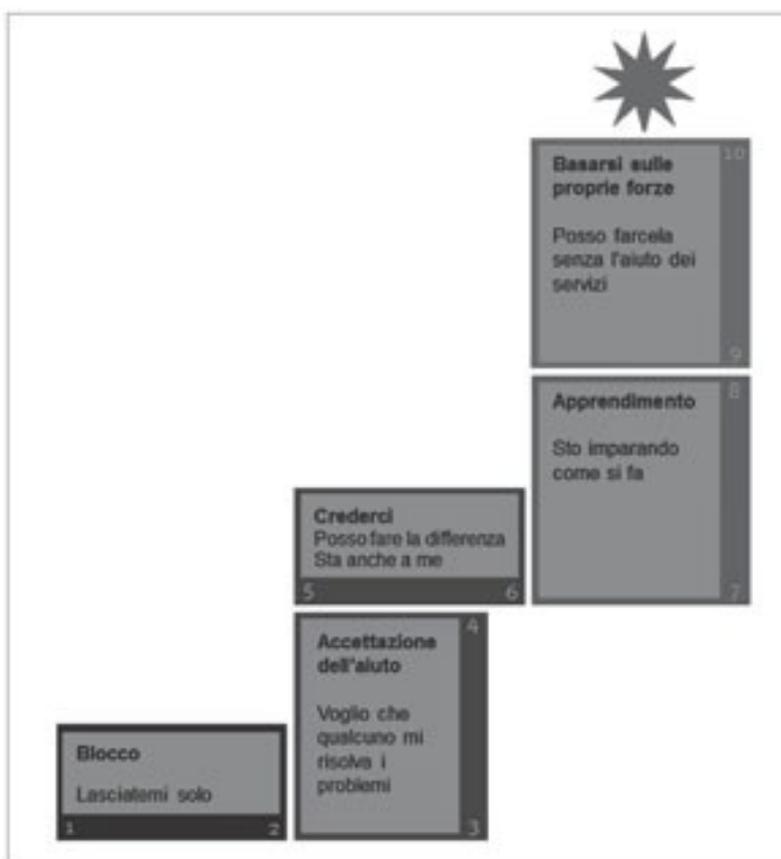
L’attribuzione dei punteggi in ogni area presuppone un’analisi e una discussione durante il colloquio dell’operatore di riferimento con il paziente, al fine di fotografare lo stato del momento e definire un piano di intervento individualizzato e coprodotto. Al termine della prima rilevazione dei punteggi e concordati gli obiettivi di cambiamento, la valutazione verrà effettuata nuovamente a distanza di un tempo congruo. Si tratta, pertanto, di un

metodo per la valutazione, la negoziazione e il supporto di percorsi individualizzati per utenti dei servizi psichiatrici, attraverso un loro coinvolgimento diretto.

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

La Recovery Star si basa su un modello sottostante di una "scala del cambiamento" che comprende cinque fasi: essere bloccato, accettare l'aiuto, credere, imparare e fiducia in se stessi.

Figura 3



2.2 VADO

All'interno dell'approccio basato sulla recovery psichiatrica, si inserisce il VADO, che sta per Valutazione di Abilità e Definizione di Obiettivi.

Il VADO è un manuale elaborato nel 1998 dal centro riabilitativo dell'Istituto Fatebenefratelli di Brescia, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e l'Istituto di Psichiatria dell'Università di Napoli. Questo strumento si basa su due componenti: una relativa alla valutazione dell'utente e una seconda relativa alla programmazione e attuazione di un programma riabilitativo. È uno strumento trasversale in quanto può essere applicato a tutte le tipologie di utenza psichiatrica e a tutti gli operatori che lavorano nella riabilitazione: psichiatri, infermieri, educatori professionali.

Il VADO è costituito da tre strumenti:

- VF: valutazione del funzionamento personale e sociale composto da 28 aree
- Modulo AR: area riabilitativa, valuta la necessità di riabilitazione in ciascun ambito e se è previsto un intervento riabilitativo per soddisfare tale esigenza.
- FPS: scala del funzionamento personale e sociale, misura il funzionamento globale tenendo conto di quattro aree

Si consiglia di esplorare il funzionamento della persona nell'ultimo mese (ultimi 30 giorni) ma i riferimenti al passato sono inevitabili e comunque importanti per inquadrare l'utente. La valutazione totale o parziale (cioè relativa solo alle aree problematiche) va ripetuta ad intervalli regolari (tre-sei mesi), così da monitorare nel tempo i progressi fatti e gli obiettivi raggiunti.

Valutazione del funzionamento personale e sociale (VF)

L'approccio VADO si inizia con la valutazione del funzionamento personale e sociale (VF) all'utente e ai suoi familiari dopo un mese di osservazione attraverso un'intervista semistrutturata su 28 aree.

Dopo essersi presentati, spiegare all'utente che verranno fatte delle domande sulla sua vita quotidiana degli ultimi trenta giorni circa gli aspetti quotidiani in cui ha difficoltà e quelli in cui invece riesce.

I 28 items su cui fondare l'intervista sono:

1. **Cura di sé:** domandare se si lava regolarmente; ogni quanto tempo si fa il bagno; se qualcuno gli ricorda di lavarsi e se viene aiutato. Agli uomini si può chiedere se la barba viene fatta regolarmente e alle donne si può chiedere se si trucca, se tiene in ordine i capelli. Indagare se la gente si è mai lamentata del cattivo odore dell'assistito o se è mai stato tanto sporco da attirare l'attenzione della gente
2. **Cura del proprio abbigliamento:** domandare se nell'ultimo mese ha indossato indumenti puliti; se ha modificato il proprio abbigliamento in base al tempo atmosferico; se si occupa da solo dei suoi vestiti e se è mai uscito con abbigliamento strano o in pigiama
3. **Cura della propria salute fisica:** indagare sulle abitudini alimentari (quantità e qualità del cibo assunto); se sa come badare a se stesso in caso di influenza e se assume regolarmente farmaci per malattie fisiche oppure se si dimentica e occorre che qualcun altro glielo ricordi
4. **Gestione della propria salute psichica:** se sa riconoscere di stare di nuovo male e, nel caso, se sa come comportarsi; se assume i farmaci prescritti dal medico autonomamente o qualcuno glielo deve ricordare
5. **Abitazione:** se ha una casa in cui vivere e in quali condizioni è (se ha il riscaldamento, acqua calda)
6. **Zona di abitazione:** chiedere se gli piace la zona in cui vive, se ha dei vicini e quali sono i rapporti con loro; se ci sono intorno negozi, mezzi pubblici, uffici
7. **Cura del proprio spazio di vita e collaborazione alle attività domestiche:** chiedere se ha eseguito attività di cura della casa (pulire, rifarsi il letto, apparecchiare a tavola); se sa prepararsi da mangiare, se sa lavarsi e stirarsi gli indumenti; se usa correttamente i servizi igienici
8. **Attività produttive e/o socialmente utili/studio**
9. **Quantità e tipo della attività quotidiane:** chiedere come trascorre le sue giornate; a che ora si alza dal letto, se viene svegliato e spronato ad alzarsi; cosa fa la mattina, il pomeriggio e la sera; a che ora va a coricarsi; se esce, se ha interessi o hobby; se guarda la televisione in modo attivo scegliendo i programmi che preferisce o guarda passivamente e senza interesse quello che capita
10. **Velocità dei movimenti:** se è lento a fare le cose e se qualcuno glielo ha mai fatto

notare

11. . **Partecipazione alla vita della residenza o del centro diurno** (solo se frequenta un centro residenziale o semiresidenziale): chiedere se va d'accordo con gli operatori e gli altri utenti del centro; se fa attività con loro, se si fida di loro
12. **Partecipazione alla vita familiare**: chiedere se va d'accordo con i familiari, se li vede spesso; se partecipa attivamente alla vita familiare; se prende decisioni con la famiglia, se si aiutano a vicenda in caso di bisogno
13. **Vita affettiva, aspetti sessuali e sentimentali**: se ha un legame sentimentale con qualcuno, se sì come va, se no chiedere se vorrebbe averlo e se fa qualcosa per iniziare una relazione e domandare se nel passato ha avuto precedenti storie sentimentali
14. **Cura dei figli minori** (solo se ha figli minori di 18 anni): chiedere che tipo di rapporto ha con i figli, se se ne prende cura e dimostra loro il suo affetto; o se ci li ha mai trascurati al punto da creare problemi o danno alla prole
15. **Frequenza dei rapporti sociali «esterni»**: chiedere se intrattiene contatti sociali, se riceve visite o va a trovare qualcuno; se chiacchiera ed è interessato alle conversazioni; se frequenta un'associazione o un gruppo sociale
16. **Relazioni di amicizia e di aiuto**: domandare se ha degli amici, quanti sono e se può contare su di loro in caso di bisogno
17. **Controllo dell'aggressività**: chiedere se nell'ultimo mese ha perso il controllo, se ha litigato con qualcuno; se ha rotto oggetti o se ha colpito qualcuno
18. **Altre regole di convivenza**: domandare se pensa di essere prepotente o di rispettare gli altri e se è mai stato criticato per il suo comportamento. Domandare ai familiari: se rispetta le cose degli altri o se ne appropria, se è troppo invadente, se si comporta in modo poco rispettoso e se si comporta bene a tavola (se usa le posate, se mangia in modo rumoroso o senza farsi notare); e se sono mai stati presenti comportamenti disturbanti o aggressivi e, in caso di risposta positiva, indagare sulla natura di queste azioni (quante volte è successo e se è probabile che accada di nuovo)
19. **Sicurezza**: domandare se la zona in cui abita è sicura, se è mai stato vittima di reati. Fare attenzione agli assistiti paranoidei, in questo caso chiedere riscontro ai familiari

20. **Interessi:** chiedere se gli piace fare qualcosa (passeggiate, sport, leggere ecc...)
21. **Informazioni generali:** chiedere se è informato su ciò che gli accade intorno, quindi se legge giornali, ascolta notizie, guarda il telegiornale o sente la radio
22. **Livello di istruzione:** domandare che scuole ha frequentato, se vorrebbe ampliare il livello di istruzione o imparare cose nuove, se legge spesso o se scrive
23. **Gestione del denaro:** se è in grado di acquistare ciò di cui ha bisogno o se gli serve un aiuto; se è in grado di effettuare semplici operazioni come prelevare contante, pagare una bolletta e se è capace di gestire i soldi nel tempo o se li spende tutti subito
24. **Spostamenti e uso dei mezzi di trasporto:** se è in grado di gestirsi gli spostamenti, se sa andare in giro da solo, se prende i mezzi pubblici
25. **Uso del telefono:** se è in grado di usare il telefono e chiamare quando ha bisogno di farlo
26. **Acquisti e commissioni:** chiedere se compra da solo cibo e abiti e se è in grado di espletare commissioni per altri
27. **Fronteggiamento dell'emergenza** (da fare a intervistati diversi dal paziente): chiedere se è in grado di riconoscere situazioni rischiose come una fuga di gas, incendio e se sa chiamare aiuto e soccorso
28. **Reddito e richiesta di pensioni e sussidi:** domandare se ha fonti di reddito o pensione, se guadagna qualcosa, se ha beni di proprietà e se la famiglia è in grado di fornire un supporto economico

Alla fine dell'intervista rivolgere alcune domande per approfondire i punti di forza che ha riferito di avere attualmente e su quelli che aveva in passato; concludere chiedendo quali sono i problemi che ritiene peggiori e per quali vorrebbe un miglioramento.

Scala di Funzionamento Personale e Sociale (FPS)

Le 28 aree indagate attraverso la Valutazione del funzionamento personale e sociale (VF) consentono di ottenere un ventaglio ampio di informazioni sull'utente, attraverso la Scala di Funzionamento Personale e Sociale (FPS), si attribuisce un punteggio di funzionamento globale attraverso l'analisi di quattro aree:

1. Attività socialmente utili: inclusi lavoro e studio

2. Rapporti personali e sociali: inclusi i rapporti con i familiari
3. Cura dell'aspetto e dell'igiene
4. Comportamenti disturbanti ed aggressivi

In base al grado di disfunzione delle quattro aree, si determina il livello con l'attribuzione di 10 punti per ogni fascia tenendo conto delle seguenti definizioni:

- lieve: difficoltà non evidente, nota solo a chi conosce la persona
- evidente ma non marcato: difficoltà identificabili da tutti, ma che non compromettono la capacità della persona di svolgere attività e ruoli all'interno del contesto socioculturale in cui si trova
- marcato: difficoltà evidente che compromette il comportamento sociale di quell'area, la persona riesce a fare ancora qualcosa, ma in modo sporadico
- grave: la persona è incapace di assolvere il suo ruolo in quell'area o le fa assumere un ruolo negativo, senza tuttavia comprometterne la capacità di sopravvivenza
- gravissimo: rappresenta un pericolo per la sopravvivenza

Per la quarta area, la valutazione dei comportamenti disturbanti ed aggressivi deve tener conto delle seguenti definizioni:

- lieve: scortesia e scontrosità
- evidente ma non marcato: parlare a voce troppo alta, essere inopportuni con gli sconosciuti
- marcato: insultare le persone pubblicamente, rompere oggetti, avere comportamenti socialmente inaccettabili, ma non pericolosi come denudarsi o urinare in pubblico
- grave: minacciare e colpire persone non occasionalmente, senza tuttavia l'intenzione di fare del male
- gravissimo: aggressioni non occasionali con l'intento di procurare danni e lesioni

Queste valutazioni vengono poi trasformate in un punteggio che va da 1 che corrisponde a una compromissione estremamente grave con rischio di sopravvivenza a 100 che indica un funzionamento eccellente.

Figura 4

100-91	Funzionamento <i>più che buono in tutte le aree</i> pertinenti alla sua età. È ben visto dagli altri per le sue molte qualità positive, sembra capace di far fronte adeguatamente ai problemi della vita. Interessato o impegnato in numerose attività.
90-81	Funzionamento <i>adeguato in tutte le aree</i> , presenza solo di problemi e difficoltà comuni a molti.
80-71	<i>Lievi difficoltà in una o più delle aree principali</i> (ad es. temporanee difficoltà nel tener dietro al lavoro o al programma scolastico).
70-61	<i>Difficoltà evidente in una o più delle aree principali</i> , ad es. qualche assenza dal lavoro non dovuta a malattie fisiche e/ o occasionali atti sconcertanti per i conviventi e/o carenze di amicizie, e/o qualche leggero ma chiaro segno di scarsa attenzione al proprio aspetto; nessuna difficoltà a svolgere un lavoro protetto.
60-51	<i>Marcata difficoltà in una sola delle aree</i> , ad es., assenza di amici e difficoltà di rapporti con i familiari, ma con qualche rapporto sociale e familiare conservato o difficoltà anche in un lavoro protetto; nelle altre aree possono essere presenti difficoltà lievi o evidenti.
50-41	<i>Difficoltà marcate in due o più aree principali (1-3) con nessuna disfunzione grave o disfunzione grave in una sola area principale con nessuna disfunzione marcata nelle altre aree principali</i> (vedi 30-21 per disfunzione grave nei comportamenti disturbanti), ad esempio tutte le difficoltà del livello precedente assieme.
40-31	<i>Disfunzione grave in una sola area principale con disfunzioni marcate in una o più delle altre tre aree principali</i> (ad es. nessuna attività socialmente utile, assenza di frequentazioni sociali, ma rapporti discreti con almeno un familiare).
30-21	<i>Disfunzione grave in due delle aree principali 1-3 oppure disfunzione grave nei comportamenti disturbanti con o senza disabilità nelle altre tre aree principali.</i>
20-11	<i>Disfunzione grave in tutte e tre le aree principali 1-3, o anche disfunzione gravissima nei comportamenti disturbanti con o senza disabilità nelle altre aree.</i> Nel dare il punteggio, nell'ambito di questo livello considerare se il paziente risponde (20-16) o risponde poco agli stimoli esterni (15-11).
10-1	<i>Mancanza di autonomia nelle funzioni di base con comportamenti estremi</i> (ad es. si sporca volutamente di feci), <i>ma senza pericolo di vita</i> o, da 5 a 1, <i>incapacità a mantenere l'autonomia nelle funzioni di base, tale da mettere in pericolo la sopravvivenza</i> (rischio di morte per malnutrizione, disidratazione, infezioni, incapacità a riconoscere situazioni evidenti di immediato pericolo).
0	<i>Informazioni insufficienti per dare un punteggio alla scala FPS.</i>

In base ai risultati della valutazione globale dell'utente, si procede con la fase di definizione degli obiettivi della riabilitazione attraverso la scelta di obiettivi stimolanti: ad esempio stimolare la persona a lavarsi associando questa azione con un'altra entusiasmante come uscire, andare al cinema; inoltre bisogna procedere gradualmente ponendosi inizialmente obiettivi semplici e facilmente raggiungibili in modo da stimolare l'entusiasmo della persona nel raggiungerne di sempre più complessi. La fase di definizione è costituita dalla negoziazione degli obiettivi in quanto l'operatore non deve deciderli autonomamente, ma deve coinvolgere l'assistito in questo processo praticando l'ascolto attivo per capire o decidere insieme la direzione da intraprendere, mettendo a fuoco quali sono le abilità già in possesso da conservare e quali sono quelle da recuperare e migliorare.

Stabiliti gli obiettivi, si pianificano gli interventi stabilendo un piano di intervento, le sue fasi ed identificare un operatore di riferimento per la persona.

L'ultima fase è infine quella del mantenimento, in modo da conservare nel tempo le abilità raggiunte.

2.3 Scala HoNOS - Health of the Nation Outcome Scales

La Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) venne redatta in Inghilterra nella seconda metà degli anni '90 al fine di sviluppare uno strumento agevole per una valutazione multidimensionale degli esiti dei trattamenti nell'ambito della salute mentale.

Dal punto di vista clinico, la HoNOS è stata messa a punto per consentire una rilevazione periodica degli esiti nella routine assistenziale e facilitare così un monitoraggio del decorso del disturbo e della risposta ai trattamenti ed agli interventi assistenziali.

La HoNOS è composta da 12 items che coinvolgono 4 aree:

- problemi comportamentali: (items 1-3) che hanno un impatto sulla vita del soggetto come la violenza auto o etero indotta
- deficit delle funzioni di base: (items 4-5) come il rallentamento psicomotorio e le compromissioni cognitive e fisiche che hanno effetti diretti sul funzionamento dell'individuo
- esperienze psichiatriche soggettive che disturbano o limitano il soggetto: (items 6-8) come la depressione, l'ansia, le allucinazioni e le preoccupazioni
- problemi ambientali (abitativi, occupazionali, economici, interpersonali e del sistema di supporto sociale): (items 9-12) che possono limitare l'autonomia funzionale che il soggetto potrebbe, potenzialmente, raggiungere

I 12 items sono:

1. Comportamento iperattivo, aggressivo, clastico o agitato: valutare questi comportamenti qualunque ne sia la causa (es. alcol, sostanza, demenza, psicosi, depressione ecc. ecc.)
2. Pensieri o comportamenti deliberatamente autolesivi: non includere le automutilazioni accidentali
3. Problemi legati all'assunzione di alcol o di sostanze o altre dipendenze
4. Problemi cognitivi: includere i problemi di memoria, di orientamento e di comprensione indipendentemente dal disturbo da cui dipendono: insufficienza mentale, demenza, schizofrenia
5. Malattie fisiche o problemi di invalidità: include malattie o invalidità di qualsiasi

natura che limitano o impediscono il movimento, o compromettono la vista o l'udito, o interferiscono in qualche modo con il funzionamento del soggetto

6. Problemi associati ad allucinazioni e deliri
7. Problemi legati all'umore depresso
8. Altri problemi psichici e comportamentali: fobie, ansia, ossessioni-compulsioni, tensione/logorio psichico, dissociazione, disturbi somatoformi, alimentazione, sonno, sessuali
9. Problemi nei rapporti interpersonali: include problemi relazionali, con conviventi, familiari, partner, ritiro sociale
10. Problemi nelle attività quotidiane: valutare il livello generale di funzionamento nelle attività della vita quotidiana (es., problemi nelle attività di base della cura di se come mangiare, lavarsi, vestirsi, fare toeletta; o anche attività più complesse, come gestirsi economicamente, organizzare l'ambiente di vita, il lavoro ed il tempo libero, gli spostamenti e l'uso dei mezzi di trasporto, fare shopping, la propria crescita, ecc.); valutare ogni mancanza di motivazione per usare l'opportunità all'autoaiuto in quanto questo contribuisce a ridurre il livello generale di funzionamento
11. Problemi nelle condizioni di vita: abitazione, disponibilità di denaro, supporto familiare;
12. Problemi nelle disponibilità di risorse per attività lavorative, studio, ricreative

Il giudizio di gravità è espresso su di una scala da zero a quattro, dove zero corrisponde all'assenza di problemi in quel settore e quattro alla massima gravità. Tutti gli item seguono il seguente schema:

0 = nessun problema;

1 = Problema lieve che non richiede interventi;

2 = Problema di gravità modesta ma sicuramente presente;

3 = Problema di media gravità;

4 = Problema da grave a gravissimo.

Questa scala non è strutturata come un'intervista clinica, ma può essere compilata dall'operatore dopo un'intervista routinaria con la persona usando tutte e possibili fonti di informazioni disponibili. Nella valutazione bisogna prendere in considerazione il livello di maggior gravità raggiunto dal problema in questione nel periodo di tempo considerato che di solito corrisponde alle due settimane precedenti.

3 MATERIALI E METODI

Il ricovero ripetuto di pazienti con patologie mentali nel mese successivo alla dimissione è indice di una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia problematiche di presa in carico dei pazienti da parte dei servizi di salute mentale territoriale.

Secondo il Rapporto sulla Salute Mentale, nel 2020 le riammissioni non programmate entro 30 giorni rispetto al totale delle dimissioni ha una media nazionale de 13,5%; mentre la media nazionale delle riammissioni non programmate entro 7 giorni dalla dimissione ammonta al 7,5%.

Secondo questo rapporto, tra tutti i ricoveri avvenuti negli ospedali pubblici, la percentuale di quelli in seguito ad un TSO ha una media nazionale del 7,1%. Il TSO, è il trattamento sanitario obbligatorio, atto da ritenere straordinario e costituisce una misura indiretta dell'efficacia terapeutica dei programmi riabilitativi messi a punto dai Dipartimenti di salute mentale.

Sebbene i numeri dei ricoveri ripetuti e dei TSO nel 2020 siano in diminuzione rispetto all'arco temporale che va dal 2015 al 2020, sono comunque ancora numeri troppo elevati e presentano differenze importanti tra le varie regioni italiane: le riammissioni entro 30 giorni vanno dal 6,2% della Basilicata al 20,9% del Lazio; le riammissioni entro 7 giorni dalla dimissione vanno dal 2,6% per la Basilicata al 15,9% del Lazio.

Quesito di ricerca

Quali strategie può mettere in atto l'infermiere di salute mentale territoriale per misurare oggettivamente e uniformemente l'esito degli interventi assistenziali, per misurare l'eventuale riacutizzazione della malattia mentale negli utenti in carico al CSM, potendo di conseguenza intervenire per tempo?

P = Paziente/problema

Paziente affetto da malattia mentale in carico al CSM

I = Intervento

Somministrazione di scale di valutazione

C = /

O = Outcome

Il paziente vive il minor numero possibile di ricoveri ospedalieri; eventuali ricoveri hanno breve durata; il paziente non viene sottoposto a TSO; lo stesso paziente e i familiari sono in grado di riconoscere eventuali segni e sintomi e contattare il CSM

Metodi di ricerca delle evidenze

Per la stesura del presente elaborato è stata condotta ricerca delle letterature presente all'interno della banca dati internazionale PubMed.

Le parole chiave sono: Mental Health; MHRS scale; VADO; HoNOS scale; mental health nurse; recovery.

La raccolta della letteratura è avvenuta nel rispetto dei seguenti criteri di selezione:

- coerenza con il quesito di ricerca;
- presenza dell'abstract
- tipo di patologia: malattia mentale
- età dei partecipanti: dai 18 anni
- regime di cura dei partecipanti: ambulatoriale, territoriale e di comunità
- contesto assistenziale: territoriale
- tipologia degli studi: articoli di revisione, studi clinici randomizzati controllati, studi comparativi, studi osservazionali
- caratteristiche degli studi: free full text; articoli scientifici, articoli in lingua inglese ed italiana, letteratura pubblicata dal 2005
- studi condotti in Europa

I criteri di esclusione sono stati:

- età dei partecipanti: minori di 18 anni
- data di pubblicazione: prima del 2005
- studi che non prevedevano l'uso di scale di valutazione
- studi condotti al di fuori dell'Europa
- articoli senza free full text
- articoli non scientifici

Sono così stati estrapolati articoli tramite l'inserimento di parole chiave e filtri di inclusione e inizialmente selezionati articoli dal titolo pertinente con l'interesse dello studio.

Successivamente sono stati scartati ulteriori articoli in quanto la lettura dell'abstract non ha rivelato pertinenza con l'argomento, l'ultima scrematura è stata effettuata in seguito alla lettura del full text che ha permesso di selezionare sette articoli scientifici che soddisfassero i criteri di inclusione e non avessero gli elementi fissati come criteri di esclusione.

Nella prima ricerca nelle banche dati sulla MHRS sono emersi 2810 risultati, da questi sono stati rimossi 200 articoli in seguito all'aggiunta del filtro di inclusione del range temporale; dei 2610 articoli rimasti sono stati applicati ulteriori filtri di inclusione (free full text, articoli scientifici) che ha portato all'esclusione di 1406 articoli da cui sono stati estrapolati 200 articoli leggendo il titolo e in seguito sono stati estrapolati ulteriori 89 articoli attraverso la lettura dell'abstract. Di questi articoli ne sono stati esclusi 87 dopo la lettura del full text ricavandone infine 2.

Nella seconda ricerca sulla scala HoNOS sono emersi inizialmente 402 risultati, da questi sono stati rimossi 91 articoli applicando il criterio di esclusione temporale; dei 311 risultati rimasti ne sono stati selezionati 129 in seguito all'aggiunta del filtro di ricerca free full text. La lettura del titolo e dell'abstract ha portato a selezionare 47 articoli da alla fine ne sono stati estrapolati 3 dopo la lettura del free full text.

La terza ricerca è stata effettuata sulla scala VADO producendo inizialmente 99 risultati di cui ne sono rimasti 59 in seguito all'applicazione del filtro sul range temporale; la selezione del free full text ha prodotto 23 articoli, la lettura di titolo e abstract hanno portato ad escluderne 15; degli 8 rimasti, la lettura del full text ha permesso di sceglierne due.

4 RISULTATI

Nel 2017 è stato pubblicato uno studio quantitativo sulle proprietà psicometriche della Mental Health Recovery Star presso La Rivista di Psichiatria dal titolo *La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana* condotto da Anna Placentino, Fabio Lucchi, Gianpaolo Scarsato, Giuseppe Fazzari coinvolgendo i servizi lombardi di quattro enti pubblici: Ospedali Civili-Brescia, DSM ASST del Garda, DSM ASST di Crema, DSM ASST della Vallecamonica; e di due organizzazioni del privato sociale: Associazione Il Chiaro del Bosco, Cooperativa Liberamente.

Allo studio hanno partecipato 117 utenti per i quali era prevista la stesura consecutiva di un piano terapeutico individualizzato/riabilitativo. Nel complesso sono stati coinvolti 11 servizi dedicati alla salute mentale, di cui 4 (36%) Centri PsicoSociali (ambulatori territoriali), 2 (18%) Centri Diurni e 5 (45%) Strutture Residenziali con livello di assistenza da medio ad alta intensità della provincia di Brescia. All'interno dello staff di questi servizi hanno collaborato 42 operatori: 20 (48%) educatori professionali, 14 (33%) infermieri professionali, 5 (12%) psichiatri e 1 (2%) psicologo.

Tutti gli operatori di riferimento sono stati coinvolti nello studio e formati all'utilizzo della MHRS.

Lo studio è avvenuto tramite due valutazioni (T0 e T1) fatte a distanza di un mese l'una dall'altra. Al termine della prima valutazione (T0) è stata rilevata l'accettabilità dello strumento soggettivamente percepita dall'operatore e dall'utente nella compilazione della MHRS. Infine, sono stati rilevati i tempi necessari per la compilazione condivisa della MHRS.

L'analisi dei dati raccolti in questo studio, mostra il valore della K di Cohen superiore a 0,7 dimostrando l'attendibilità di questa scala e una varianza d'errore trascurabile, tuttavia l'assenza di altri casi-studio rende l'indagine inadeguata. L'attendibilità test-retest della MHRS è stata studiata nelle due misurazioni consecutive, a correlazione tra i punteggi nelle due valutazioni è apparsa significativa, indicando una stabilità temporale per tutte le aree.

In base ai risultati dello studio, si evince che, nel complesso, è stata ritenuta uno strumento gradito e di facile compilazione sia per l'operatore che per l'utente. Nel dettaglio, lo strumento è stato gradito/molto gradito da 40 (96%) operatori e da 99 (85%) utenti, né gradito né sgradito da 2 (4%) operatori e da 16 (14%) utenti e poco-per nulla gradito da 0

operatori e da 2 (1%) utenti. Inoltre, la sua compilazione è stata ritenuta facile/molto facile da 23 (55%) operatori e da 63 (54%) utenti, né facile né difficile da 18 (43%) operatori e da 38 (32%) utenti, infine ritenuto difficile-molto difficile da 1 (2%) operatore e da 16 (14%) utenti. La valutazione collaborativa (operatore-utente) è stata condotta in meno di 45 minuti da 101 (86%) utenti partecipanti allo studio e tra i 45-90 minuti nel restante del campione (n=16; 14%).

Uno studio del 2018, condotto da Helen Killaspy, Sara Bianca, Tatiana L. Taylor e Michele Re pubblicato presso Cambridge University Press intitolato *Psychometric properties of the Mental Health Recovery Star*, ha effettuato un'analisi per verificare le proprietà psicometriche della MHRS al fine di valutarne l'accettabilità, l'affidabilità e la validità convergente. Lo studio è stato effettuato su 172 utenti dei servizi in tutta l'Inghilterra e 120 tra il personale di degenza e di comunità e le valutazioni sono state effettuate con e senza la discussione collaborativa.

Nella prima analisi sono stati raccolte informazioni sul personale (età, genere, etnia), sull'incarico ricoperto (di 105 totali, 62 erano infermieri), sulla loro esperienza professionale e la durata del loro servizio nella salute mentale; è stato poi chiesta un'opinione sulla scala e la comodità ad usarla tenendo in considerazione facilità e tempo di completamento. I membri dello staff hanno valutato con l'MHRS assistiti di cui conoscevano bene la situazione clinica, senza effettuare una discussione collaborativa con l'utente; le valutazioni sono state poi ripetute dopo un mese per verificarne la stabilità. Il risultato di questa analisi ha riscontrato gli ICC per tutti e dieci i domini della MHRS superiori a 0,7 dimostrando dunque una buona affidabilità test-retest.

Nella seconda analisi poi un secondo membro del personale che conosceva bene gli assistiti, li ha rivalutati con la MHRS senza confrontarsi prima con i colleghi. Da questa analisi risulta che la validità convergente è accettabile (quindi con un ICC superiore a 0,7) nei domini di gestione della salute mentale, cura del sé e abilità di vita.

Successivamente una parte degli utenti dello studio è stata selezionata casualmente per sottoporsi ad una discussione collaborativa con uno dei membri del personale che li aveva precedentemente valutati; sono state poi confrontate e nuove valutazioni con quelle precedenti. Da questa analisi è emerso che il personale ha valutato gli utenti in modo più negativo, stimando un maggior recupero durante le valutazioni collaborative rispetto a quelle individuali.

I risultati dello studio hanno dimostrato che, delle 168 valutazioni MHRS per il solo personale, il 68% ha riferito di aver impiegato circa 30 minuti il 30% ha impiegato 30-60 minuti. Il 66% del personale ha ritenuto che fosse facile assegnare i punteggi ai rispettivi domini e l'83% ha ritenuto che fosse facile da usare. La maggior parte dei dipendenti (92%) ha ritenuto questa scala molto utile per la pianificazione assistenziale e il 58% lo ha ritenuto utile per misurare l'esito clinico.

I risultati di 92 delle valutazioni collaborative hanno dimostrato che il 46% del personale ha impiegato meno di 30 minuti a completare la scala, mentre il 42% ce ne ha messi tra i 30 e i 60. Il 59% ha ritenuto che fosse facile assegnare i punteggi ai rispettivi domini e il 47% ha ritenuto che fosse più facile ottenere risultati migliori dalle valutazioni collaborative, meno della metà (21%) ha invece sostenuto il contrario. Più dell'80% ha ritenuto che fosse facile da usare e molto utile alla pianificazione assistenziale degli assistiti. Il 42% sostiene l'utilità di questa scala come misura dell'esito clinico, mentre più della metà del personale (51%) non ha risposto a questa domanda.

Dei 92 utenti che hanno effettuato la valutazione collaborativa, l'85% degli utenti ha ritenuto che la scala MHRS fosse utile/molto utile per aiutare loro e il personale a capire com'era l'esito clinico e che fosse utile/molto utile per aiutare loro e il personale a pianificare il supporto necessario.

Nel 2006 nella rivista *Clin Pract Epidemiol Ment Health* è stato pubblicato uno studio eseguito da Rosaria Pioli, Michela Vittorielli, Antonella Gigantesco, Giuseppe Rossi, Luigi Basso, Chiara Caprioli, Chiara Buizza, Angela Corradi, Fiorino Mirabella, Pierluigi Morosini e Ian RH Falloon dal titolo *Outcome assessment of the VADO approach in psychiatric rehabilitation: a partially randomised multicentric trial*. L'obiettivo dello studio, in vista della scarsità di interventi riabilitativi efficaci in persone con problemi di salute mentale, è stato quello di valutare l'efficacia dell'approccio VADO per rendere più efficaci gli interventi nelle persone con diagnosi di schizofrenia.

Gli operatori che hanno partecipato a questo studio sono stati sottoposti ad un corso di formazione per l'approccio VADO.

Sono stati reclutati 98 utenti da 10 servizi di salute mentale; tra questi, 62 assistiti sono stati assegnati in modo casuale ad un gruppo sperimentale con cui è stato usato l'approccio VADO o di controllo con cui è stato usato un approccio di routine; mentre il restante gruppo di 36 persone non è stato randomizzato ed è stato considerato uno studio di efficacia

parallelo. Nel gruppo di controllo gli operatori non sono stati formati all'approccio VADO.

Gli assistiti sono stati valutati a tempo zero (T0), poi dopo sei mesi (T2) e infine dopo un anno (T2).

A T0 sono stati registrate le caratteristiche socio-demografiche degli utenti, durata della malattia e ricoveri ospedalieri dell'ultimo anno. Il funzionamento sociale è stato misurato con la scala FPS, mentre la psicopatologia è stata misurata con il BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale).

Durante studio randomizzato controllato che includeva 62, tre persone appartenenti al gruppo di controllo si sono ritirate a causa della riacutizzazione del disturbo psicotico, quindi a T1, dopo sei mesi, lo studio includeva 59 persone di cui 31 del gruppo sperimentale e 28 di quello di controllo; a T2, dopo un anno, a causa del trasferimento di alcuni utenti lo studio si è trovato con 55 persone di cui 29 del gruppo di intervento e 26 di quello di controllo.

E' stato condotto poi uno studio controllato non randomizzato su 36 utenti di cui 26 appartenenti al gruppo sperimentale e 10 a quello di controllo; a causa di abbandoni, a T2 il gruppo includeva solo 32 persone di cui 23 del gruppo sperimentale e 9 del gruppo di intervento.

Durante questo studio gli utenti sono stati sottoposti anche alla BPRS: scala di valutazione dei sintomi psichiatrici a cui minor punteggio corrispondono migliori condizioni cliniche della persona.

Nei 57 pazienti del gruppo sperimentale sono stati pianificati 174 obiettivi di cui 122 raggiunti. Tutti i pazienti del gruppo sperimentale hanno concordato almeno un obiettivo.

In base ai risultati della valutazione FPS, è risultato che le aree maggiormente problematiche erano le attività sociali, la vita familiare, gli amici, l'autogestione della salute mentale, il lavoro e le attività socialmente utili. Nella valutazione a T0 la presenza di problemi è stata riscontrata nel 69% dei domini nel gruppo sperimentale e nel 73% nel gruppo di controllo.

I risultati dello studio randomizzato controllato rivelano che alla fine di T1, dal punto di vista del cambiamento della funzione sociale, il 22,7% degli utenti del gruppo sperimentale ha mostrato miglioramenti, rispetto al 10,7% del gruppo di controllo. Dopo un anno, quindi a T2, il 51,7% delle persone del gruppo sperimentale ha dimostrato miglioramento nella funzione sociale, contro il 42,3% del gruppo di controllo. Il punteggio FPS è infatti

migliorato in entrambi i gruppi dopo sei mesi (da $41,1 \pm 12,8$ a T0 nel gruppo di controllo a $46,6 \pm 13,1$ a T2 per il gruppo sperimentale; mentre per il gruppo di controllo il punteggio è andato da $37,8 \pm 13,4$ a T0 a $39,8 \pm 14,5$ dopo sei mesi). Mentre a T2 solo il gruppo sperimentale ha dimostrato miglioramenti con un punteggio $49,0 \pm 14,3$.

I risultati dello studio controllato non randomizzato rivelano che a T1, dopo sei mesi, il 61,5% delle persone del gruppo sperimentale aveva dimostrato miglioramenti del funzionamento sociale, contro lo 0% del gruppo di controllo. A T2 il 73,9% del gruppo sperimentale è migliorato, contro il 33,3% del gruppo di controllo.

Nello studio controllato randomizzato si è riscontrato un minor punteggio BPRS in T1 nelle persone appartenenti al gruppo sperimentale (da $57,8 \pm 21,2$ a $50,3 \pm 21,1$), mentre è aumentato in quello di controllo (da $55,4 \pm 20,3$ a $58,4 \pm 21,1$) significando rispettivamente un miglioramento e un peggioramento delle condizioni; a T2 poi entrambi i gruppi hanno dimostrato un miglioramento ($49,8 \pm 20,7$ per il gruppo sperimentale, contro $55,2 \pm 21,0$ del gruppo di controllo).

Uno studio pubblicato l'8 dicembre 2010 sulla rivista *International Journal of Mental Health Systems* Condotta da Anna Galuppi , Maria Cristina Turola , Maria Giulia Nanni , Paola Mazzoni , e Luigi Grassi intitolato *Schizophrenia and quality of life: how important are symptoms and functioning?* ha indagato sulla relazione tra la qualità della vita, il funzionamento globale e i sintomi in utenti ambulatoriali affetti da schizofrenia.

Si tratta di uno studio trasversale condotto presso il Centro Comunitario di Salute Mentale Copparo, del DSM di Ferrara, composto da 6 infermieri, 2 psichiatri, 1 psicologo e 1 assistente sociale.

Hanno partecipato allo studio 104 utenti del centro, con età superiore a 18 anni e diagnosi di schizofrenia che sono stati sottoposti a tre valutazioni: una della qualità di vita attraverso la scala WHOQoL; una del funzionamento personale e sociale con la scala FPS e una dei sintomi psichiatrici con la scala BPRS.

In base ai punteggi ottenuti con la FPS, 31,7% dei soggetti aveva difficoltà sociali gravi o molto gravi (FPS ≤ 40), il 24% aveva difficoltà marcate (FPS 41-60), il 34,6% aveva difficoltà semplici o difficoltà leggere (FPS 61-80) e il 9,6% ha avuto difficoltà molto leggere o del tutto assenti (FPS >80). Nei 4 domini esaminati da FPS, la maggior parte delle difficoltà sono state riscontrate nel lavoro e nel funzionamento socio-relazionale.

I risultati WHOQoL relativi al punteggio totale FPS e alle sottoscale, in particolare le scale di soddisfazione per la salute e l'ambiente. Il funzionamento personale e sociale è correlato negativamente al dominio della "soddisfazione per la salute" della WHOQoL, al dominio della "soddisfazione delle relazioni sociali" della WHOQoL e al "soddisfazione ambientale" della WHOQoL. Il funzionamento globale nei soggetti (FPS tot) è risultato negativamente correlato ai sintomi (BPRS tot), in particolare ai sintomi negativi.

Questi dati dimostrano che c'è una forte correlazione tra i sintomi negativi della schizofrenia e la disabilità sociale; inoltre le correlazioni tra tutte le sottoscale della FPS e i domini dell'area fisica e ambientale e, in misura minore dei domini psicologico e sociale della WHOQoL dimostrano che, all'aumentare della disabilità sociale e personale aumenta l'insoddisfazione per la qualità di vita.

Lo studio dimostra inoltre come sia estremamente determinante per la qualità della vita il funzionamento personale e sociale piuttosto che i sintomi, sebbene comunque rilevanti.

Lo studio presenta tuttavia dei limiti rappresentati dal fatto che sono state analizzate un numero limitato di variabili non sono state infatti tenute in considerazione per la determinazione della qualità di vita l'autostima, l'adattamento premorbo, la terapia e la rete di supporto sociale.

Uno studio del 2005 intitolato *A review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) family of measures*, condotto da Jane E Pirkis, Filippo M Burgess, Pia K Kirk, Sarity Dodson, Tim J Coombs & Michelle K Williamson ha indagato sulle proprietà psicometriche della scala HoNOS attraverso una revisione sistematica qualitativa di articoli e rapporti relativi alla validità, affidabilità, sensibilità al cambiamento della scala HoNOS.

Per quanto riguarda la validità dei contenuti, secondo questa revisione è emerso che questa scala fosse aperta ad errori umani e ad interpretazioni errate a causa in particolare a livello degli items 6 (problemi associati ad allucinazioni e deliri) in quanto risultava poco corretto per indicare i sintomi della schizofrenia; items 8 (altri problemi mentali e comportamentali) in quanto si poteva scegliere un solo problema; per gli items 10, 11 e 12, riguardanti la sfera sociale, sono stati ritenuti problematici a causa della complessità delle informazioni necessarie per valutarli. Inoltre questa scala di valutazione non tiene in considerazione elementi importanti come cultura, povertà, sicurezza, rischio, lutto e conformità ai farmaci.

Per quanto riguarda la consistenza interna della scala HoNOS, l'alfa di Cronbach variava da

0,59 a 0,76 indicando una consistenza interna abbastanza alta con scarsa ridondanza degli elementi; tuttavia il contributo dei singoli elementi ai rispettivi item variava in sue centri di salute mentale diversi, indicandone una differente interpretazione.

La validità predittiva è ragionevolmente buona, spiegando una percentuale significativa della varianza nell'uso delle risorse (misurata dai contatti di servizio, durata del soggiorno e costi) e l'esito del trattamento (come misurato dai tassi di riammissione, il mantenimento in la comunità, la risposta al trattamento e la morte).

Studi sulla sensibilità al cambiamento hanno esaminato il cambiamento della scala HoNOS nel tempo in determinati contesti ipotizzando che ci dovrebbe essere una diminuzione della gravità man mano che l'assistito si avvicina alla fine di un episodio; ci sono alcune prove che potrebbe esserci un'interazione tra impostazione, diagnosi e gravità e che l'HoNOS potrebbe essere in grado di rilevare il cambiamento nella comunità per coloro che soffrono di depressione e ansia.

Per quanto riguarda la fattibilità e l'utilità della scala HoNOS, questo studio ha dimostrato che esistono pareri contrastanti: da una parte c'è chi la reputa uno strumento limitato per la pianificazione assistenziale; dall'altra però, la maggior parte tra coloro che l'hanno usata, la ritiene uno strumento completo e semplice per la misurazione degli esiti di routine. Nel Regno Unito e in Nuova Zelanda è infatti ampiamente usata e registrata all'interno dei piani di assistenza.

Nel 2005, presso la rivista *Journal of Psychopathology*, è stato pubblicato uno studio intitolato *Discriminant validity of the Health of the Nation Outcome Scales in Italian psychiatric residential facilities* condotto da A. Gigantesco, A. Picardi, G. de Girolamo e P. Morosini sulla validità discriminante della HoNOS su 265 strutture residenziali a livello nazionale italiano in utenti con diagnosi di schizofrenia o altro disturbo psicotico. Per ognuno di loro è stata compilata una scheda per la rilevazione dei dati sociodemografici, anamnestici e clinici che includevano la presenza e il decorso recente dei sintomi psicopatologici è stato poi valutato il funzionamento psicosociale e condizioni di salute fisica attraverso le scale: HoNOS, SOFAS (Scala per la Valutazione del Funzionamento Sociale e Occupazionale) e in alcune regioni anche il LSP (Life Skill Profile) che però era facoltativo.

Le valutazioni sono state condotte in équipe da ricercatori partecipanti al progetto e dagli operatori di ogni SR appartenenti a varie qualifiche professionali: psichiatri, psicologi,

infermieri psichiatrici, assistenti sociali, OSA/OTA ed educatori. Tutti gli assistenti di ricerca avevano partecipato ad una sessione di addestramento al corretto uso dei vari strumenti di valutazione, tenutosi presso l'Istituto Superiore di Sanità.

I risultati sullo studio della validità convergente della HoNOS compilata su un numero di persone compreso tra 1862 e 1959 (su un totale di 2001 persone con diagnosi di schizofrenia e altri disturbi psicotici), dimostrano che i punteggi sono risultati tutti significativamente correlati con i corrispondenti punteggi delle altre scale, sebbene le correlazioni abbiano valori piuttosto modesti.

La validità discriminante è stata studiata un totale di 707 persone classificate in otto gruppi in base alla presenza di sintomi positivi, di rilevante disabilità sociale (SOFAS < 40) e fisica (con almeno una disabilità lieve in una delle 5 aree critiche del PHI) a cui era stata compilata la HoNOS, SOFAS, PHI.

Nel complesso, il profilo delle correlazioni tra i punteggi della scala HoNOS ed i corrispondenti punteggi delle altre scale è risultato coerente. Tuttavia, se si eccettua la correlazione della scala 'Problemi sociali' della HoNOS con la SOFAS, che è risultata pari a 0,59, tutte le altre correlazioni hanno valori modesti o moderati. Le modeste correlazioni con i costrutti della LSP non forniscono garanzie circa la possibilità della HoNOS di essere utilizzata come unico o principale strumento per la valutazione della disabilità sociale. La scadente correlazione osservata tra l'item Disabilità fisica e l'indice derivato dal PHI fa altresì ipotizzare che un solo item sia insufficiente per valutare in maniera accurata le condizioni di salute fisica dei pazienti. La correlazione più elevata in questo studio è stata riscontrata tra la HoNOS e la SOFAS relativamente ai problemi di funzionamento sociale. È probabile che le modeste capacità classificatorie della HoNOS siano da ascrivere alla scarsa specificità dei singoli item. Probabilmente nell'intento di sviluppare uno strumento di valutazione breve e agevole, gli autori della HoNOS abbiano costruito i singoli item in modo che comprendessero il massimo numero di condizioni possibili rispetto ai diversi aspetti indagati, generando così ambiguità su cosa effettivamente essi vogliano misurare. A ciò si aggiunge la scarsa definizione dei livelli di gravità, verosimilmente correlata alla bassa riproducibilità dei punteggi.

Uno studio del 2017 pubblicato presso la Cambridge University Press dal titolo *Improving the quality of mental health services using patient outcome data: making the most of HoNOS*, condotto da Mike J. Crawford, Mo Zoha, Alastair JD Macdonald e David Kingdon ha utilizzato i dati HoNOS del Servizio Sanitario Nazionale britannico per la valutazione del servizio di salute mentale. Sono state sollevate preoccupazioni sulla qualità dei dati HoNOS di routine, dallo studio emerge che se al personale viene fornito un

supporto e una formazione adeguati, HoNOS può essere utilizzato per generare informazioni affidabili che possono essere utilizzate per confrontare diversi servizi ed esaminare i cambiamenti nei risultati dei pazienti nel tempo; inoltre i dati di HoNOS e di altre scale di risultati di routine devono essere interpretati con cautela. Variazioni casuali e sottili cambiamenti nella pratica e nel mix di casi possono aver portato a cambiamenti negli esiti dei pazienti nel tempo.

Articolo	Autore – Rivista - Anno	Tipologia di studio	Obiettivo	Principali risultati
<i>La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana</i>	Anna Placentino, Fabio Lucchi, Gianpaolo Scarsato, Giuseppe Fazzari. Rivista di Psichiatria 2017	Studio di coorte prospettico	Descrivere le caratteristiche della MHRS e riporta i risultati dello studio di validazione italiano	Sono stati coinvolti 117 utenti e 42 operatori. La MHRS ha dimostrato avere una stabilità temporale in tutte le aree. Correlazioni significative sono state rilevate fra la MHRS e le aree maggiormente affini delle scale utilizzate. L'inter-rater reliability è stata studiata in modo insoddisfacente. Nel complesso la MHRS è stata ritenuta uno strumento gradito e di facile compilazione. Le valutazioni collaborative sono state condotte in meno di 45 minuti.
<i>Psychometric properties of the</i>	Helen Killaspy, Sarah White, Tatiana L.	Studio di coorte prospettico	Valutare l'accettabilità, l'affidabilità e la	Hanno partecipato un totale di 172

<p><i>Mental Health Recovery Star</i></p>	<p>Taylor and Michael King Cambridge University Press 02 January 2018</p>		<p>validità convergente dell'MHRS</p>	<p>utenti dei servizi e 120 personale dei servizi di degenza e di comunità. L'MHRS era relativamente veloce e facile da usare e aveva una buona affidabilità test-retest, ma l'affidabilità tra gli operatori era inadeguata. Le valutazioni collaborative erano leggermente superiori alle valutazioni del solo personale. La validità convergente suggerisce che valuta la funzione sociale più del recupero.</p>
<p><i>Schizophrenia and quality of life: how important are symptoms and functioning?</i></p>	<p>Anna Galuppi, Maria Cristina Turola, Maria Giulia Nanni, Paola Mazzoni e Luigi Grassi International Journal of Mental Health System</p>	<p>Studio clinico prospettico comparativo</p>	<p>la relazione tra qualità della vita e funzionamento globale e sintomi (scala FPS) in pazienti ambulatoriali con schizofrenia</p>	<p>Lo studio è stato condotto su pazienti ambulatoriali con schizofrenia che frequentavano un Centro di salute mentale (117). I soggetti hanno mostrato una soddisfazione</p>

	08 December 2010			intermedia sulla QoL e sulla salute complessive; questi dati possono essere giustapposti ai tassi di campionamento standard nazionali. La QoL è risultata positivamente associata al funzionamento personale e sociale,.
<i>Outcome assessment of the VADO approach in psychiatric rehabilitation: a partially randomised multicentric trial</i>	Rosaria Pioli, Michela Vittorelli, Antonella Gigantesco, Giuseppe Rossi, Luigi Basso, Chiara Caprioli, Chiara Buizza, Angela Corradi, Fiorino Mirabella, Pierluigi Morosini, Ian RH Falloon. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 03 April 2006	Studio sperimentale randomizzato controllato (RCT)	Valutare se uno specifico manuale strutturato di pianificazione e valutazione, denominato VADO sia più efficace degli interventi di routine nella riduzione della disabilità nei pazienti con schizofrenia.	Sono stati reclutati 98 pazienti. I risultati suggeriscono che la definizione di obiettivi personalizzati e misurabili, come raccomandato dal manuale, può migliorare l'esito della riabilitazione di gravi disturbi mentali.
<i>Improving the</i>	Mike J Crawford, Mo	Studio di coorte retrospettivo	Illustrare come i team clinici	Hanno confrontato la

<p><i>quality of mental health services using patient outcome data: making the most of HoNOS</i></p>	<p>Zoha, Alastair J.D. Macdonald, David Kingdom Cambridge University Press 2017</p>		<p>hanno utilizzato i dati HoNOS per identificare le aree in cui le prestazioni potrebbero essere migliorate e hanno usato i dati HoNOS di routine per esplorare i problemi di salute mentale (come sintomi psicotici, tendenze suicide e aggressività).</p>	<p>proporzione di persone che hanno avuto problemi che hanno richiesto un intervento (un punteggio di 2 o più su diversi item HoNOS) tra 3409 persone ricoverate in ospedale e 2991 riferite a squadre di crisi locali. HoNOS può essere utilizzato per generare informazioni affidabili che possono essere utilizzate per confrontare diversi servizi ed esaminare i cambiamenti nei risultati dei pazienti nel tempo.</p>
<p><i>A review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) family of measures</i></p>	<p>Jane E Pirkis, Philip M Burgess, Pia K Kirk, Sarity Dodson, Tim J Coombs & Michelle Williamson. Health and Quality of Life</p>	<p>Revisione della letteratura</p>	<p>Valutare la validità della scala HoNOS (contenuto, costruito, simultaneo, predittivo), affidabilità (test-retest, inter-rater), sensibilità al cambiamento</p>	<p>La HoNOS funziona in modo adeguato o migliore sulla maggior parte delle dimensioni, sebbene alcune delle loro proprietà psicometriche meritino un</p>

	Outcomes 2005		e fattibilità/utilità.	esame più approfondito.
Discriminant validity of the Health of the Nation Outcome Scales in Italian psychiatric residential facilities	A. Gigantesco, A. Picardi, G. de Girolamo*, P. Morosini Journal of Psychopathology , 2005Studio clinico prospettico comparativo	Studio clinico prospettico comparativo	Confrontare la validità convergente e discriminante della HoNOS con quelle di altre scale di valutazione	Il profilo delle correlazioni tra i punteggi della scala HoNOS ed i corrispondenti punteggi delle altre scale è risultato coerente. I risultati dell'analisi discriminante indicano che la HoNOS ha capacità classificatorie moderate e sollevano alcune perplessità sulla sua capacità di fornire informazioni utili a scopo clinico

5 DISCUSSIONE

Le settimane successive alla dimissione dal reparto di degenza possono rappresentare un periodo critico soprattutto nei pazienti psichiatrici. Affrontare e gestire le difficoltà della vita quotidiana può aumentare l'isolamento, l'ansia, la depressione, il rischio suicidario, la mancanza di compliance e la continuità delle cure o l'integrazione nella società in una sorta di circolo vizioso; uno studio del 2021 condotto da Simone Vanzetto, Matteo Zabotto, Federica Fasciana, Alberto Varinelli, Giovanna Cirnigliaro, Luca Ferrara, Bernardo Dell'Osso, Caterina Viganò intitolato *Structured Evaluation of Rehabilitation Programs Outcomes in Psychiatry: Application of a Recovery-Centered Model* ha confermato l'utilità di un modello strutturato di indicatori di esito e ne ha evidenziato la fattibilità nel contesto clinico quotidiano in un orizzonte di recovery.

Utilizzando come indicatori di risultato il tasso di ospedalizzazione e la continuità assistenziale, ha dimostrato la necessità di un modello di valutazione di esiti nei programmi di riabilitazione che tenga conto del funzionamento psicopatologico, relazionale e sociale. Lo studio evidenzia l'importanza dell'uso di indicatori clinici di risultati per valutare l'efficacia dei programmi di riabilitazione in modo da ridurre il rischio di riacutizzazione della patologia psichiatrica, tutto ciò garantendo la continuità assistenziale e follow-up.

Come rilevato dagli studi precedentemente descritti, le scale di valutazione presentano dei punti di forza e delle criticità.

La scala MHRS risulta essere una scala gradita da operatori e assistiti in quanto si è dimostrata essere facilmente compilabile e veloce, in quanto la maggior parte ha impiegato meno di 45 minuti a completarla. Questo la rende una scala applicabile a livello ambulatoriale e territoriale in quanto risulta compatibile con i tempi di visita degli utenti. Solo pochi operatori l'hanno considerato uno strumento difficile da usare.

Gli studi hanno dimostrato una buona affidabilità test-retest. La validità concorrente è risultata accettabile e il confronto è stato effettuato con la WHOQoL e la HoNOS con la quale risultano correlazioni con tre delle sue quattro aree. In entrambi gli studi riportati, l'inter-rater reliability è risultata inadeguata ed insufficiente e questo non supporta la raccomandazione per l'uso di questo strumento come strumento di esito clinico di routine, inoltre lo strumento sembra valutare il funzionamento sociale più del recupero e esistono già altre misure affidabili della funzione sociale. Tuttavia l'uso della MHRS fornisce un valore aggiunto nel processo di recovery, nell'instaurazione di un rapporto terapeutico

affidabile permettendo all'assistito di svolgere un ruolo attivo nel processo di recovery. Questa scala punta ad avere una doppia valenza: qualitativa, promuovendo la partecipazione attiva dell'utente nel valutarsi e nel decidere gli obiettivi del processo terapeutico; e quantitativo attraverso la misurazione del cambiamento.

Come detto prima, lo strumento sembra valutare più il funzionamento sociale del recupero e per questo esistono già altre scale, come la scala FPS dell'approccio VADO.

Il VADO infatti si è dimostrato semplice da applicare, con necessità di una breve formazione. Questo approccio, che si basa sulla negoziazione di obiettivi misurabili rilevanti per la qualità di vita del paziente, sembra essere molto promettente dal punto di vista del buon senso. Gli studi sembrano suggerire che sia efficace, almeno se confrontato con strategie riabilitative meno strutturate e più limitate.

I pazienti trattati con l'approccio VADO avevano anche maggiori probabilità di essere dimessi a casa o in appartamenti protetti. In un anno dello studio il 40% è stato dimesso in questo modo e ha mostrato un ulteriore miglioramento nei loro nuovi ambienti. L'approccio VADO aiuta i pazienti a decidere dove e come vivere e cerca di fornire loro le competenze e la fiducia necessarie per raggiungere la loro indipendenza. Tuttavia nonostante la valutazione completa dei bisogni e la definizione degli obiettivi, solo una piccola parte dei problemi è stata affrontata durante il periodo di studio di un anno e meno della metà dei pazienti è stata dimessa con successo. Questo può essere visto come una limitazione dell'approccio VADO, ma forse può anche riflettere la necessità di programmi riabilitativi a lungo termine che continuino ad affrontare i bisogni prioritari dei pazienti per molti anni, pur dando priorità a quei bisogni che ostacolano maggiormente il progresso dei pazienti verso lo stile di vita desiderato; servirebbero dunque studi su periodi di tempo più lunghi.

Nell'approccio VADO la scala FPS misura il funzionamento personale e sociale e uno studio sopraccitato ha dimostrato come, data la forte correlazione tra i sintomi psichiatrici negativi e funzionamento e disabilità sociale, è molto importante la sua misurazione attraverso la somministrazione di scale di misurazione come, appunto, la FPS.

Un'altra scala che misura il funzionamento della persona è la HoNOS. Questa misura di valutazione, in base agli studi, ha mostrato validità, affidabilità, sensibilità al cambiamento e fattibilità/utilità adeguate o buone.

L'evidenza disponibile suggerisce che se al personale viene fornito un supporto e una formazione adeguati, HoNOS può essere utilizzato per generare informazioni affidabili che possono essere utilizzate per confrontare diversi servizi ed esaminare i cambiamenti nei

risultati dei pazienti nel tempo.

La HoNOS può valutare i risultati per diversi gruppi su una serie di costrutti relativi alla salute mentale. Laddove testate, le loro prestazioni psicometriche sono adeguate o migliori. Questo è importante, perché significa che possono essere considerati appropriati per monitorare regolarmente i risultati dei consumatori, al fine di migliorare la qualità e l'efficacia del trattamento.

I risultati dell'analisi discriminante indicano che la HoNOS ha capacità classificatorie moderate e sollevano alcune perplessità sulla sua capacità di fornire informazioni utili sia a scopo clinico che gestionale per la valutazione del carico di lavoro finalizzato alla pianificazione dei servizi e alla distribuzione delle risorse. Secondo gli studi sopracitati, la HoNOS non consente di classificare accuratamente pazienti che presentano diversi livelli di gravità e diversi bisogni assistenziali. È probabile che le modeste capacità classificatorie della HoNOS siano da ascrivere alla scarsa specificità dei singoli item, a ciò si aggiunge la scarsa definizione dei livelli di gravità, verosimilmente correlata alla bassa riproducibilità dei punteggi. Infine, per alcuni item, in particolare l'item 7 sulla depressione, la definizione del costrutto da misurare appare poco soddisfacente.

Il limite della scala HoNOS è quello comune a molti degli strumenti di valutazione degli esiti caratterizzati da brevità e uniformità di applicazione a tutti i pazienti, i quali sono spesso inaccurati e riduttivi e richiedono di essere integrati da descrizioni cliniche approfondite dei singoli casi o dal contemporaneo impiego di altri strumenti di valutazione.

6 CONCLUSIONE

Questo elaborato, attraverso la revisione critica della letteratura, ha esplorato le caratteristiche di alcune scale per la valutazione della persona affetta da patologia psichiatrica all'interno del contesto di recovery al fine di individuare eventuali aree di comportamento disfunzionali che preannuncino un'eventuale riacutizzazione della malattia.

Ruolo fondamentale è svolto dall'infermiere territoriale, il quale garantisce continuità assistenziale tra ospedale e domicilio, instaurando un rapporto di fiducia con l'assistito permettendo dunque l'instaurazione della relazione d'aiuto tra utente e professionista; in questo modo l'infermiere non solo aiuta la persona nel proprio percorso umano di recovery, ma aumenta la compliance e la tendenza a cercare aiuto verso operatori fidati in caso di emergenza o riacutizzazione.

La continuità assistenziale si esplica attraverso visite presso il Centro di Salute Mentale di riferimento e il domicilio dell'utente in caso di bisogno, nelle quali l'infermiere mette in atto il processo assistenziale attraverso l'attuazione di interventi per raggiungere gli obiettivi per l'assistito.

È fondamentale che l'infermiere metta in atto le proprie conoscenze pratiche, teoriche e psicologiche per applicare il processo terapeutico.

Attraverso le visite, ambulatoriali o a domicilio, uno dei compiti importanti dell'infermiere è il riconoscimento di segni e sintomi di eventuali riacutizzazioni. Spesso nella pratica clinica viene effettuato mettendo in gioco la mera esperienza professionale, in maniera automatica e non uniforme, a causa della scarsità di tempo da poter dedicare all'elevato numero di assistiti e all'assenza di protocolli uniformi nei DSM. Sarebbe molto importante dunque l'uso capillare e protocollato di scale per la valutazione oggettiva delle condizioni di salute dell'utente da parte dell'infermiere.

Gli studi soprariportati evidenziano l'importanza di un intervento clinico e riabilitativo caratterizzato da una raccolta sistematica dei dati, qualsiasi tipo di intervento riabilitativo condotto su pazienti psichiatrici, sia in ambito residenziale che non, può risultare inadeguato se non è possibile valutarne la concreta efficacia, nel breve e nel lungo periodo, attraverso un'analisi sistematica degli esiti dell'intervento stesso. Questi sono necessari per garantire lo sviluppo di un modello riabilitativo orientato al recupero.

Le scale di valutazione riportate (MHRS, FPS del VADO e HoNOS), nonostante i loro limiti, rappresentano strumenti importanti per il coinvolgimento dell'assistito della recovery e come mezzo di controllo e prevenzione del suo stato di salute mentale e sono un buon

punto di partenza per lo sviluppo di mezzi più efficaci per lo scopo.

Gli studi sull'utilizzo di queste scale di valutazione in Italia sono pochi, ciò indica la necessità di effettuare ulteriori studi per il miglioramento delle scale già esistenti e lo sviluppo di nuovi strumenti per il monitoraggio dell'assistito a livello territoriale. Si auspica la messa a punto di scale semplici da utilizzare, ma che diano una visione olistica e completa dell'utente, scale confrontabili tra di loro e che siano particolarmente sensibili ai cambiamenti del soggetto nel tempo in modo da poter rilevare preventivamente e con precisione eventuali segni e sintomi di riacutizzazioni; dovrebbero essere il più possibile obiettive in modo tale da evitare interpretazioni troppo personali tra gli operatori che porterebbero a risultati diversi se venissero somministrate da un altro professionista; queste scale dovrebbero essere compatibili con i tempi assistenziali previsti per gli utenti ed inserite in maniera capillare all'interno dei protocolli del DSM, conseguentemente all'adeguata formazione degli infermieri di salute mentale e tutti gli altri professionisti sanitari coinvolti a livello territoriale: psichiatri, medici di medicina generale, infermieri di comunità.

7 BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1904/02/22/43/sg/pdf>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1978/05/16/078U0180/sg>

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_558_allegato.pdf

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_947_allegato.pdf

<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=168&area=salute%20mentale&menu=vuoto>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1968/04/20/068U0431/sg>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1976/02/23/075U0867/sg>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1990/11/23/090G0387/sg>

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3212_allegato.pdf

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3212_0_alleg.pdf

<https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/2846/articoli/28728/>

<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/psychometric-properties-of-the-mental-health-recovery-star/350937E2A58B3CFA3C07FA49A31A937B>

<https://www.cambridge.org/core/journals/the-psychiatrist/article/recovery-star-validating-user-recovery/1D1F193ED6EF820A778AA04972A17B1B>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3016370/>

<https://studylibit.com/doc/188312/scala-valutazione-honos>

<https://www.nurse24.it/studenti/scale-di-valutazione/la-valutazione-in-psichiatria-una-sfida-e-un-opportunita.html>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1501010/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8531094/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5451653/>

<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-3-76>

<https://www.jpsychopathol.it/article/validita-discriminante-della-health-of-the-nation-outcome-scales-nelle-strutture-residenziali-psichiatriche-italiane/>