

Quale valutazione nei servizi di salute mentale: elementi e proposte per un programma operativo

Author(s):

N. Magnani affiliation: U.F. Salute Mentale Adulti ASL 9 Grosseto

F. Bardicchia affiliation: U.F. Salute Mentale Adulti ASL 9 Grosseto

D. Capitani affiliation: Information Communication Technology ASL 9 Grosseto

F. Fonseca affiliation: Information Communication Technology ASL 9 Grosseto

T. Stefanini affiliation: Cooperativa sociale Uscita di Sicurezza

G. Cardamone affiliation: U.F. Salute Mentale Adulti ASL 9 Grosseto

Indirizzo e-mail: n.magnani@fastwebnet.it

Riassunto

Valutare gli esiti degli interventi nei Servizi di Salute Mentale acquisisce oggi un'importanza sempre maggiore, in quanto permette di utilizzare le risorse disponibili in termini razionali ed economici, riflettendo su appropriatezza ed efficacia dei diversi processi e contesti di cura. Proprio per tale ragione, abbiamo scelto per il contributo alla rivista, questo tema che riteniamo centrale nell'attuale situazione dei Servizi di Salute Mentale della Regione Toscana.

Proponiamo nel presente lavoro alcuni dei risultati derivanti dalla partecipazione dell'U.F. Salute Mentale Adulti della ASL 9 di Grosseto, alla ricerca multicentrica "HoNOS-5" coordinata da Arcadio Erlicher.

Le valutazioni condotte su un campione di 211 pazienti reclutati nell'UF SMA di Grosseto in relazione ai contatti rilevati in un periodo indice, evidenziano i vantaggi dell'utilizzo di uno strumento di outcome multidimensionale e di facile applicazione come la scala HoNOS, nella routine dei servizi, per riflettere su percorsi di cura e riorientamento delle risorse.

Summary

Evaluating the outcomes in Mental Health Services is becoming more and more important nowadays, as it allows to use the available resources in a rational and economic way and to focus on appropriateness and effectiveness of the different processes and contexts of treatment. For this reason, as our contribute to the journal, we chose this topic that we consider very important in the present situation of the Mental Health Services in Tuscan Region.

We propose in this paper some results figured out thanks to our participation to the multicenter research "HoNOS-5", coordinated by Arcadio Erlicher.

We chose a sample of 211 patients of the Mental Health Service of Grosseto, selected in relation to the contacts they had with the service in a definite period, and our results show the benefits of using a multidimensional and simple outcome scale as the HoNOS in the services' routine, to analyse treatment pathways and find out the best ways to optimize the resources.

Parole chiave: Valutazione degli esiti, efficacia nella pratica clinica, servizi di salute mentale

Key words: Outcome assessment, effectiveness, mental health services

Introduzione

Lavorare in salute mentale oggi, impone sempre più il confronto con una logica della complessità, nell'ambito della quale acquisiscono centralità dimensioni quali:

- A. il continuo arricchirsi delle conoscenze relative ai disturbi mentali sia in termini di fattori terapeutici che etiologici, sempre più centrati sul reciproco influenzamento tra dimensioni psicologiche, aspetti biologici definiti dai continui progressi delle neuroscienze, e dimensioni sociali;
- B. la necessità di spostare l'asse della terapia verso l'individuazione dei segni prodromici e dei fattori di rischio finalizzati ad una precoce diagnosi e trattamento. Questo implica una logica di prevenzione, che non può prescindere da programmi comunitari e politiche di promozione della salute.
- C. il confronto con una sistematica riduzione delle risorse economiche che paradossalmente restringe il ventaglio degli interventi in un'epoca in cui la ricchezza e la complessità delle conoscenze renderebbero utile ampliarne sia la tipologia che il contesto.
- D. la necessità di promuovere salute mentale per ridurre il costo della disabilità come evidenziano recenti studi internazionali sull'economia della salute mentale (Salvador-Carulla L. e Hernández-Peña P, 2011)
- E. la centralità di un'istanza etica, per cui in epoca di crisi, è essenziale promuovere ed estendere l'accessibilità dei servizi pubblici di salute mentale, fornendo risposte economiche, appropriate ed efficaci (Amaddeo F. e Tansella M, 2011).

In questa logica si pone imprescindibile una riflessione attenta sulla qualità dell'assistenza fornita nei servizi di salute mentale, sull'appropriatezza della loro organizzazione e dei percorsi di cura, sull'accessibilità, sul grado di soddisfazione dei bisogni, sulla specificità e sugli esiti degli interventi.

Introdurre una cultura della valutazione come dimensione routinaria nei servizi di salute mentale è forse uno degli strumenti più efficaci per evitare che le azioni finalizzate a ridurre la spesa percorrano strade separate da quelle orientate a privilegiare gli interventi in termini di qualità, appropriatezza ed efficacia, derivanti dal patrimonio culturale che somma evidenze della ricerca ed esperienza degli operatori. In questo senso sarebbe opportuno scegliere indicatori validi e ampiamente condivisi,

coinvolgendo gli operatori della salute mentale ma anche gli utenti ed i familiari, per definire aspetti correlati alla soddisfazione del servizio offerto e alla qualità della vita. Il Ministero della Salute attraverso il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria che "ha l'obiettivo di provvedere alla verifica del rispetto dei criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate" (Ministero della Salute 2011), sottolinea nella "linea di attività: promozione e valutazione dell'efficacia e della qualità", due aspetti essenziali rappresentati dalla "**valutazione degli esiti dei trattamenti**" e dalla "**valutazione della qualità percepita**". **Relativamente al secondo punto si sottolinea come** "particolare attenzione è stata dedicata alla sperimentazione di strumenti idonei alla valutazione della qualità percepita nelle aree di assistenza ai "pazienti fragili", a partire, come area di riferimento, dall'area della Salute Mentale".

E' indubbio che in epoca di riduzione delle risorse è essenziale individuare e privilegiare strategie terapeutiche di cui sia stata valutata e documentata l'efficacia, e in questo senso si impone una radicale modifica di approccio, nonostante i notevoli problemi metodologici con i quali è inevitabile doversi confrontare qualora ci si determini a misurare fenomeni per loro intrinseca natura complessi e multideterminati come quelli correlati al contesto della salute mentale. In questo ambito, pur con i limiti ad essi connessi, riteniamo in accordo con M. Ruggeri (Ruggeri M. e Lasalvia A. 2003) che "i risultati degli studi realizzati nel contesto della pratica clinica strutturata – cioè degli studi naturalistici di esito condotti in condizioni cliniche di routine attraverso l'utilizzo di strumenti standardizzati e di provata validità – hanno una dignità ed un valore euristico che non possono assolutamente essere trascurati". Gli studi così condotti permettono di valutare l'efficacia nella pratica (*effectiveness*) di pacchetti di interventi articolati, spesso efficaci sul lungo periodo e condotti in setting molto complessi con utenza eterogenea e multiproblematica.

Ciò premesso, appropriati indicatori di esito in salute mentale devono necessariamente avere un carattere multidimensionale (che possa considerare parametri clinici, psicologici e sociali), multiassiale (capaci di prendere in considerazione il punto di vista di tutti i soggetti coinvolti nel processo di cura) e longitudinale (misurazioni ripetute per periodi prolungati).

D'altro lato introdurre una valutazione routinaria nei servizi di salute mentale implica scegliere strumenti standardizzati di rapida e facile somministrazione, che possano essere accettati e introdotti dagli operatori senza rendere significativamente più pesante il lavoro quotidiano.

The Health of the Nation Outcome Scale (Lora A 2001) è uno strumento di outcome ampiamente utilizzato (Prabhu R e Oakley Browne M. 2008), dotato di buone proprietà psicometriche, che utilizza tutte le fonti disponibili (utenti, familiari, operatori), di rapida compilazione e con caratteristiche multidimensionali (Pirkis JE 2005). Nell'anno 2010–2011 abbiamo partecipato alla ricerca multicentrica HoNOS-5, coordinata da Arcadio Erlicher (Dipartimento di Salute Mentale A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano), che prevede una valutazione processuale degli esiti condotta nei Servizi di Salute Mentale, mediante l'utilizzo della scala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale).

Proponiamo nel presente lavoro alcuni risultati (relativi alle valutazioni condotte tra marzo 2010 e novembre 2010) derivanti dalla nostra partecipazione (come U.F. Salute Mentale Adulti ASL 9 Grosseto) alla ricerca multicentrica HoNOS-5.

Materiali e metodi

Secondo il protocollo della ricerca HoNOS-5, il campione di reclutamento è stato selezionato considerando:

- A. tutti i pazienti presenti nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (ricoveri e ambulatorio protetto diurno) o nelle strutture residenziali dell'UF SMA o nel centro diurno dell'UF SMA in data 1 marzo 2010;
- B. tutti i pazienti che hanno avuto almeno un contatto con qualsiasi figura professionale dell'UF SMA dal 1 al 6 marzo 2010.

Sono stati inclusi i pazienti con età ≥ 18 anni, residenti nel territorio dell'UF Salute Mentale Adulti, aventi diagnosi di schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti (codice International Classification of Diseases –10° revisione: F20-F29), disturbi affettivi (codice ICD-10: F30-F39), disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi (codice ICD-10: F40-F48), disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto (codice ICD-10: F60-F69).

La scala HoNOS compilata dall'operatore che ha in carico il paziente utilizzando tutte le fonti (paziente, familiari, altri operatori) e tutte le informazioni disponibili, è stata somministrata al momento del reclutamento e rispettivamente dopo 4, 8 e 12 mesi (riportiamo qui però solo i dati relativi alla valutazione iniziale e al follow up a 8 mesi).

La scala è costituita da 12 items che possono essere sommati per ottenere un punteggio di gravità e raggruppati in 4 sottoscale che valutano in termini multidimensionali parametri clinici e psicosociali (*problemi comportamentali*: item 1-3; *impairment*: item 4-5; *sintomi*: item 6-8, *problemi sociali*: item 9-12)

Sono stati rilevati i dati anagrafici (sesso, età), gli anni intercorsi dal primo contatto con il Servizio, e per ciascun paziente è stata definita l'appartenenza ad un raggruppamento diagnostico (*disturbi schizofrenici e altri disturbi psicotici*: gruppo ICD-10 F2; *disturbi affettivi*: gruppo ICD-10 F3; *disturbi nevrotici*: gruppo ICD-10 F4; *disturbi di personalità*: gruppo ICD-10 F6) e il processo di cura, individuando in maniera gerarchica i seguenti pacchetti di cura (Lora A, 2002 e 2007):

1. *pacchetto clinico* (pazienti che nel Centro di Salute Mentale hanno solo contatti con psichiatri o psicologi);
2. *pacchetto territoriale* (pazienti che nel CSM hanno contatti anche con figure professionali diverse da psichiatri e psicologi);
3. *pacchetto semiresidenziale* (pazienti che possono avere, oltre ai contatti nel CSM, anche contatti con il centro diurno);
4. *pacchetto residenziale* (pazienti con ricoveri in strutture residenziali, indipendentemente da altri contatti).

Analisi statistica

Considerando i punteggi HoNOS al T0 (punteggio totale e 4 sottoscale) nei diversi pacchetti di cura e nei gruppi diagnostici, le variabili non si distribuiscono in maniera normale, per cui abbiamo utilizzato il test non parametrico di Kruskal-Wallis (analogo all'ANOVA per il confronto di campioni indipendenti), applicando quindi il test Mann-Whitney per il confronto a coppie.

Per l'analisi dei punteggi HoNOS totale e delle 4 sottoscale HoNOS (*Problemi comportamentali*; *Impairment*; *Sintomi*; *Problemi sociali*) nelle rilevazioni al T0 e al T2 e per la loro comparazione in un raggruppamento per diagnosi, abbiamo fatto una pre-analisi di normalità sulle variabili in esame. Le variabili risultano significative al test di Kolmogorov-Smirnov, per cui non si può accettare l'ipotesi nulla di Normalità e non è possibile usare test parametrici per la loro analisi.

Per analizzare all'interno di ogni gruppo diagnostico la significatività della variazione del punteggio tra il tempo T0 e il tempo T2 abbiamo utilizzato il test di Wilcoxon, analogo non parametrico del t di Student per campioni appaiati.

Risultati

Il campione (tabella 1) è costituito da 211 pazienti (127 femmine e 84 maschi) della U.F. Salute Mentale Adulti ASL 9 di Grosseto. L'età media del campione è 47 anni (dev.st. 14,6; età minima 20; età massima 87). Relativamente alla diagnosi, il 31% presenta schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti (gruppo ICD-10 F2); il 29% disturbi affettivi (gruppo ICD-10 F3); il 31% disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi (gruppo ICD-10 F4); il 9% disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto (gruppo ICD-10 F6). Nella tabella 1 sono inoltre riportati gli anni intercorsi dal primo contatto con il Servizio.

In termini di processo di cura (tabella 2), il 45% dei pazienti riceve un *pacchetto di cura clinico*, il 31% dei pazienti ricevono un *pacchetto di cura territoriale*; il 17% un *pacchetto di cura residenziale*, il 7% un *pacchetto di cura semiresidenziale*. Considerando la distribuzione dei pacchetti di cura all'interno dei raggruppamenti diagnostici, osserviamo che il gruppo ICD-10 F2 (schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti) presenta una percentuale più elevata di *pacchetti di cura residenziali e territoriali* (rispettivamente 38% e 39%), il gruppo ICD-10 F3 (disturbi affettivi) una percentuale più elevata di *pacchetti di cura territoriali* (50%), la prevalenza (92%) dei pazienti appartenenti al gruppo ICD-10 F4 (disturbi nevrotici) si avvale di un *pacchetto di cura clinico*, il gruppo ICD-10 F6 (disturbi di personalità) accanto ad un 39% di *pacchetti di cura clinici*, presenta un 28% di *pacchetti di cura territoriali* e un 33% di *pacchetti di cura residenziali*.

Considerando il punteggio totale medio HoNOS al T0 per pacchetti di cura (grafico 1), osserviamo che i punteggi più elevati si rilevano nel sottogruppo di pazienti in trattamento semiresidenziale e residenziale, mentre i meno gravi risultano i pazienti seguiti con *pacchetto clinico*, indicando verosimilmente un'appropriatezza del tipo di trattamento che presuppone interventi più complessi (che si avvalgono di maggiori risorse in termini di servizi e operatori) in relazione alla gravità.

In particolare il punteggio HoNOS totale al T0 risulta significativamente meno elevato nel *pacchetto clinico* rispetto al *pacchetto residenziale* ($p=0.001$), *semiresidenziale* ($p=0.001$) e *territoriale* ($p=0.02$); il *pacchetto semiresidenziale* presenta punteggi alla HoNOS totale significativamente più elevati del *pacchetto territoriale* ($p=0.009$).

Considerando le 4 sottoscale HoNOS al T0 nei diversi pacchetti di cura (tabella 3), osserviamo che:

- A. Il *pacchetto clinico* presenta punteggi significativamente inferiori nella sottoscala *Impairment* rispetto al *pacchetto residenziale* ($p=0.001$) e *semiresidenziale* ($p=0.004$). Presenta inoltre punteggi significativamente inferiori nella sottoscala *Problemi sociali* rispetto al *pacchetto residenziale* ($p=0.001$), *semiresidenziale* ($p=0.001$) e *territoriale* ($p=0.001$);
- B. Il *pacchetto residenziale* presenta punteggi significativamente più elevati nella sottoscala *Impairment* rispetto al *pacchetto territoriale* ($p=0.004$);
- C. Il *pacchetto semiresidenziale* presenta punteggi significativamente più elevati nella sottoscala *Problemi sociali* rispetto al *pacchetto residenziale* ($p=0.01$) e *territoriale* ($p=0.02$).

Abbiamo quindi considerato le variazioni nel punteggio HoNOS al T2 rispetto al T0, all'interno dei vari sottogruppi diagnostici, considerando solo i pazienti che presentavano entrambe le valutazioni (57 pazienti per il gruppo ICD-10 F2; 34 pazienti per il gruppo ICD-10 F3; 28 pazienti per il gruppo ICD-10 F4; 9 pazienti per il gruppo ICD-10 F6) (tabella 4). Considerando i punteggi totali e le sottoscale HoNOS, osserviamo al T2 un miglioramento per il gruppo ICD-10 F3 (disturbi affettivi) ($p=0.01$ per HoNOS totale e $p=0.02$ per la sottoscala *Sintomi*) e per il gruppo ICD-10 F4 (disturbi nevrotici) ($p=0.001$ per HoNOS totale; $p=0.001$ per la sottoscala *Problemi comportamentali*; $p=0.001$ per la sottoscala *Sintomi*, $p=0.01$ per la sottoscala *Problemi sociali*), mentre sostanzialmente invariati risultano i pazienti appartenenti al gruppo ICD-10 F2 (disturbi schizofrenici) ed una tendenza (non significativa) verso il peggioramento si osserva nel gruppo ICD-10 F6 (disturbi di personalità). Verosimilmente il peso di questo ultimo risultato è parzialmente limitato per il gruppo ICD-10 F6, dalla esigua numerosità dei pazienti valutati al T2 (9 pazienti) e dalle "oscillazioni" di intensità psicopatologica dei disturbi personalologici, mentre per il gruppo ICD-10 F2, dove prevalgono quadri stabilizzati ad esordio non recente, un limite può essere evidenziato nel tempo di osservazione relativamente breve (8 mesi).

Discussione

Il campione reclutato presenta una distribuzione pressoché omogenea per i seguenti gruppi diagnostici: schizofrenia e disturbi deliranti, disturbi affettivi, disturbi nevrotici, fattore verosimilmente indicativo di un servizio aperto anche alle diagnosi "minori" (disturbi dell'area nevrotica), oltre che ai disturbi più gravi (disturbi dell'area psicotica). La distribuzione per pacchetti di cura evidenzia però che le maggiori risorse, sia in termini di operatori, sia in termini di utilizzo delle risorse semiresidenziali e residenziali, sono investite per i pazienti dell'area schizofrenica, schizotipica, delirante, per i disturbi affettivi maggiori e per disturbi di personalità, evidenziando verosimilmente un'appropriatezza dei percorsi di cura, in quanto si rileva l'attuazione di *pacchetti clinici* per i disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi e l'attuazione di interventi più complessi per le altre diagnosi, inclusi i disturbi della personalità e del comportamento, dove si attua essenzialmente un approccio complesso multidisciplinare.

L'appropriatezza del percorso di cura può verosimilmente essere confermata anche dal fatto che gli interventi più complessi (*pacchetto territoriale*, *pacchetto semiresidenziale* e *pacchetto residenziale*) sono condotti in situazioni di maggiore gravità, come evidenziato dai punteggi conseguiti dalla HoNOS totale al T0.

Cercando di correlare la scelta di un percorso di cura con la presenza di specifiche problematiche, possiamo evidenziare che:

- A. i pazienti seguiti con *pacchetto clinico* presentano punteggi significativamente inferiori rispetto agli altri pacchetti di cura nelle sottoscale HoNOS *Impairment* e *Problemi sociali*;
- B. un percorso di tipo residenziale è stato scelto per pazienti che presentano punteggi significativamente più elevati nella sottoscala *Impairment* (rispetto ai pazienti seguiti con *pacchetto territoriale*), ovvero riconducibili a problematiche cognitive, malattia somatiche o disabilità fisica;
- C. un *pacchetto semiresidenziale* è stato attuato per pazienti che presentano punteggi significativamente più elevati nella sottoscala *Problemi sociali* (rispetto agli utenti per i quali è stato attuato un pacchetto residenziale e territoriale), ovvero riconducibili a problemi relazionali, nelle attività della vita quotidiana, nelle condizioni di vita e nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative.

Considerando infine le variazioni nel punteggio HoNOS al T2 rispetto al T0, all'interno dei vari sottogruppi diagnostici, abbiamo evidenziato un miglioramento significativo al T2 per il gruppo ICD-10 F3 (disturbi affettivi) e per il gruppo ICD-10 F4 (disturbi nevrotici), mentre sostanzialmente invariati risultano i pazienti appartenenti al gruppo ICD-10 F2 (schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti) ed una tendenza (non significativa) verso il peggioramento si osserva nel gruppo ICD-10 F6 (disturbi di personalità). E' probabile che quest'ultimo risultato, sia parzialmente limitato dalla esigua numerosità del campione e dalle "oscillazioni" di intensità psicopatologica per i

pazienti con disturbo di personalità, mentre il breve tempo di osservazione (8 mesi) potrebbe costituire un limite per i pazienti dell'area schizofrenica, dove prevalgono quadri ad esordio non recente ormai relativamente stabilizzati.

Nel follow-up al T2 inoltre sono stati rivalutati la prevalenza dei pazienti con diagnosi ICD-10 F2 (schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti) (86% dei casi), mentre molto meno numerosi sono stati i pazienti valutati negli altri gruppi diagnostici, verosimilmente perché nel gruppo ICD-10 F2 è mantenuta più attivamente la presa in carico ed i contatti risultano più numerosi.

Conclusioni

Valutare gli esiti degli interventi nei Servizi di Salute Mentale acquisisce oggi un'importanza sempre maggiore, in quanto permette di utilizzare le risorse disponibili in termini razionali ed economici, riflettendo su appropriatezza ed efficacia dei diversi processi e contesti di cura.

Questo progetto di ricerca che ci ha coinvolto unitamente a diversi Servizi di Salute Mentale in Italia e che prevedeva una valutazione processuale degli esiti condotta mediante l'utilizzo della scala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale), ci ha permesso di riflettere sull'utilizzo di strumenti di valutazione nelle pratiche routinarie dei servizi, per ottimizzare le risorse e garantire interventi sistematicamente specifici, appropriati, dotati di senso e efficaci.

Questi risultati, seppure parziali e preliminari, hanno sottolineato l'importanza di valutare anche fattori di outcome non direttamente correlati a sintomi ed a disturbi comportamentali, spostando il fuoco anche su altri aspetti quali problemi cognitivi, problematiche legate a malattia somatica o disabilità fisica o ancora problemi sociali, in quanto fattori capaci di orientare verosimilmente la maggiore o minore complessità degli interventi e dei percorsi di cura. Ciò a conferma della necessità di sostituire risposte semplici con interventi integrati e complessi, capaci in generale di promuovere salute e nello specifico salute mentale nella comunità.

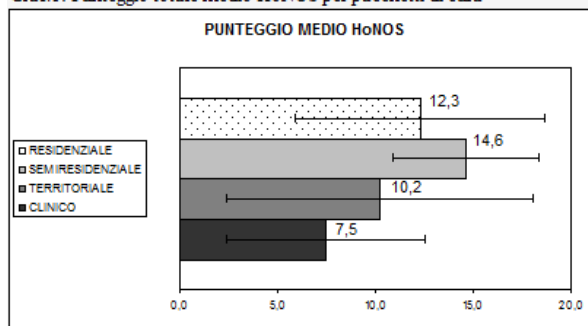
Tab.1: descrizione del campione totale e per raggruppamenti diagnostici dell'ICD 10

	Campione totale	F2 schizofrenia, d.schizotipico e d.deliranti	F3 disturbi affettivi	F4 disturbi nevrotici	F6 disturbi di personalità
N° utenti (%)	211	66 (31%)	62 (29%)	65 (31%)	18 (9%)
Età media +/- dev.st.	47 +/- 14.6	44.7 +/- 13.6	53.2 +/- 14.9	44.1 +/- 13.6	44.1 +/- 14.9
Sesso	M 84 F 127	M 48 F 18	M 15 F 47	M 17 F 48	M 4 F 14
Anni intercorsi dal 1° contatto (media +/- dev.st.)	9,3 +/- 10.2	14.8 +/- 10.5	9.3 +/- 10.2	2.9 +/- 3.3	12.1 +/- 13.3

Tab.2: distribuzione per pacchetti di cura (percentuale) nel campione totale e all'interno dei raggruppamenti diagnostici

	Campione totale	F2 schizofrenia, d.schizotipico e d.deliranti	F3 disturbi affettivi	F4 disturbi nevrotici	F6 disturbi di personalità
pacchetto clinico	45%	9%	34%	92%	39%
pacchetto territoriale	31%	39%	50%	6%	28%
pacchetto semiresidenziale	7%	14%	8%	2%	-
pacchetto residenziale	17%	38%	8%	-	33%

Graf.1: Punteggio totale medio HoNOS per pacchetti di cura



Tab.3: punteggi medi HoNOS (totale e sottoscale) conseguiti al T0 per pacchetti di cura

	HoNOS totale	HoNOS sottoscala comportamento	HoNOS sottoscala impairment	HoNOS sottoscala sintomi	HoNOS sottoscala problemi sociali
pacchetto clinico	7,5 +/- 5,1	1,0 +/- 1,3	0,6 +/- 1,1	3,6 +/- 2,2	2,2 +/- 3,0
pacchetto territoriale	10,2 +/- 7,8	1,0 +/- 1,8	0,9 +/- 1,6	2,7 +/- 2,4	5,5 +/- 4,6
pacchetto semiresidenziale	14,6 +/- 3,7	1,2 +/- 1,5	1,8 +/- 1,7	3,9 +/- 1,9	7,7 +/- 2,4
pacchetto residenziale	12,3 +/- 6,3	1,1 +/- 1,5	2,1 +/- 1,8	3,5 +/- 2,0	5,7 +/- 3,4

Tab.4: punteggi medi HoNOS (totale e sottoscale) conseguiti al T0 e al T2 per raggruppamenti diagnostici

	HoNOS totale		HoNOS sottoscala comportamento		HoNOS sottoscala impairment		HoNOS sottoscala sintomi		HoNOS sottoscala problemi sociali	
	T0	T2	T0	T2	T0	T2	T0	T2	T0	T2
F2 disturbi area schizofrenica	13.2	13.2	1.0	0.9	1.7	1.9	3.9	3.6	6.6	6.9
F3 disturbi affettivi	10.0	8.1	0.9	0.6	0.9	0.9	3.2	2.4	5.0	4.1
F4 disturbi nevrotici	7.4	4.7	1.0	0.3	0.7	0.6	3.9	2.5	1.8	1.3
F6 disturbi di personalità	11.0	13.0	1.1	1.7	1.8	2.6	2.9	3.1	5.2	5.7

References

- 1 - Salvador-Carulla L. and Hernández-Peña P. Economic context analysis in mental health care. Usability of health financing and cost of illness studies for international comparisons. *Epidemiology and Psychiatric Sciences Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2011; 20: 19-27.
- 2 - Amadeo F. e Tansella, M Nuove prospettive per la ricerca sui servizi per la salute mentale *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2011; 20: 3-6.
- 3 - Ministero della Salute. Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria. <http://www.salute.gov.it/siveas>, 2011.
- 4 - Ruggeri M., Lasalva A. La valutazione di routine dell'esito nei Dipartimenti di Salute Mentale *NÓC* 2003; 3:205-220.
- 5 - Lora A., Bai G., Bianchi S., Bolongaro G., Civenti G., Erlicher A., Maresca G., Monzani E., Panetta B., Von Morgen D., Rossi F., Torri V. & Morosini P.L. La versione italiana della HoNOS. Una scala per la valutazione della gravità e dell'esito nei Servizi di Salute Mentale. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2001; 10, 3, 198-212.
- 6 - Prabhu R, Oakley Browne M. The use of the Health of the Nation Outcome Scale in an outreach rehabilitation program *Australas Psychiatry* 2008; 16(3):195-9.
- 7 - Pirkis JE, Burgess PM, Kirk PK, Dodson S, Coombs TJ, Williamson MK. A review of the psychometric properties of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) family of measures. *Health Qual Life Outcomes* 2005; 3:76.
- 8 - Lora A., Bezzi R., Di Vietri R., Gandini A., Spinogatti F., Zocchetti C. I pacchetti di cura nei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Lombardia *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2002;2, 100-115.
- 9 - Lora A., Casentino U., Gandini A., Zocchetti C. Which community care for patients with schizophrenic disorders? Packages of Care provided by Departments of Mental Health in Lombardy (Italy) *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2007; 16(4): 330-338.

I dati riportati negli articoli tengono conto delle disposizioni normative di cui al Codice sulla Privacy e dei provvedimenti del Garante consequenziali al trattamento dei dati per scopi scientifici, di ricerca e divulgativi.