

Health of the Nation Outcome Scales

HoNOS

V. Musella, S.Baraldi, F. Kusmann

- La scala Honos nasce nel 1993 nell'ambito del progetto “Health of the Nation” del Department of Health inglese che si poneva come obiettivo il “miglioramento significativo della salute e del funzionamento sociale dei soggetti con patologia mentale”.
- Fu sviluppata dalla Research Unit del Royal College come **strumento di valutazione dei risultati del trattamento dei disturbi mentali** in soggetti adulti che sono in contatto con i servizi psichiatrici.

La versione italiana della HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), una scala per la valutazione della gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale

*The Italian version of HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), a scale for evaluating
the outcome and the severity in mental health services*

ANTONIO LORA¹, GABRIELLA BAI², STEFANIA BIANCHI³, GIORGIO BOLONGARO³,
GRAZIELLA CIVENTI⁴, ARCADIO ERLICHER⁵, GEMMA MARESCA⁶, EMILIANO MONZANI⁷,
BARBARA PANETTA⁷, DANIELE VON MORGEN⁸, FRANCO ROSSI⁹, VALTER TORRI⁹,
PIERLUIGI MOROSINI¹⁰

¹ Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera di Vimercate, Vimercate (MI)

² Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera di Legnano, Legnano (MI)

³ Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio, Busto Arsizio (MI)

⁴ Direzione Generale Sanità - Regione Lombardia

⁵ Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda, Milano

- **Breve e semplice e adattabile all'uso routinario.**
- **Utilizzabile sia dal personale medico che paramedico.**
- **Indaga sia gli aspetti clinici che quelli sociali.**
- **Sensibile al miglioramento, al peggioramento o alla mancanza di modificazioni cliniche nel corso del tempo.**
- **Affidabile.**
- **Validità paragonabile a quella di scale più ampie e di più larga diffusione**
- **Utilizzabile anche a fini amministrativi.**

Composta da 12 item che coprono 4 aree:

- 1. **problemi comportamentali** che hanno un impatto significativo sul soggetto e/o sugli altri, come la violenza auto e/o eterodiretta.
- 2. **deficit delle funzioni di base** come il rallentamento psicomotorio e le compromissioni **cognitive e fisiche** con i loro effetti diretti sul funzionamento dell'individuo.
- 3. **esperienze psichiche soggettive che disturbano o limitano il soggetto**, come la depressione, l'ansia, le allucinazioni e le preoccupazioni.
- 4. **problemi ambientali** (abitativi, occupazionali, economici, interpersonali e del sistema di supporto sociale) che possono limitare l'autonomia funzionale.

Problemi comportamentali (items 1-3)

- **1. Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi ed agitati**
- **2. Pensieri o comportamenti deliberatamente autolesivi**
- **3. Problemi legati all'assunzione di alcol o droghe o altre dipendenze, ad esempio gioco d'azzardo**

Compromissioni cognitive e fisiche (items 4-5)

- **4. Problemi cognitivi: memoria, orientamento, comprensione e disorganizzazione del pensiero**
- **5. Problemi di malattie organiche e disabilità fisica**

Sintomi psichici (items 6-8)

- **6. Problemi legati ad allucinazioni e deliri**
- **7. Problemi legati all'Umore depresso**
- **8. Altri problemi psichici e comportamentali
(ansia, dissociativi, sessuali, del sonno, alimentazione ecc.)**

Problemi ambientali (items 9-12)

- **9. Problemi relazionali sociali, coi conviventi, i familiari e il partner**
- **10. Problemi e autonomia nelle attività della vita quotidiana: semplici e/o complesse**
- **11. Problemi nelle condizioni di vita (abitazione, disponibilità di denaro, supporto familiare)**
- **12. Problemi nelle disponibilità di risorse per attività lavorative, studio, ricreative e attività lavoro-equivalenti.**

Come Valutare

- **Non è strutturata come un'intervista clinica.**
- **Può essere compilata dall'operatore dopo un'intervista routinaria con il soggetto**
- **Possono essere usate, tutte le possibili fonti di informazione.**

Come Valutare

- Valutare ciascun item nell'ordine, da 1 a 12.
- 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
 - Segnare 9 se mancano informazioni*
- Per ogni item è fornita un'esauriente spiegazione di ciò che deve e di ciò che non deve essere valutato

Come Valutare

- Prendere in considerazione il **livello di maggiore gravità** raggiunto dal problema indagato nell'intervallo considerato e non la gravità media del problema nel periodo.
- Non includere informazioni siglate in altri Item, (eccezione item10).
- Il periodo da prendere in esame sono le **due settimane precedenti** per i pazienti all'ingresso in ospedale, i pazienti ambulatoriali, o in residenza.
- L'eccezione riguarda i pazienti dimessi dalle strutture di ricovero, nei quali si fa riferimento alle **ultime 72 ore (3 gg)**.
- Fanno eccezione gli item 11 e 12, per i quali può essere necessario raccogliere informazioni oltre le due settimane.

Come Valutare

				Monitorare ?	Intervento attivo e progetto terapeutico ?
Clinically Significant	4	Problemi gravi o molto gravi	Il livello più grave del problema può richiedere interventi in urgenza, TSO, ASO Stato di necessità	✓	✓
	3	Problem di gravità moderata	Registrato, monitorato e inserito nel progetto terapeutico.	✓	✓
	2	Problemi di gravità lieve	Deve essere registrato e monitorato in cartella Può essere necessario inserirlo nel progetto terapeutico.	✓	Potrebbe
Not Clinically Significant	1	Problemi minori	Non richiede un intervento specifico può essere registrato in cartella	Potrebbe	✗
	0	Nessun problema	Problemi non presenti.	✗	✗

1. Comportamento iperattivo, aggressivo, distruttivo o agitato

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

0 Nessun problema

1 Irritabilità, litigiosità o irrequietezza che non richiedono intervento

2 Gesti aggressivi fisici o verbali, danni modesti a oggetti; iperattività o agitazione evidenti.

3 Attacchi fisici a persone o animali ma di minore gravità rispetto al punteggio 4; persistente atteggiamento minaccioso, iperattività o danneggiamento oggetti

4 Almeno un grave attacco fisico a persone o animali, atti distruttivi, comportamenti di grave intimidazione o osceni

9 Non noto

2. Comportamenti deliberatamente auto lesivi.

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

0 Nessun problema

1 Rischio lieve: pensieri passeggeri di farla finita, nessun gesto autolesivo

2 Rischio di modesta entità: gesti auto lesivi non pericolosi (tagli superficiali)

3 Rischio da moderato a grave: gesti auto lesivi e atti preparatori

4 Serio TS e/o grave e intenzionale atto autolesivo

9 Non noto

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

- Non includere il comportamento aggressivo/distruttivo dovuto all'alcol o alle sostanze che è valutato all'item 1.
- Non includere malattie fisiche o invalidità dovute all'uso di alcol o sostanze, valutate all'item 5.
- Escludere i deficit cognitivi (item 4), la psicopatologia (item 6-8), i problemi relazionali (item 9).

0 Nessun problema

1 Qualche eccesso ma entro le norme sociali

2 Perdita di controllo nel bere o nell'assunzione di droghe, senza dipendenza

3 Craving con perdite di controllo, esposizione a rischio sotto effetto di sostanza

4 Dipendenza di gravità tale da compromettere il funzionamento del soggetto

9 Non noto

4. Problemi cognitivi

- Includere i problemi di memoria, orientamento e comprensione indipendentemente dal disturbo da cui dipendono (insufficienza mentale, demenza, schizofrenia, depressione, stupor, dissociativi, delirium ecc.)
- Non includere problemi transitori conseguenti all'uso di alcol/sostanze (valutati all'item 3).

0 Nessun problema

1 Problemi di memoria o comprensione minori

2 Problemi di memoria o comprensione lieve, ma evidenti. Incertezza di fronte a decisioni semplici

3 Disorientamento marcato nel tempo, nello spazio, riguardo alle persone; perplessità di fronte a eventi quotidiani; talvolta incoerenza nel discorso; rallentamento mentale

4 Disorientamento grave; a rischio di incidenti; discorsi incomprensibili; obnubilamento o stupore

9 Non noto

5. Malattie fisiche o problemi di invalidità

- Includere malattie o invalidità di qualsiasi natura che limitano o impediscono o interferiscono in qualche modo con il funzionamento del soggetto.
- Includere gli effetti collaterali dei trattamenti, gli effetti dell'uso di alcol/sostanze, le invalidità fisiche conseguenti ad incidenti o ad autodanneggiamenti. L'assunzione di farmaci senza effetti collaterali riceve punteggio di 1-2.
- Considerare sempre le ultime due settimane senza esaminare la gravità in se della malattia a medio lungo termine.
- Non includere problemi mentali o comportamentali valutati all'item 4.

0 *Nessun problema*

1 *Problemi fisici di scarsa rilevanza (es. raffreddore o conseguenze di una caduta poco grave)*

2 *Problemi fisici che causano lievi limitazioni della mobilità e delle attività*

3 *Limitazione moderata delle attività, causata da problemi di salute fisica di media e lunga durata*

4 *Grave o completa invalidità dovuta a problemi di salute fisica*

9 *Non noto*

6. Problemi associati ad allucinazioni e deliri

- Includere allucinazioni e deliri indipendentemente dalla diagnosi.
- Includere comportamenti strani e bizzarri associati ad allucinazioni e deliri.
- Non includere comportamenti aggressivi di struttivi o iperattivi attribuiti a allucinazioni o deliri valutati (item 1).
- Se presente un delirio ma il paziente non agisce coerentemente punteggio 2, se si comporta coerentemente assegnare 3-4 .

0 *Nessun problema*

1 *Convinzioni lievemente eccentriche o bizzarre, non conformi alle norme culturali*

2 *Sono presenti deliri o allucinazioni, con modesto malessere limitate manifestazioni comportamentali, senza coinvolgimento rilevante*

3 *Notevole coinvolgimento del pz in deliri o allucinazioni, che causano intenso malessere e/o si manifestano in comportamenti bizzarri (problemi clinici di gravità media)*

4 *Stato psichico e comportamento sono influenzati negativamente e in maniera grave da deliri e allucinazioni, con gravi conseguenze sul pz*

9 *Non noto*

7. Problemi di umore depresso

- Valutare umore depresso e sintomi associati scegliere quelli peggior
- Non includere iperattività o agitazione (item 1), idee o tentativi di suicidio (item 2), rallentamento ideativo e stupor (item 4), deliri o allucinazioni (item 6), problemi connessi al sonno, appetito, preoccupazioni ipocondriache (item 8)

0 Nessun problema

1 Tristezza o modeste variazioni del tono dell'umore

2 Depressione e malessere psichico lieve, ma evidenti

3 Depressione con idee di autosvalutazione infondate, pz assillato da sensi di colpa

4 Depressione grave o molto grave, con idee di colpa e autoaccusa

9 Non noto

8. Altri problemi psichici e comportamentali

- Valutare soltanto il problema clinico più grave non considerato agli item 6 e 7.
- Specificare il tipo di problema riportando la lettera più appropriata come segue: A Fobie; B- Ansia; C- Ossessioni-compulsioni; D- Tensione/logorio psichico; E- Dissociazione; F- Disturbi somatoformi; G-Alimentazione; H- Sonno; I-Sessuali; J- Altro.

<i>Ansia e fobie</i>	0	1	2	3	4	9
<i>Ossessioni e compulsioni</i>	0	1	2	3	4	9
<i>Sintomi dissociativi</i>	0	1	2	3	4	9
<i>Sintomi somatoformi</i>	0	1	2	3	4	9
<i>Problemi dell'alimentazione</i>	0	1	2	3	4	9
<i>Disturbi del sonno</i>	0	1	2	3	4	9
<i>Problemi sessuali</i>	0	1	2	3	4	9
<i>Umore euforico</i>	0	1	2	3	4	9
<i>Somatoformi</i>	0	1	2	3	4	9

9. Problemi nei rapporti interpersonali

- Valutare il problema più grave del paziente associato a ritiro, attivo o passivo dai rapporti sociali e/o con rapporti non-supportivi, distruttivi o autolesionistici.
- Se il ritiro è una libera scelta e il paziente sta bene siglare 1; in caso di isolamento quasi assoluto siglare 4; per discriminare tra 3 e 4 tenere conto del grado di sofferenza personale, del livello di ritiro o di difficoltà delle relazioni.
- Le eventuali carenze di supporto al paziente sono valutate item 11-12.

0 *Nessun problema*

1 *Problemi minori, senza rilevanza clinica*

2 *Evidenti problemi nel stabilire o mantenere relazioni di sostegno: il pz se ne lamenta e/o i problemi sono manifesti alle altre persone*

3 *Problemi gravi e persistenti dovuti a ritiro attivo e passivo dalle relazioni sociali e/o relazioni che non offrono benessere e sostegno*

4 *Isolamento sociale grave, che causa sofferenza nel pz, incapacità di comunicare socialmente*

9 *Non noto*

10. Problemi nelle attività della vita quotidiana

- **Valutare il livello generale di funzionamento nelle attività di base della cura di sé 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, il fare shopping, la propria crescita, ecc.**
- **Dare un differente peso in termini di punteggio alle attività di base rispetto a quelle complesse**
- **Se una attività non viene esercitata o é esercitata in modo inadeguato per mancanza di motivazione deve essere considerata carente anche se il paziente ne é potenzialmente capace.**

- **Se una abilità é presente ma non viene esercitata per mancanza di opportunità considerarla presente (mancanza di opportunità valutata agli item 11 e 12).**
- **Escludere disabilità di tipo fisico (item 5)
Considerare un periodo di tempo più esteso di due settimane.**

0 Nessun problema

1 Problemi minori: disordinato e non ben organizzato, abilità complesse nella norma

2 Adeguata cura di sé, ma incapacità a svolgere attività complesse

3 Problemi nella cura di sé; incapacità a svolgere attività complesse

4 Grave disabilità in tutte o quasi le aree relative alla cura di sé e ad attività complesse

9 Non noto

11. Problemi nelle condizioni di vita

- **Abitazione:** stato, grado di affollamento, servizi igienici, riscaldamento etc, (se il paziente é ricoverato, riferirsi alla situazione della struttura)
- **Disponibilità denaro:** prime necessità, vacanze, debiti, bollette etc (se ricoverato considerare la situazione se viene dimesso)
- **Supporto familiare:** 0= il paziente é pienamente autonomo e stimolato ad un livello ottimale dai famigliari; 1= i famigliari stimolano meno adeguatamente il paziente; 2-4= i famigliari forniscono supporto inadeguato e limitano l'autonomia raggiungibile dal paziente
- **Non considerare il livello di disabilità in se stesso (item 10)**

0 Nessun problema

1 Problemi minori e transitori

2 Problemi evidenti e rilevanti

3 Molteplici problemi che causano disagio clinico e incidono sul decoro personale

4 Gravissimi problemi abitativi ed economici, il comportamento dei famigliari peggiora tali condizioni

9 Non noto

12. Problemi nelle disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative

- Possibilità di accesso e utilizzo di strutture e servizi per attività ricreative, culturali e del tempo libero (circoli ricreativi, parrocchie, bar, cooperative, gruppi di volontariato ecc)
- Possibilità di accesso e utilizzo di strutture e servizi per attività lavorative o formativa in campo scolastico e lavorativo (centri di formazione e inserimento lavorativo, ambiti lavorativi protetti, scuole, ecc.)
- Grado di supporto e stimolo da parte dei familiari per favorire l'inserimento del paziente durante il giorno in attività costruttive, quali quelle ricreative e lavorative formative.
- Considerare non solo i familiari, ma anche vicini, conoscenti, volontari, operatori dei servizi sociali e operatori di strutture residenziali, nel caso di ricoveri a carattere lungodegenziale.
- Non considerare l'attività degli operatori e le strutture del Dipartimento di Salute Mentale.

0 *Nessun problema*

1 *Problemi minori o transitori*

2 *Scelta limitata di attività, pz svantaggiato per domicilio instabile, sostegno sociale insufficiente*

3 *Carenza di risorse professionali, nessuna possibilità sviluppo nuove abilità*

4 *La totale assenza di opportunità peggiora i problemi del pz*

9 *Non noto*

Punti di forza

- **Semplice**
- **Di facile somministrazione**
- **Utilizzabile da tutti gli operatori con conseguenti vantaggi sulla condivisione della valutazione**
- **Utile come punto di partenza per la programmazione e la valutazione degli obiettivi terapeutici.**

Criticità

- *Valutazione troppo generica.*
- *L'utilizzo di strumenti di misurazione è un processo non facile da introdurre in realtà abituate a basarsi esclusivamente sulle valutazioni cliniche dell'equipe.*



Original Article

Validation of the Health of the Nation Outcome Scales as a routine measure of outcome in early intervention programmes

Antonio Preti,^{1,2} Alessia Pisano,² Maria Teresa Cascio,² Federico Galvan,² Emiliano Monzani,² Anna Meneghelli² and Angelo Cocchi²

Abstract

Aim: So far, no study has assessed the validity of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) in patients enrolled in early intervention programmes, nor has any study evaluated the validity of the HoNOS in people at ultra high-risk (UHR) of psychosis. This study set out to assess the validity and reliability of the HoNOS as a measure of outcome in the patients enrolled in an early intervention programme.

Methods: The concurrent, discriminant and predictive validity, and the reliability of the HoNOS as a measure of outcome in an early intervention programme were assessed in 87 first-episode psychosis (FEP) patients, and in 81 patients at UHR of psychosis.

Results: Reliability indexes were good in the FEP sample, and less good in

the UHR sample. HoNOS total scores differentiated between FEP and UHR patients, and the HoNOS subscales proved able to assess a specific profile of symptoms in the two samples, demonstrating a helpful adjunctive measure of health status without complete overlap with other scales. Sensitivity to change was also very good, again with differences between FEP and UHR patients. HoNOS scores at intake did not predict failure to attain remission in FEP patients. There were too few cases of transition to psychosis ($n = 2$) to assess predictive validity of HoNOS in the UHR sample.

Conclusion: HoNOS possesses satisfactory sensitivity and validity to be used in the routine assessment in early intervention programmes.

¹Centro Medico Genneruxi, Cagliari, and
²Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda
Ca' Granda, Dipartimento di Salute
Mentale: Programma2000, Milano, Italy

Corresponding author: Professor Dott.
Angelo Cocchi, A.O. Ospedale Niguarda
Ca' Granda, Programma 2000 – Via
Livigno, 3, 20128 Milan, Italy. Email:
angelo.cocchi@ospedaleniguarda.it;
programma2000@ospedaleniguarda.it

Received 9 July 2011; accepted 6
November 2011

Key words: early intervention, Health of the Nation Outcome Scales, psychosis, ultra high-risk.

Bibliografia

- Wing J. et al. *Health of the Nation Outcome Scales Trainers' Guide*. 1996. London, Royal College of Psychiatry.
- Lora A. et al. *La versione italiana della HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), una scala per la valutazione della gravità e dell'esito nei servizi di salute mentale*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10, 3, 2001.
- Preti A. et al. *Validation of the Health of the Nation Outcome Scales as a routine measure of the outcome in early intervention programmes*. *Early Intervention in psychiatry* 2012; 6:423-31.
- Orrell M. et al. *Validity and reliability of the Health of the Nation Outcome scales in psychiatric patients in the community*. *British Journal of Psychiatry* 1999; 174: 409-12
- www.rcpsych.ac.uk

MHCT

Mental Health Clustering Tool

Introduzione

Aprile 2011 NHS progetto di ridefinizione dei costi e dei pagamenti ai Servizi di Salute mentale in base al numero e tipo di prestazioni erogate: Payment by Results

Necessità di definire con precisione e accuratezza le diverse tipologie di intervento in relazione al “assorbimento di risorse”

Individuazione di gruppi diagnostici: clusters

Cosa è un cluster:

“descrizione globale di un raggruppamento di pazienti con caratteristiche simili da un punto di vista di bisogni, quadri clinici e intensità di risorse necessarie per l'intervento”; deriva da una valutazione olistica, che prenda in considerazione bisogni psicosociali sia attuali che storici.

Il sistema presuppone la possibilità nel tempo di transitare da un cluster ad un altro di diversa gravità in base al decorso e agli interventi effettuati

Necessità di uno strumento in grado di operare queste valutazioni in modo sintetico ma affidabile

MHCT

Mental Health Clustering Tool

Si compone degli items della HoNOS + 13item (Wings 1996) e della scala Summary of Assessment Risk and Need (SARN) (Self et al. J Mental Health 2008)

Razionale: ottenere dati necessari per assegnare i soggetti ai diversi cluster.

- HoNOS sviluppata dal RCPsych (Wings et al. Brit J Psych 1999)
- SARN è stata sviluppata dal Care Pathways and Packages Project (CPPP) per effettuare una valutazione e adeguare la risposta del Servizio sulla base dei bisogni individuali;
- in origine 27 items iniziali; selezionati i 4 items considerati maggiormente decisivi nel determinare la risposta del Servizio (e in modo da non “appesantire” e alterare la praticità di uso della HoNOS).

MHCT

Mental Health Clustering Tool

Part 1 contiene le scale della HoNOS + 13 item; si riferisce alla gravità dei problemi relativi alle ultime 2 settimane precedenti la valutazione

Part 2 contiene scale di valutazione di aree problematiche considerate da un punto di vista “storico- anamnestico”.

Problemi che si presentano in modo episodico o imprevedibile; “seppure non presenti nelle 2 settimane prima della valutazione, un valido giudizio clinico suggerisce che vi siano ragioni di preoccupazione che non possono essere lasciate fuori dalla valutazione.

Queste aree problematiche continuano a rimanere rilevanti per valutare le necessità del soggetto, gli interventi e le risorse necessarie”: clusterizzazione.

HoNOS 13 items

Item 13. Convinzioni radicate e irragionevoli che si presentano in disturbi non psicotici

•Valutare ogni apparente radicata convinzione (che può presentarsi in pazienti con disturbi come: DOC, Anoressia Nervosa, Disturbi di Personalità, Gelosia Patologica etc.)

•Non includere Deliri già valutati nella scala 6 o altri problemi psichici già valutati nella scala 8

•Non includere convinzioni/credenze/comportamenti appartenenti al retroterra culturale del soggetto

•Gravità:

•0 assenza

•1 convinzioni illogiche o irragionevoli, mantenuto insight, esercita critica la maggior parte del tempo, lieve impatto sulle attività

•2 convinzioni illogiche o irragionevoli, mantenuto insight, esercita critica occasionalmente, lieve impatto sulle attività

•3 convinzioni illogiche o irragionevoli, un certo insight del legame fra convinzioni e disturbo. Recede attraverso un ragionamento razionale. Impatto significativamente negativo sulla vita della persona. Questo disturbo rende il trattamento più difficile della norma.

•4 convinzioni illogiche o irragionevoli, insight scarso o assente, non recede con il ragionamento razionale. Impatto significativamente negativo sulla vita della persona

MHCT

Mental Health Clustering Tool

Parte II

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

A Comportamento agitato/elevazione dell'umore (storico)
comportamenti che causano interferenza sul funzionamento o ruolo sociale, aggressività, umore elevato; includere eccessiva irritabilità, irrequietezza, atti intimidatori, osceni, aggressività verso persone, animali, cose; considerare ogni causa (sostanze, alcool, demenza, psicosi etc.);

B Ripetuti comportamenti autolesivi (storico)
valutare ripetuti atti autolesivi finalizzati alla gestione di situazioni stressanti, emozioni, contesti interpersonali, o volte a produrre una mutilazione per qualsiasi ragione; includere diverse modalità (ferite da taglio, bruciature, traumi, avvelenamenti etc); escludere episodi accidentali o dovuti a insufficienza mentale-demenza; non includere episodi direttamente conseguenti ad uso di alcool-sostanze: complicanze lungo termine (i.e. cirrosi) o episodi occorsi durante intossicazione acuta; escludere gesti con finalità chiaramente autosoppressiva

MHCT

Mental Health Clustering Tool

Parte II

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

C Impatto su individui vulnerabili (storico)

valutare l'impatto del disturbo mentale o del comportamento del paziente sulla sicurezza o il benessere generale di soggetti vulnerabili di qualsiasi età; includere pazienti che hanno accesso o significativi contatti con minori o adulti vulnerabili, escludere il rischio riferito alla popolazione generale valutato in scala A

D Aderenza/partecipazione al progetto (storico)

Valutare la motivazione individuale, la consapevolezza di malattia, la disponibilità a ricevere cure, l'atteggiamento verso il personale che presta assistenza; includere la capacità, la volontà e la motivazione a partecipare al percorso terapeutico, di codividere obiettivi personalizzati, di presentarsi agli appuntamenti; escludere impedimenti legati alla sfera cognitiva, dovuti a fase acuta di malattia o impossibilità pratiche che limitano l'accesso a cure.

MHCT

Mental Health Clustering Tool

Parte II

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

E Vulnerabilità del paziente (storico)

Valutare l'incapacità di mettersi autonomamente in sicurezza e proteggersi dal mettere a rischio la propria salute, sicurezza o benessere in generale; includere possibili rischi di molestie, abuso, sfruttamento sia di tipo fisico, sessuale, emotivo e finanziario; escludere problemi legati a difficoltà nell'aderenza al progetto terapeutico