



Criteria per il rilevamento del HoNOS
per la
struttura tariffaria TARPSY

Versione 1.1 / 02.11.2016

Scala, glossario e convenzioni generali di valutazione

Preambolo

Il presente documento si basa sui documenti seguenti della ANQ (Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche):

- Manual für Erfassende Stationäre Psychiatrie Erwachsene - Nationale Messung der Indikatoren „Symptombelastung“ und „Freiheitsbeschränkende Massnahmen“
01.12.2015 / Versione 4, valida dal 01.01.2016
- HoNOS - Health of the Nation Outcome Scales – Scala “HoNOS” con glossario integrato et con le convenzioni integrante del ANQ
28.01.2014 / Versione 1

Non sono previsti adeguamenti di questo documento nell’anno in corso.

La rilevazione dei dati per la struttura tariffaria TARPSY viene effettuata indipendentemente dalle rilevazioni nazionali della ANQ.

1 Introduzione

I criteri di misurazione valgono per tutti i pazienti di tutti i settori della psichiatria ospedaliera per adulti.¹ Le cliniche psichiatriche sono strutture che rientrano per tipologia nelle categorie K211 o K212 dell'Ufficio federale di statistica. Al momento dell'ammissione e della dimissione viene effettuata una valutazione da parte di terzi del peso dei sintomi con l'ausilio del questionario HoNOS.

2 Persona addetta alla rilevazione

Il rilevamento da parte di terzi mediante HoNOS spetta al responsabile del caso. Si può trattare

- del medico o dello/a psicologo/a che segue il caso oppure
- del membro del personale infermieristico che segue il caso (unicamente se nella clinica il personale infermieristico assume la gestione di un caso). Con ciò non si intende il modello di cura basato su una persona di riferimento bensì la persona che in primis si occupa delle cure e quella responsabile del coordinamento.

Non è consentito invece il modello di delega (esecuzione di misurazioni da parte di persone che non hanno la responsabilità del caso e non sono ulteriormente coinvolte nel trattamento).

3 Momento della rilevazione

Le rilevazioni di routine mediante HoNOS al momento dell'ammissione e della dimissione vengono effettuate il più possibile a ridosso dell'ammissione o della dimissione effettiva e comunque al più tardi tre giorni dopo l'ammissione, rispettivamente al più presto tre giorni prima della dimissione. 1 giorno corrisponde a 24 ore. La misurazione al momento dell'ammissione deve pertanto essere effettuata entro 72 ore dal ricovero. L'ideale sarebbe effettuarla insieme al colloquio di ammissione.

La valutazione si riferisce sempre agli ultimi sette giorni prima del momento della misurazione (periodo di valutazione). Spesso nell'arco di questi 7 giorni si verifica già un cambiamento di

¹Ai fini delle misurazioni i pazienti minorenni che vengono trattati nelle unità di psichiatria per adulti vengono gestiti come adulti e rilevati secondo la metodologia descritta nel presente manuale. Nelle unità di psichiatria infantile e adolescenziale vengono effettuate misurazioni separate.

stato. In tal caso non si forma un valore medio, bensì deve essere rilevato lo stato peggiore (versione più grave) nell'ambito del periodo di valutazione.

In caso di trasferimento da un reparto a un altro all'interno della stessa struttura, la misurazione non viene ripetuta. Anche in caso di congedo non vengono effettuate le misurazioni all'ammissione e alla dimissione. Se invece un'assenza viene considerata dalla clinica curante come fine del trattamento e inizio di un nuovo trattamento, le misurazioni al momento dell'ammissione e della dimissione devono essere effettuate come descritto.

In caso di cambio puramente amministrativo del caso (ad es. a seguito di un cambio di sostenitore dei costi) non vengono effettuate le misurazioni al momento dell'ammissione e della dimissione. I casi amministrativi vengono riuniti dalle cliniche in casi di cura. Per ogni caso di cura è sempre necessaria una misurazione con l'ausilio di HoNOS all'inizio del trattamento e una alla fine.

Misurazione al momento dell'ammissione

La misurazione al momento dell'ammissione rileva lo stato del paziente nel periodo comprendente i sette giorni precedenti. Ciò significa che vanno considerati anche i giorni prima del ricovero. Occorre rilevare sempre lo stato peggiore riscontrato nel periodo di valutazione (non quindi una media del periodo in questione). La valutazione da parte di terzi va effettuata a ridosso dell'ammissione, se possibile dopo il primo colloquio con la persona che si occupa del caso, al più tardi 3 giorni dopo l'ammissione.

La rilevazione mediante HoNOS deve essere effettuata per tutti i pazienti anche se la loro degenza durerà prevedibilmente meno di sette giorni.

Misurazione al momento della dimissione

La rilevazione mediante HoNOS al momento della dimissione deve essere effettuata a ridosso del colloquio di dimissione (l'ultimo colloquio con la persona che si occupa del caso), quindi di norma il giorno della dimissione. La rilevazione non può in ogni caso essere effettuata più di tre giorni prima della dimissione. In caso di dimissioni non pianificate, la rilevazione mediante HoNOS va effettuata se possibile immediatamente, altrimenti al più tardi tre giorni dopo la dimissione (quindi di norma in assenza del paziente). Per quanto riguarda il periodo di valutazione, valgono le stesse regole della misurazione al momento dell'ammissione.

In linea di principio una valutazione da parte di terzi è sempre possibile e obbligatoria per tutti i pazienti, indipendentemente da diagnosi, età, condizioni momentanee, situazione attuale, ecc. Non esistono motivi legittimi per la mancata effettuazione della misurazione mediante HoNOS al momento dell'ammissione. Solo in caso di dimissione entro 7 giorni dalla misurazione di ammissione, la misurazione mediante HoNOS al momento della dimissione non va effettuata in quanto i periodi di riferimento (ultimi 7 giorni) si sovrapporrebbero.

Le seguenti situazioni richiedono un'attenzione particolare:

<ul style="list-style-type: none">- dimissione imprevista- mancato ritorno dopo un congedo- decesso	Nessun motivo per non svolgere la misurazione. La persona che si occupa del caso compila l'HoNOS entro tre giorni dopo la dimissione/il decesso.
---	--

Codifica dei motivi della mancata compilazione dell'HoNOS al momento della dimissione (codici di drop-out).

1	Dimissione entro 7 giorni dalla misurazione mediante HoNOS al momento della dimissione	Autorizzato solo in riferimento alla misurazione HoNOS al momento della dimissione.
2	Altre	Da utilizzare solo in casi eccezionali corredato da un testo esplicativo.

4 Convenzioni generali di valutazione per l'HoNOS

- In caso di dubbio in merito alla gravità di un item (ad es. "2" o "3"), occorre marcare sempre la manifestazione più forte (nella fattispecie "3").
- Nell'HoNOS, le gradazioni sono descritte verbalmente, in molti casi con diversi esempi. Tali esempi sono da intendersi uniti da una relazione logica "o", il che significa che basta il manifestarsi di un'unica situazione descritta per soddisfare la gradazione in questione. La gradazione è soddisfatta anche in presenza di un esempio analogo.
- La valutazione va sempre effettuata in modo descrittivo, cioè indipendentemente da un gruppo di disturbi o da una cura medica. Esempio: si è in presenza di un disturbo del sonno curato con una terapia farmacologica; se al momento della valutazione tale disturbo non si manifesta, l'item in questione va valutato con uno "0", a prescindere dalla relazione tra il sonno e la terapia.
- Per procedere alla valutazione con l'HoNOS vanno considerate sempre tutte le informazioni disponibili. Non bisogna quindi limitarsi a ciò che viene dichiarato dal paziente, ma sentire anche altre fonti (familiari, assistenti sociali, medico prescrivente, psicologo ecc.). La persona curante è chiamata a riflettere sulla plausibilità delle informazioni raccolte e su tali basi decide la valutazione. Se da fonti diverse dovessero provenire informazioni controverse e poco plausibili, le contraddizioni vanno chiarite. In caso di mancato chiarimento entro tre giorni, la valutazione deve essere un "9", "non noto/non applicabile".
- Per quanto possibile non bisogna assegnare la valutazione 9 a più di tre item, in caso contrario il questionario è escluso dall'analisi.

Item 1 - Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati

- I comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati devono essere inclusi a prescindere dalla causa (ad es. assunzione di alcol o di droghe, demenza, psicosi, depressione ecc.).
- I comportamenti bizzarri devono essere separati da quelli precedenti e valutati nell'ambito dell'item 6 (problemi legati ad allucinazioni e deliri).
- In questo item devono trovare posto anche le disinibizioni sessuali e l'opposizione attiva/aggressiva alle misure.

- | | |
|---|---|
| 0 | Nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato |
| 1 | Irritabilità, litigiosità, irrequietezza ecc. che non richiedono intervento |
| 2 | Comprende gesti aggressivi, come importunare o dare spintoni alle persone; minacce o aggressioni verbali; danni di modesta entità agli oggetti (ad esempio rottura di suppellettili o di vetri); iperattività o agitazione evidenti |
| 3 | Attacchi fisici verso persone o animali (ma di minore gravità rispetto al punteggio 4); persistente atteggiamento di minaccia; iperattività o danneggiamento di oggetti di maggiore gravità |
| 4 | Almeno un grave attacco fisico a persone o animali; atti chiaramente distruttivi (ad es. appiccare il fuoco); comportamenti di grave intimidazione oppure osceni |

Item 2 - Comportamenti deliberatamente autolesivi

- **Attenzione:** questo item comprende **sia** la tendenza al suicidio **sia** i comportamenti deliberatamente autolesivi senza tendenza al suicidio.
- I comportamenti involontariamente autolesivi (ad es. dovuti alla demenza o a gravi difficoltà di apprendimento) **non** sono inclusi; il problema cognitivo eventualmente all'origine di una caduta è incluso nell'item 4, la lesione in quanto tale nell'item 5.
- Le lesioni come conseguenza diretta dell'assunzione di alcol e di droghe non sono incluse (la portata del consumo di alcol e di droghe è valutata nell'item 3; le possibili conseguenze fisiche dell'assunzione di alcol e di droghe, ad es. cirrosi epatica o lesioni provocate da uno stato di ebbrezza al volante, sono trattate nell'item 5).

0	Nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato
1	Pensieri passeggeri di farla finita, tuttavia rischio lieve di atti autolesivi durante il periodo di valutazione; nessun gesto autolesivo
2	Rischio moderato di atti autolesivi durante il periodo di valutazione; comprende gesti autolesivi non pericolosi (ad esempio il procurarsi tagli superficiali ai polsi)
3	Rischio da medio a grave di atti autolesivi durante il periodo di valutazione; comprende atti preparatori (come ad esempio accumulare pillole)
4	Serio tentativo di suicidio e/o grave e intenzionale atto autolesivo durante il periodo considerato

Item 3 - Problemi legati all'assunzione di alcol o droghe

- I comportamenti aggressivi/distruttivi riconducibili all'assunzione di alcol o di droghe non vengono affrontati qui bensì nell'item 1.
- Le affezioni o le disabilità fisiche dovute all'assunzione di alcol o di droghe non vengono valutate qui bensì nell'item 5.
- Il consumo incontrollato di farmaci o dosi non prescritti (abuso di medicinali) va trattato in questo item. L'assunzione di farmaci prescritti nelle dosi prescritte non deve essere inclusa, anche se la prescrizione pare problematica.
- Qualora subentri un forte bisogno (craving) di alcol o di droghe nel quadro di una dipendenza ma, per via dell'ambiente protetto, non si giunge al consumo vero e proprio, occorre indicare il valore "3" ("Desiderio intenso di assumere alcol o droghe"). Se tale bisogno (craving) subentra solo occasionalmente, va indicato un "1" o un "2" secondo la situazione.
- Il "4" indica gravi problemi di alcol o droga, con un bisogno non controllato.

0	Nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato
1	Qualche eccesso occasionale, ma entro le norme sociali
2	Perdita di controllo nel bere o nell'assunzione di droghe, ma senza grave dipendenza
3	Desiderio intenso di assumere la sostanza o dipendenza da alcol e droghe, con frequenti perdite di controllo; esposizione a rischi sotto l'effetto di alcol o droghe
4	Grave disabilità funzionale dovuta alla dipendenza da alcol e droghe

Item 4 - Problemi cognitivi

- I disturbi della memoria, dell'orientamento e della comprensione devono essere rappresentati in questo item a prescindere dalla diagnosi, quindi anche in caso di difficoltà di apprendimento, demenza, schizofrenia ecc.
- I problemi temporanei dovuti all'assunzione di alcol o di droghe (ad es. postumi della sbornia) non vengono valutati qui bensì nell'item 3.
Esempi: difficoltà di orientamento, a capire frasi complesse, a parlare, a riconoscere parenti stretti, smarrimento di oggetti, perdita della memoria a breve termine, disturbi della comunicazione.
- Anche i disturbi formali del pensiero devono essere rilevati in questo item.

0	Nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato
1	Problemi di memoria o di comprensione clinicamente non significativi (ad es. dimentica occasionalmente i nomi)
2	Problemi di memoria e di comprensione di gravità lieve ma evidenti (ad es. il paziente si è perso in una località nota o non ha riconosciuto una persona a lui familiare); qualche volta è confuso di fronte a decisioni semplici
3	Disorientamento marcato nel tempo, nello spazio e riguardo alle persone; il paziente appare confuso di fronte ad eventi di tutti i giorni; il discorso è talora incoerente; rallentamento mentale
4	Disorientamento grave, ad es. il paziente è incapace di riconoscere i parenti; è a rischio di incidenti; i discorsi sono incomprensibili; obnubilamento o stupore

Item 5 - Problemi legati a una malattia somatica o disabilità fisica

- In questo item, devono essere incluse tutte le affezioni e le disabilità che limitano il movimento, compromettono la vista o l'udito oppure interferiscono in altro modo con le abilità funzionali personali, a prescindere dalle cause (ad es. difficoltà di coordinazione o debolezza con rischio di caduta, necessità di ausili alla deambulazione, necessità di stare a letto, dolore, ecc.).
- Vanno considerati in questo item anche i problemi causati da effetti collaterali di farmaci, dagli effetti dell'assunzione di alcol e di droghe, da disabilità fisiche dovute a infortuni, a comportamenti autolesivi riconducibili a problemi cognitivi, a incidenti provocati dall'aver guidato in stato di ebbrezza ecc.
- I problemi cognitivi non vengono valutati qui bensì nell'item 4.

0	Nessun problema di salute fisica durante il periodo considerato
1	Problemi di salute fisica clinicamente non significativi durante il periodo considerato (ad es. raffreddore o conseguenze di una caduta poco grave)
2	Problemi di salute fisica che causano lievi limitazioni della mobilità e delle attività
3	Limitazione delle attività di grado medio, causata da problemi di salute fisica di media e lunga durata
4	Grave o completa disabilità funzionale dovuta a problemi di salute fisica

Item 6 - Problemi legati ad allucinazioni e deliri

- Le allucinazioni e/o i deliri devono essere valutati a prescindere dalla diagnosi.
- I comportamenti strani e bizzarri associati ad allucinazioni o a deliri devono essere inclusi.
- I comportamenti aggressivi, distruttivi o iperattivi riconducibili ad allucinazioni o a deliri non devono essere inclusi, perché già compresi nell'item 1.
- Anche i disturbi dell'Io devono essere rilevati in questo item.
- Se dominano il quadro clinico, i gravi sintomi negativi non devono essere rilevati qui bensì nell'item 8 sotto "J = Altri problemi".

0	Assenza di indizi di deliri o allucinazioni durante il periodo considerato
1	Convinzioni lievemente eccentriche o bizzarre, non conformi alle norme culturali
2	Sono presenti deliri o allucinazioni (ad es. uditive, visive), ma con modesto malessere per il paziente o limitate manifestazioni di comportamenti bizzarri (problemi clinici presenti, ma di lieve gravità)
3	Notevole coinvolgimento del paziente in deliri o allucinazioni, i quali gli causano un intenso malessere e/o si manifestano in comportamenti chiaramente bizzarri (problemi clinici di media gravità)
4	Lo stato psichico ed il comportamento sono influenzati negativamente ed in maniera grave da deliri ed allucinazioni, con conseguenze gravi sul paziente

Item 7 - Problemi legati all'umore depresso

- L'iperattività e l'agitazione non vengono rilevate qui, bensì nell'item 1.
- Le tendenze e i pensieri suicidi non vengono rilevati qui, bensì nell'item 2.
- I deliri e le allucinazioni non vengono rilevati qui, bensì nell'item 6.
- Le astenie non vengono rilevate qui, bensì nell'item 8, nella misura in cui contraddistinguono il quadro clinico.

0	Nessun problema legato a umore depresso durante il periodo considerato
1	Tristezza o modeste variazioni del tono dell'umore
2	Depressione e malessere psichico di grado lieve, ma evidenti (ad es. presenza di sensi di colpa, perdita di autostima)
3	Depressione con idee di autosvalutazione infondate, paziente assillato da sensi di colpa
4	Depressione grave o molto grave, con pensieri di colpa e autoaccusa

Item 8 - Altri problemi psichici e comportamentali

- L'item 8 dell'HoNOS va compilato come segue (algoritmo vincolante):
 1. innanzitutto, va determinato il disturbo principale nel quadro dell'item 8 (= disturbo psichico o comportamentale principale non ancora rilevato negli item 1-7). Anche in questo caso, dall'elenco predefinito occorre selezionare il problema più importante presente nel corso dei sette giorni precedenti. Se al momento della dimissione è dominante un problema diverso rispetto all'ammissione, occorre valutare il nuovo problema.
 2. La seconda fase prevede la valutazione esclusivamente di questo problema.
 3. Nell'item 8 non viene quindi analizzato l'insieme di più disturbi, bensì unicamente il disturbo psichico o comportamentale principale, non ancora rilevato negli item 1-7.
- Oltre alle sindromi e ai disturbi menzionati a titolo di esempio (A fobie, B ansia, C ossessioni e compulsioni, D problemi legati a stress e sovraccarico, E sintomi dissociativi, F sintomi somatoformi, G problemi dell'alimentazione, H disturbi del sonno, I problemi sessuali), sotto "J altri problemi" occorre rilevare le astenie e i sintomi negativi, nella misura in cui contraddistinguono il quadro clinico. La categoria "D disturbi legati a stress e sovraccarico" non deve essere utilizzata (perché riguarda tutti i nostri pazienti e non è pertanto una discriminante).

A = fobie

B = ansia

C = ossessioni e compulsioni

D = disturbi legati a stress e sovraccarico

E = sintomi dissociativi

F = sintomi somatoformi

G = problemi dell'alimentazione

H = disturbi del sonno

I = problemi sessuali

J = altri problemi (specificare)

0	Nessuna evidenza di problemi di questo tipo durante il periodo considerato
1	Solo problemi clinicamente irrilevanti
2	Problema clinicamente presente, ma in una forma di lieve gravità (ad es. il paziente mantiene un certo grado di controllo)
3	Una o più crisi gravi o episodi di sofferenza marcata, con perdita di controllo (ad es. il paziente deve evitare del tutto le situazioni che scatenano l'ansia o chiamare in aiuto un vicino, ecc.), quindi forma piuttosto grave del problema
4	Problema grave che condiziona la maggior parte delle attività

Item 9 - Problemi relazionali

- In questo item, devono essere valutati i problemi del paziente relativi al ritiro, attivo o passivo, dalle relazioni sociali, e/o a relazioni che non hanno valore di supporto o che sono nocive o distruttive per il paziente.
- I disturbi relazionali associati alla mancanza di distanza devono essere classificati sotto "Evidenti problemi nello stabilire o mantenere relazioni di sostegno" (gravità 2).
- Vanno acquisite informazioni anche sulla relazione con medici, personale di cura o altri pazienti.

0	Nessun problema significativo durante il periodo considerato
1	Problemi di lieve entità, senza rilevanza clinica
2	Evidenti problemi nello stabilire o mantenere relazioni di sostegno: il paziente se ne lamenta e/o i problemi sono manifesti alle altre persone
3	Problemi gravi e persistenti dovuti ad un ritiro attivo e passivo dalle relazioni sociali e/o alla presenza di relazioni che non offrono benessere e sostegno
4	Isolamento sociale grave, che causa sofferenza al paziente, dovuto all'incapacità di comunicare socialmente e/o al ritiro dalle relazioni sociali

Item 10 - Problemi nelle attività della vita quotidiana

- In questo item, deve essere valutato il livello funzionale globale nelle attività della vita quotidiana (ad es. problemi con attività basilari come la cura personale, mangiare, lavarsi e vestirsi o più complesse come la gestione dell'economia domestica, l'organizzazione di un alloggio, di un lavoro o del tempo libero, la mobilità e l'utilizzo dei mezzi di trasporto, fare la spesa, lo sviluppo personale, la capacità di discernimento nelle questioni finanziarie ecc.).
- La valutazione della gravità deve fare riferimento alla norma statistica. Ad esempio, nel caso di persone con una limitazione funzionale che vivono da tempo in istituti in cui le disabilità sono in parte compensate dal personale, tale limitazione va comunque rilevata nel confronto con la popolazione sana.
- La mancanza di motivazione a ricorrere alle possibilità di autoaiuto deve essere inclusa nella misura in cui contribuisca a ridurre il livello funzionale, ad es. con una perdita di interesse per ciò che accade fuori casa.
- La mancanza di opportunità di esercitare le proprie capacità non deve essere inclusa. Tale aspetto viene valutato negli item 11 e 12.
- I problemi di cura in caso di incontinenza o di altri disturbi devono essere rilevati in questo item, mentre l'incontinenza e i disturbi fisici in quanto tali vanno rilevati nell'item 5.

0	Nessun problema nel periodo considerato, funzionamento adeguato in tutti i campi
1	Solo problemi clinicamente irrilevanti (ad es. paziente disordinato e non bene organizzato)
2	Cura personale adeguata, ma evidente incapacità a svolgere una o più attività complesse (vedi sopra)
3	Problemi evidenti in uno o più campi relativi alla cura personale (alimentarsi, lavarsi, vestirsi, usare i servizi igienici), come pure incapacità evidente a svolgere diverse attività complesse
4	Grave disabilità in tutti o quasi i campi relativi sia alla cura personale che ad attività complesse

Item 11 - Problemi relativi alle condizioni di vita

- Si intendono le condizioni di vita a casa, non quindi durante la degenza in clinica. Anche nella valutazione al momento della dimissione devono essere rilevate le condizioni di vita a casa. In molti casi, non si constateranno cambiamenti rispetto alla valutazione al momento dell'ammissione. Se invece nel corso della degenza si sono verificati cambiamenti importanti (ad es. disdetta dell'abitazione, cambio di istituto, nuova abitazione trovata dopo un periodo senza fissa dimora ecc.), al momento della dimissione devono essere rilevate le nuove condizioni.
- Va valutata la gravità dei problemi relativi alla qualità delle condizioni di vita e alla routine quotidiana nell'abitazione. Le necessità di base (riscaldamento, luce, igiene) sono soddisfatte?
- Non occorre valutare il grado della disabilità funzionale, bensì soltanto la qualità delle condizioni di vita. Le limitazioni funzionali sono già comprese nell'item 10.

0	L'abitazione e le condizioni abitative sono accettabili: aiutano a mantenere al livello più basso possibile qualsiasi disabilità sia stata valutata nell'item 10 e stimolano il paziente ad essere il più autonomo possibile.
1	L'abitazione è ragionevolmente accettabile, sebbene presenti problemi di lieve entità o transitori (ad es. luogo non ottimale, non la scelta preferita, ecc.)
2	Abitazione con problemi evidenti relativi a uno o più aspetti dell'alloggio e/o dell'amministrazione (ad es. libertà decisionale limitata, il personale o le persone dell'abitazione non sanno come limitare la disabilità oppure come sia possibile supportare lo sviluppo di abilità nuove o intatte)
3	Molteplici problemi relativi all'abitazione i quali compromettono le condizioni di vita (ad es. alcune necessità elementari non sono garantite). La dotazione dell'abitazione offre possibilità minime o nulle per migliorare l'indipendenza del paziente.
4	L'abitazione è inaccettabile, il che aggrava i problemi del paziente (ad es. le necessità elementari non sono garantite, il paziente rischia lo sfratto o di diventare un "senza tetto" oppure le condizioni abitative sono insostenibili per altri motivi)

Item 12 - Problemi legati alle condizioni lavorative e ricreative

- In questo item, devono essere valutate le condizioni ambientali nel loro complesso. È disponibile un aiuto per superare le disabilità? Ci sono possibilità di mantenere o sviluppare le capacità e le attività concernenti la professione e il tempo libero? Vanno considerati fattori come la stigmatizzazione, la mancanza di personale qualificato negli istituti, l'accesso a offerte e istituti di assistenza e sostegno, ad es. il personale e l'equipaggiamento dei centri diurni, dei laboratori, delle associazioni sociali ecc.
- Qui non deve essere valutato il livello della disabilità funzionale, il quale viene invece valutato nell'item 10.
- Come per l'item 11, anche in questo caso le condizioni vanno valutate nel consueto ambiente del paziente (quindi non in clinica). Analogamente, quindi, la valutazione al momento della dimissione sarà spesso riferita alle condizioni prima dell'ammissione in clinica, a meno di cambiamenti delle condizioni durante la degenza (ad es. disdetta del rapporto di lavoro, abbandono del posto in istituto, organizzazione di un nuovo posto di lavoro protetto ecc.).
- Le condizioni di vita a casa non devono essere rilevate qui, bensì nell'item 11.
- Ulteriori esempi di codifica:
 1. problemi minimi come leggere tensioni sul posto di lavoro o in programmi occupazionali;
 2. la situazione professionale o l'occupazione non è soddisfacente e viene percepita come un problema.

0	L'ambiente del paziente è accettabile: aiuta a mantenere al livello più basso possibile qualsiasi disabilità sia stata valutata nell'item 10 e lo stimola ad essere il più autonomo possibile.
1	Problemi di lieve entità o transitori (ad es. ricevimento di bonifici in ritardo): sono disponibili strutture adeguate, ma non sempre negli orari desiderati, ecc.
2	Gamma limitata di attività; mancanza di una tolleranza adeguata (ad es. accesso ingiustamente negato a biblioteche o bagni pubblici, ecc.); paziente svantaggiato dal fatto di non avere un indirizzo permanente; assistenza o sostegno professionale insufficienti; è disponibile un aiuto, ma solo per un numero di ore molto ridotto
3	Notevole carenza di servizi qualificati in grado di aiutare a ridurre l'entità della disabilità esistente; nessuna possibilità di impiegare le capacità intatte o di aggiungerne di nuove; assistenza non qualificata e difficilmente accessibile
4	La totale assenza di opportunità di svolgere qualunque tipo di attività durante la giornata peggiora i problemi del paziente