

Autori: Arcadio Erlicher¹, Marta Vigorelli², Ylaria Peri³, Elisa Buratti⁴

¹ Dipartimento di salute mentale, Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda , Milano
^{2 3 4} Dipartimento di Psicologia ,Università degli Studi Bicocca, Milano

Indirizzo

Fax

Telefono

Email : marta.vigorelli@fastwebnet.it

Valutazione con HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) nei Servizi territoriali del DSM di Niguarda a Milano: uno studio longitudinale in progress

Evaluating with HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) in territorial mental health services of Niguarda Hospital in Milan: a longitudinal study in progress

Riassunto

Scopo: La ricerca qui presentata intende contribuire alla validazione della versione italiana della scala HoNOS (Lora *et al.*, 2000) e sensibilizzare gli operatori circa l'importanza di una valutazione standardizzata degli esiti.

Metodi: Verrà descritto uno studio naturalistico longitudinale in cui la scala HoNOS è stata somministrata a 263 pazienti (105 schizofrenici, 50 con disturbi di personalità e 108 con disturbi affettivi) di età compresa tra i 18 e i 65 anni. Lo studio, della durata complessiva di un anno (dal marzo 2004 al marzo 2005), si è sviluppato in tre tempi: T0 valutazione al reclutamento dei pazienti, T1 valutazione dopo 6 mesi, T2 valutazione dopo un anno.

Risultati: Sono riportati i risultati relativi agli studi di validazione, la sensibilità della scala al cambiamento o alla mancanza di esso, gli items più passibili di miglioramento, l'Outcome Effect Size (misura dell'ampiezza dell'effetto del trattamento) e il Reliable Change Index (misura della riproducibilità del miglioramento). Verranno inoltre discussi il decorso dei pazienti in relazione ad alcune variabili socio-demografiche e cliniche, la reiterazione dei tentativi di suicidio e la recidività dei ricoveri.

Conclusioni: La buona sensibilità al cambiamento conferma gli studi sull'applicabilità della scala nella pratica clinica. Lo strumento si presenta come un mezzo agevole di valutazione che consente la rilevazione routinaria della gravità dei pazienti. L'utilizzo dello strumento ha permesso di rilevare una generale tendenza al miglioramento dei pazienti osservati.

Parole chiave:

- valutazione routinaria degli esiti;
- HoNOS;
- studio longitudinale;
- validità;
- gravità.

Abstract

Aims: The research sets out to contribute to test the validity of the HoNOS, Italian version (Lora *et al.*, 2000) and to make the mental health workers aware about the importance of a standardised measure of outcomes.

Method: It is a naturalistic longitudinal study, where the HoNOS was administered to 263 patients (105 schizophrenics, 50 with personality disorders e 108 with affective disorders) whose age was included between 18 and 65 years. The study, of a term of one year (from march 2004 to march 2005) is planned in three stages: T0 recruitment, T1 evaluation after six months, T2 evaluation after one year.

Results: Have been showed the results about the validity, the sensibility to change or the lack of it, the items that have recorded more improvement, the Outcome Effect Size and the Reliable Change Index. It'll be discussed the course of patients as regards to some socio-demographic and clinical variables, the reiteration of attempts of suicide and the recidivism of admission to hospital.

Conclusion: the good sensibility of change of HoNOS confirms the study about the possibility to apply the scale in the clinical practice. The instrument is a good mean of assessment and allows the day-to day rating of the patients gravity. The patient have fundamentally improved. The use of the instrument has allowed to survey a general trend to improvement of observed patients.

Key words:

- Routine outcome assessment;
- HoNOS;
- longitudinal study;
- validity;
- gravity.

Introduzione

L'interesse per la valutazione degli esiti è relativamente recente e risponde principalmente ad esigenze gestionali ed economiche. Sebbene le iniziative legislative e le pubblicazioni scientifiche auspichino da tempo lo sviluppo di una mentalità valutativa, questa fatica a diffondersi nella prassi clinica. Il presente lavoro di ricerca si prefigge dunque l'obiettivo di contribuire alla sensibilizzazione degli operatori circa l'importanza dell'adozione di un modo di operare che preveda la valutazione routinaria degli esiti.

Nel corso di questa trattazione sarà proposta, come strumento di valutazione degli esiti, la scala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). Tale scala, realizzata da Wing et al. nel 1998 su commissione del Governo britannico, sarà qui impiegata in uno studio naturalistico longitudinale condotto su un gruppo di pazienti affetti da tre differenti spettri psicopatologici (schizofrenia, disturbi di personalità, disturbi dell'umore).

Questa ricerca è stata promossa dall'Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano (nel "Progetto per la rilevazione di un indicatore di esito nei DSM"), i cui operatori hanno somministrato lo strumento ai suddetti pazienti tre volte nell'arco di un anno, al fine di rilevarne la gravità e l'esito.

Obiettivi

Questo lavoro si prefigge innanzitutto l'obiettivo di sensibilizzare gli operatori nei confronti di un nuovo modo di concepire il lavoro, volto al miglioramento della qualità dei servizi erogati, attraverso la valutazione routinaria degli esiti. Inoltre intende sottolineare l'importanza dell'utilizzo della scala HoNOS come strumento per la valutazione degli outcomes nei servizi pubblici.

Da un punto di vista più specifico questo lavoro si pone in primo luogo lo scopo di contribuire agli studi sulla validazione della scala, indagandone la struttura fattoriale, l'attendibilità e la coerenza interna. In secondo luogo questo studio mira ad osservare il miglioramento dei pazienti, l'ampiezza

dell'effetto del trattamento e la riproducibilità dei cambiamenti riscontrati. Inoltre intende indagare come le diverse variabili socio-demografiche e cliniche incidono sul decorso della malattia.

L'ultima parte della ricerca pone l'accento sui pazienti che hanno subito un ricovero o tentato il suicidio nei sei mesi precedenti alle tre somministrazioni della scala, al fine di indagare la recidività di tali variabili e la correlazione delle stesse col decorso psicopatologico.

Campione

I soggetti su cui è stata condotta questa ricerca fanno parte del "Progetto per la rilevazione di un indicatore di esito nei DSM" condotto dall'Ospedale Niguarda Ca' Granda di Milano. Il campione è composto da 263 pazienti reclutati dagli psicologi e dagli psichiatri delle unità operative psichiatriche 46, 47, 48 e 50 dell'Ospedale Niguarda in base a due criteri: l'età (18-65 anni) e la diagnosi ICD-10 (F20-F29 Spettro schizofrenico, F30-F39 Spettro affettivo, F60-61 Disturbi della personalità).

I soggetti osservati sono prevalentemente di genere femminile (55,5%), di età compresa tra i 35 e i 54 anni (52,1%) e non occupati in attività lavorative (66,5%). Si è inoltre potuto riscontrare che i pazienti vivono prevalentemente con la famiglia di origine (35%), sono perlopiù non coniugati (69,6%) e in possesso di un diploma di media superiore (38,8%).

Per quanto riguarda la durata della presa in carico possiamo affermare che nella maggior parte dei casi si attesta intorno ai 3-9 anni (34,2%).

Strumento e metodi

Nel 1993 il governo britannico incaricò la *Research Unit del Royal College of Psychiatrists (CRU)* di creare uno strumento di valutazione specifico che potesse misurare routinariamente il disagio iniziale e il miglioramento delle condizioni dei pazienti nelle varie fasi del trattamento.

Un gruppo di lavoro della CRU, coordinato da Wing, sviluppò la scala HoNOS (*Health of the Nation Outcome Scales*).

La scala HoNOS è uno strumento multidimensionale, in quanto valuta sia problemi di tipo clinico, che psicosociale. E' compilata dall'operatore che ha in carico il paziente a partire da tutte le possibili fonti di informazione (colloqui con il paziente, colloqui con i familiari, diari clinici, riunioni sul caso, ecc.).

I 12 items che compongono lo strumento sono:

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

E' stato possibile raggruppare i 12 items in quattro sottoscale: problemi comportamentali (items 1-3), deficit e disabilità (items 4-5), sintomi psicopatologici (items 6-8) e problemi relazionali/ambientali (items 9-12).

A ciascun item viene assegnato un punteggio da 0 a 4, dove:

- *Il punteggio 0* indica che non è stato riscontrato nessun problema;
- *il punteggio 1* indica che il problema è presente, ma a fronte della sua ridotta gravità non è necessario nessun tipo di intervento;

- *il punteggio 2* indica che è presente un problema di lieve gravità, per cui è comunque necessario un intervento (riabilitativo, assistenziale o terapeutico);
- *il punteggio 3* indica la presenza di un problema di gravità moderata;
- *il punteggio 4* indica che è presente un problema grave o molto grave.

Se l'informazione non è nota viene attribuito il *punteggio 9*.

I dodici punteggi possono essere sommati per ottenere una stima della gravità totale o valutati singolarmente.

La traduzione della scala è stata messa a punto nel maggio 2000 a cura di Lora *et al.*, nel contesto della ricerca "Pattern di trattamento e costi dei Dipartimenti di Salute Mentale in Lombardia – *HoNOS 2*". La traduzione italiana (*HoNOS/Mi*) conserva le proprietà psicometriche e di applicabilità della versione inglese, inoltre la sua *back translation* è stata ritenuta fedele dal CRU (*Royal College of Psychiatrists*).

I pazienti sono stati valutati tre volte nell'arco di un anno (T0 marzo 2004, T1 settembre 2004, T2 marzo 2005) con la versione italiana della scala HoNOS (Wing *et al.*, 1998; Lora *et al.*, 2000).

Non sono stati coinvolti nello studio i pazienti esclusi dalla presa in carico in seguito alla prima visita o che, dopo i primi contatti, hanno deciso autonomamente di rivolgersi ad un altro servizio. A ciascun operatore è stato chiesto di reclutare i primi 5 pazienti che si presentavano nei CPS e che corrispondevano alle caratteristiche richieste.

Non è stato possibile ripetere le valutazioni nei tre tempi per tutti i 263 soggetti. Sono infatti state effettuate solo 238 rilevazioni al T1 e 216 al T2 a causa di dimissioni, drop-out e trasferimenti.

Risultati

Validità e attendibilità

La struttura fattoriale della scala HoNOS è stata esplorata attraverso l'analisi delle Componenti Principali e i fattori sono stati estratti con il metodo di rotazione Varimax con normalizzazione di Kaiser. L'analisi dello scree plot ha evidenziato la presenza di 2 fattori latenti (che spiegano il 44,5% della varianza totale al T0, il 48,7% al T1 e il 46,9% al T2). È interessante notare come si distribuiscono i singoli items nei 2 fattori (vedi tabella 1). Gli items che fanno parte della prima componente registrano mediamente i punteggi più elevati e caratterizzano le patologie più gravi. Invece della seconda componente fanno parte gli items in cui mediamente si registrano punteggi meno elevati e che caratterizzano le patologie più inclini al miglioramento.

Va peraltro sottolineato che, utilizzando il criterio dell'eigenvalue maggiore di 1, sarebbe possibile estrarre 4 fattori al T0, in accordo con i risultati della letteratura internazionale. Si è preferito comunque utilizzare il criterio dello scree-test in quanto il metodo dell'autovalore non è più del tutto accettato (Dillon e Goldstein, 1984). Inoltre la soluzione fattoriale che deriva dall'estrazione delle quattro componenti non è teoricamente del tutto interessante, dal momento che tre items (il 2, il 4 e il 6) non fanno parte delle sottoscale alle quali dovrebbero appartenere. Infine il terzo e il quarto fattore sarebbero rispettivamente composti da 1 e da 2 items, con saturazione molto bassa, il che non è considerato adeguato (Cattell, 1978).

Per la coerenza interna abbiamo fatto riferimento alla suddivisione bifattoriale, correlando la media degli items appartenenti a ciascun fattore nei tre tempi. Le medie degli items appartenenti ai due fattori correlano in tutti i tempi dimostrando una buona consistenza interna dello strumento (Fattore 1: T0-T1=0,839 T0-T2=0,810 T1-T2=0,882; Fattore 2: T0-T1=0,691 T0-T2=0,752 T1-T2=0,752).

L'alpha di Cronbach consente di valutare in che misura gli items che compongono ogni fattore misurano lo stesso costrutto e forniscono misurazioni attendibili dello stesso. Mentre le tre alpha del primo fattore sono molto buone (T0= 0,791; T1=0,841; T2= 0,839), quelle del secondo fattore (T0=0,553; T1=0,593; T2=0,553) sono inferiori a 0,60 e perciò scadenti. La negatività delle alpha del secondo fattore è parzialmente spiegata dalla criticità dell'item 5 (problemi di malattia somatica

o di disabilità fisica). In particolare è opportuno sottolineare che la correlazione tra l'item 5 e la somma dei punteggi degli altri items è molto bassa. Inoltre l'analisi dell'attendibilità ci ha permesso di stabilire che se l'item 5 fosse eliminato le tre alpha del fattore aumenterebbero.

Gravità e decorso della psicopatologia

La capacità di monitorare il cambiamento della condizione psicopatologica dei pazienti è un requisito fondamentale per la scala HoNOS. Tale sensibilità al cambiamento è stata indagata mediante la correlazione dei singoli items nei tre tempi (che è risultata positiva e significativa) e attraverso l'osservazione dell'andamento della gravità. In particolare la struttura della scala HoNOS consente di rappresentare la gravità in due modi distinti: mediante la classificazione dei pazienti in *classi di gravità* mutuamente esclusive e attraverso l'osservazione del *valore medio* del punteggio totale e dei singoli items.

Per calcolare le classi di gravità gli utenti sono stati suddivisi in quattro sottogruppi: classe sub-clinica, lieve, moderatamente grave e molto grave.

- I soggetti *sub-clinici* hanno punteggi compresi tra 0 e 1 in tutti gli items della scala. Il nome della classe è suggerito dal fatto che il profilo di cura di queste persone non richiede alcun intervento di tipo clinico.
- I pazienti *lievi* sono quelli che hanno ottenuto un punteggio pari a 2 in almeno un item (e nessun valore ≥ 3).
- La classe *moderatamente grave* si riferisce a soggetti che hanno *un solo* item ≥ 3 .
- La classe *molto grave* si riferisce a soggetti che hanno ottenuto un punteggio ≥ 3 in più di un item.

Il grafico 1 riporta la distribuzione delle classi gravità nei tre tempi.

Grazie alla suddivisione in classi di gravità possiamo calcolare il *decorso* della patologia, ovvero l'eventuale passaggio da una classe all'altra nel periodo intercorso tra la prima e l'ultima

rilevazione. Al fine di agevolare la comprensione dei risultati si è deciso di raggruppare i dati sul decorso del campione in 3 classi: pazienti che migliorano, pazienti che peggiorano e pazienti che rimangono stabili. Nel grafico 2 si può osservare la distribuzione del campione rispetto al decorso. I risultati appaiono molto positivi: i pazienti migliorati corrispondono al 45,3% del campione totale. In particolare gli utenti affetti da disturbi dell'umore e disturbi di personalità registrano le percentuali più alte di miglioramento (rispettivamente corrispondenti al 53,2% e al 51,2%). Gli schizofrenici invece rimangono perlopiù stabili (59,2%).

Per avere un indicatore compatto della gravità si può anche osservare la variazione del punteggio medio totale (ricavato sommando tutti i valori di ogni scheda). Il punteggio totale medio del campione ha un decremento pari a 2,15, quindi si può affermare che i soggetti sono complessivamente migliorati secondo i criteri della scala HoNOS.

Nel grafico 3 si può osservare l'andamento del punteggio medio totale e dei punteggi medi relativi ai tre spettri psicopatologici. Il decremento medio osservato nei soggetti affetti da disturbo dell'umore è pari a 2,22, quello osservato negli schizofrenici è pari a 1,68 e quello osservato nei pazienti con disturbi di personalità è pari a 3,12.

L'analisi dei punteggi medi dei singoli items ci permette peraltro di individuare la natura dei problemi che affliggono maggiormente il campione. Nell'arco delle 3 rilevazioni si verifica un abbassamento dei punteggi medi di tutti gli items, quindi un miglioramento generalizzato di tutte le problematiche; fa eccezione solo l'item 5 (problemi di malattia somatica o di disabilità fisica), che dopo un leggero decremento in T1, al T2 risulta cresciuto di 0,09 rispetto al T0. Gli items che registrano i punteggi medi maggiori, rivelandosi quindi mediamente più gravi, sono il 7 (problemi legati all'umore depresso), l'8 (altri problemi psichici e comportamentali), il 9 (problemi relazionali) e il 10 (problemi nelle attività della vita quotidiana); quelli che mostrano i punteggi medi più bassi, cioè i meno problematici, sono invece il 2 (comportamenti deliberatamente autolesivi) e il 3 (problemi legati all'assunzione di alcool e droghe). Gli items che registrano un più

consistente miglioramento nei 3 tempi sono il 7 (problemi legati all'umore depresso) e il 9 (problemi relazionali).

Al fine di escludere che le variazioni riportate siano dovute ad un'oscillazione casuale dei punteggi, è stata calcolata l'analisi della varianza per misure ripetute. Il test è risultato significativo per tutti gli items ($p\text{-value} < 0,01$), permettendoci di concludere che gli items registrano effettivamente un decremento nel tempo.

Vediamo ora quali sono gli items indicatori di maggiori problemi nelle diverse categorie diagnostiche. Nel gruppo dei pazienti con disturbi affettivi, in conformità con le attese, gli items con il punteggio medio più alto sono il 7 (problemi legati ad umore depresso), l'8 (altri problemi psichici e comportamentali), il 9 (problemi relazionali) e il 10 (problemi nelle attività della vita quotidiana). Nel sottocampione dei pazienti schizofrenici gli items con punteggio medio più elevato invece sono il 6 (problemi legati ad allucinazioni e deliri), l'8 (altri problemi psichici e comportamentali), il 9 (problemi relazionali) e il 10 (problemi nelle attività della vita quotidiana); è da sottolineare che proprio i sintomi a cui questi items fanno riferimento sono i principali problemi che la terapia farmacologica tenta di risolvere. Nel sottocampione dei pazienti con disturbi di personalità, gli items che hanno ottenuto il punteggio medio maggiore sono stati il 7 (problemi legati all'umore depresso), l'8 (altri problemi psichici o comportamentali) e il 9 (problemi relazionali).

Alla luce di questi dati si può concludere che la scala HoNOS è in grado di *monitorare il cambiamento clinico* e quindi è utilizzabile per la valutazione routinaria degli esiti.

L'item 8 (altri problemi psichici e comportamentali) permette di codificare la presenza dei *problemi clinici*, che non sono stati già valutati negli items 6 (problemi legati ad allucinazioni e deliri) e 7 (problemi legati all'umore depresso).

Per individuare il problema più frequente fra ansia e fobie, ossessioni e compulsioni, sintomi dissociativi, sintomi somatoformi, problemi dell'alimentazione, disturbi del sonno, problemi sessuali, umore euforico e altri problemi, è stata calcolata la moda. I risultati rivelano che il problema più frequente è rappresentato da ansia e fobie, in tutti e tre gli spettri diagnostici.

Ampiezza dell'effetto del cambiamento e riproducibilità

L'*Outcome Effect Size* (OES) consente di misurare l'ampiezza dell'effetto del trattamento. Questo test è stato ricavato calcolando la differenza tra il punteggio della prima rilevazione e quello della terza diviso per la deviazione standard del punteggio della prima rilevazione. L'effetto è tanto maggiore quanto più si avvicina a 1. L'*Outcome Effect Size* di questo campione appare discreto per gli items 1 (comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati), 2 (comportamenti deliberatamente autolesivi), 7 (problemi legati all'umore depresso), 9 (problemi relazionali) e 12 (problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative o ricreative), mentre è scadente per gli altri. Si ricordi che gli items 7 e 9 sono quelli che hanno registrato un maggior decremento del punteggio totale medio.

Anche la riduzione del punteggio totale è abbastanza buona (OES = 0.33).

Il *Reliable Change Index* (RCI) serve per individuare il numero di soggetti migliorati in maniera "riproducibile" nel contesto dei cambiamenti osservati. Questo test valuta in che misura la differenza osservata tra la prima e la terza valutazione sottende un reale cambiamento nell'outcome del paziente e non un errore di misura da attribuire a oscillazioni casuali dei punteggi.

Grazie a questo indice è stato riscontrato che il 13% dei soggetti migliorati ha un cambiamento che può essere considerato riproducibile.

Analisi Osservazionale

L'analisi osservazionale consente di valutare la co-occorrenza tra alcune variabili socio-demografiche e il decorso della patologia, ovvero permette di verificare se le caratteristiche osservate sono associate all'andamento della malattia. In particolare si è potuto rilevare che i soggetti più inclini al miglioramento sono di genere femminile, coniugati e di età compresa tra i 18 e i 34 anni. Inoltre si è osservato che tra gli studenti, i lavoratori, i pazienti diplomati e coloro che vivono con la famiglia acquisita registrano percentuali più elevate di miglioramento.

Come si può notare nel grafico 4, i soggetti presi in carico da un solo operatore sono molto più numerosi di quelli sottoposti ad un intervento integrato. Si osservi comunque che i pazienti seguiti solo dallo psichiatra tendono a stabilizzarsi, mentre quelli che usufruiscono di una terapia sia psichiatrica (farmacologia) che psicologica risultano perlopiù migliorati.

Questo dato appare significativo e riteniamo che dovrebbe essere oggetto di riflessione da parte dei Servizi.

I ricoveri

Il 21,8% dei pazienti è stato ricoverato almeno una volta nei 6 mesi precedenti la prima rilevazione. Le percentuali di ricoveri risultano diminuite nei mesi che precedono le successive rilevazioni (13,4% al T1 e 10,7% al T2). I soggetti che registrano una maggior percentuale di ricoveri soffrono di schizofrenia e di disturbi di personalità. La correlazione positiva dei ricoveri emersa nei tre tempi conferma l'ipotesi di una elevata recidività dei ricovero. Non sono state invece trovate correlazioni significative tra i ricoveri e la gravità della condizione clinica dei pazienti. Questo fatto porta a supporre che i soggetti osservati utilizzino l'SPDC come luogo di *holding* e accudimento, cioè si rechino volontariamente nel reparto per sentirsi più protetti e al sicuro a fronte di un aumento dello stress ambientale.

I tentativi di suicidio

I tentativi di suicidio sono molto numerosi e non accennano a diminuire nel corso dell'anno (20,1% al T0, 21% al T1 e 20,8% al T2). In particolare i pazienti per cui si registra un più alto tasso di tentativi di suicidio sono quelli affetti da disturbi di personalità e disturbi dell'umore. La correlazione dei tentativi di suicidio nei tre tempi mostra un'altissima e inquietante recidività.

E' inoltre opportuno notare che non è stata riscontrata correlazione tra tentativi di suicidio e la gravità della condizione clinica dei pazienti. Questa mancanza di correlazione è molto interessante e lascia aperti gli interrogativi sulle possibili cause.

Grafici

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

Tabella 1. Distribuzione degli items nei due fattori.

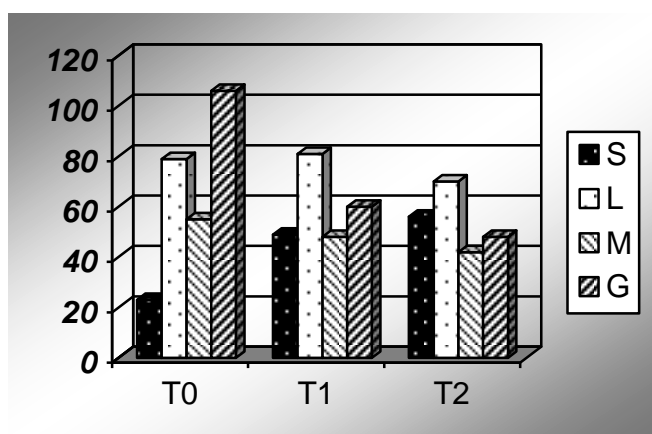


Grafico 1. Distribuzione delle classi di gravità

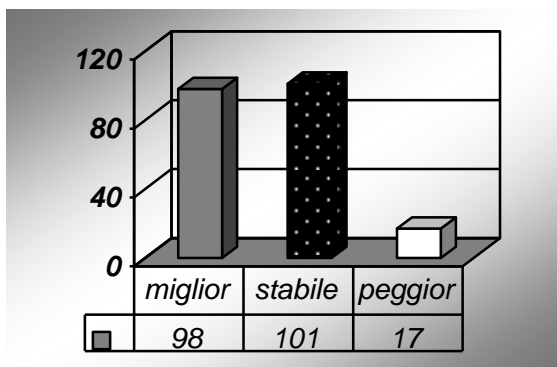


Grafico 2. Distribuzione del decorso.

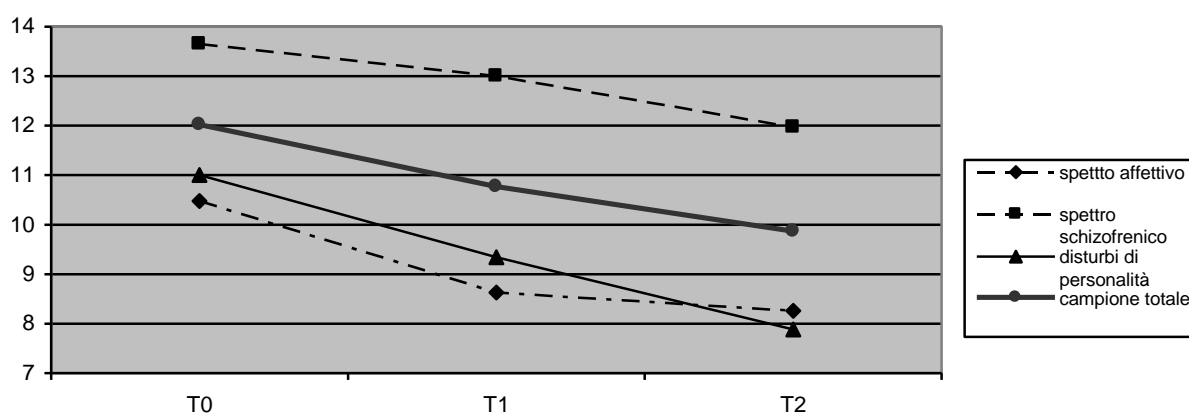


Grafico 3. Decremento del punteggio medio nel campione totale e nei diversi spettri psicopatologici

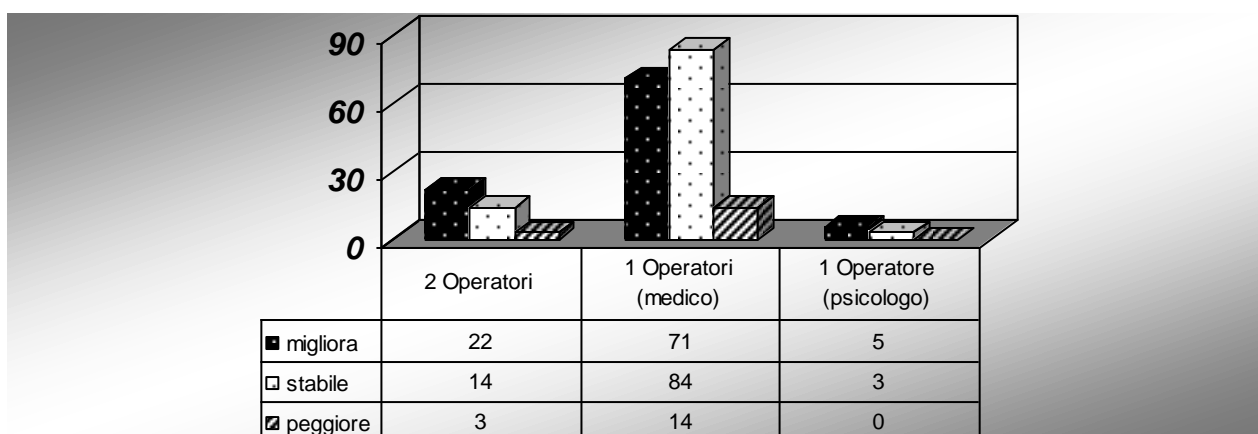


Grafico 4. Distribuzione del decorso in rapporto al numero di operatori che hanno in carico il soggetto.

Bibliografia

Amin S., Singh S.P., Croudace T., Jones P., Medley I. & Harrison G. (1999) Evaluating the Health of the Nation Outcome Scales. Reliability and validity in a three year follow up of first onset psychosis. *British Journal of Psychiatry* 174, 400-403

Bebbington P., Brugha T., Hill T. Marsden L. & Window S. (1999) Validation of the Health of the Nation Outcome Scales. *Journal of Psychiatry* 174, 389-394

Boot B., Hall W. & Andrews G. (1997) Disability, outcome and casemix in acute psychiatric inpatient units. *British Journal of Psychiatry* 171, 242-246

Bums A., Beevor A., Lelliot P., Wing J., Blakey A., Orrell M., Mulinga J. & Hadden S. (1999) Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS 65+) - Glossary for HoNOS 65+ score sheet. *British Journal of Psychiatry* 174, 435-438

Cattell R.B. (1978) The scientific use of factor analysis . *New York Plenum Press*

Clifford P. (1996) Structuring the clinical record: the Face assessment and outcome system - CORE Centre for Outcomes Research and Effectiveness

Dillon W.R., Goldstein M. (1984) Multivariate analysis methods and applications. *New York Wiley*

Eisen S.V. & Dickey B. (1996) Mental Health Outcome Assessment: the new agenda *Psychotherapy* 33,181-189

Goldney R.D., Fisher L.I. & Walmsley S.J. (1998) The Health of the Nation Outcome Scales in psychiatric hospitalisation: a multicentre study examining outcome and prediction of length of stay. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 32, 199-205

Gowers S.G., Harrington R.C., Whitton A., Beevor A., Lelliot P., Jezard R., & Wing J. (1999) Health of the Nation Outcome Scales for children and adolescents (HoNOSCA) - Glossary for HoNOS score sheet. *British Journal of Psychiatry* 174, 428-433

Orrell M., Yard P., Handysides J. & Schapira R. (1999) Validity and reliability of the Health of the Nation Outcome Scales in psychiatric patients in community. *British Journal of Psychiatry* 174, 409-412

- Phelan M., Slade M. & Thornicroft G. (1995) The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 167, 589-595
- Rossi R., Blaco R., Castelli C., Civenti G., Cocchi A., Contini A., Erlicher A., Lanzara D., Lora A., Marcandalli S., Morosini P. e Pisapia D. (1999) Il costo dei pazienti psichiatrici per classi di gravità *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 7, 198-208
- National Centre for Health Outcomes Development (1999) Outcome indicators for Severe Mental Illness -Appendix 1 141-144
- Salvador-Carulla L. (1999) Routine outcome assessment in mental health research *Current Opinion in Psychiatry* 12, 207-210
- Sharma V.K., Wilkinson G. & Fear S. (1999) Health of the Nation Outcome Scales: a case study in general psychiatry. *British Journal of Psychiatry* 174, 395-398
- Shrout P.E. & Fleiss J.L. (1979) Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin* 86,420-428
- Slade M., Beck A., Bindman J., Thornicroft G., & Wright S. (1999) Routine clinical outcome measures for patients with severe mental illness: CANSAS and HoNOS. *British Journal of Psychiatry* 174, 404-408
- Slade M., Thornicroft G., & Glover G. (1999) The feasibility of routine outcome measures in mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34, 243-249
- Stein G.S. (1999) Usefulness of the Health of the Nation Outcome Scales. *British Journal of Psychiatry* 174, 375-377
- Stedman T., Yellowless P., Mellsop G., Clarke R. & Drake S. (1997) Measuring Consumer Outcomes in Mental Health Canberra: Department of Health and Family Services
- Trauer T., Callaly T., Hantz P., Little J. Shields R. & Smith J. (1999) Health of the Nation Outcome Scales. Results of the Victorian field trial. *British Journal of Psychiatry* 174, 380-388
- Wing J., Curtis R.H., Beevor A.S., Park B.G., Hadden S. & Burns A. (1998) Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS): research and development. *British Journal of Psychiatry* 174
- Wing J., Curtis R.H. & Beevor A.S. (1999) Health of the Nation Outcome Scales. Glossary for HoNOS score sheets. *British Journal of Psychiatry* 174, 432-434