



**Criteria per il rilevamento del HoNOS 65+**  
per la  
**struttura tariffaria TARPSY**

Versione 1.2 / 29.11.2019

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“

Valida dal 01.01.2020 / Versione 5.91

- HoNOS 65+- Health of the Nation Outcome Scales 65+ – Scala “HoNOS” con glossario (HoNOS 65+) integrato et con le convenzioni integrante del ANQ

30.08.2012

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.<sup>1</sup> 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 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.

---

<sup>1</sup>Ai 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.

Nel caso di una degenza inferiore a 7 giorni, il periodo di valutazione per la misurazione al momento della dimissione si riferisce, indipendentemente dalla sua durata, al lasso di tempo trascorso dalla compilazione del questionario all'ammissione (almeno 24 ore).

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 anche per la fornitura di dati all'Ufficio federale di statistica. 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.

### **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.

Il questionario alla dimissione va tuttavia compilato solo se sono trascorse almeno 24 ore dalla compilazione del questionario all'ammissione.<sup>2</sup>

Il periodo di valutazione comprende gli ultimi sette giorni, a meno che dalla compilazione del questionario all'ammissione non siano trascorsi meno di sette giorni. In tal caso, viene valutato, indipendentemente dalla sua durata, il periodo dalla compilazione del questionario all'ammissione.

---

<sup>2</sup> Valido a partire dal 1° gennaio 2020

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 **24 ore** dalla misurazione di ammissione, la misurazione mediante HoNOS al momento della dimissione non va effettuata in quanto i periodi di riferimento (ultime **24 ore**) si sovrapporrebbero.

Le seguenti situazioni richiedono un'attenzione particolare:

|   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- dimissione imprevista</li> <li>- mancato ritorno dopo un congedo</li> <li>- decesso</li> </ul> | <p>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.</p> |
|---|---|

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

|   |  |  |
|---|--|--|
| 1 | <p>Dimissione <b>entro 24 ore</b> dalla misurazione mediante HoNOS al momento della dimissione, <b>periodo di misurazione troppo breve</b></p> | <p>Autorizzato solo in riferimento alla misurazione HoNOS al momento della dimissione.</p> |
| 2 | <p>Altre</p>   | <p>Da utilizzare solo in casi eccezionali corredato da un testo esplicativo.</p>           |

#### 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 prescrittore, 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.

**Istruzione di codificazione (versione 30.08.2012)**

Valutate i sintomi più gravi accusati dal paziente durante l'ultima settimana. Se sulla stessa scala sono presenti due problemi di gravità diversa, codificate il problema più grave insorto durante il periodo in considerazione. Se un problema grave, come una violenza importante o un tentativo di suicidio grave, intervengono nel corso del periodo valutato, codificatelo "4", anche se si è verificato una sola volta.

Per ciascuna delle 12 voci, valutate il problema più grave che si è verificato negli ultimi 7 giorni. Non aggiungere informazioni che già sono state segnate, ad eccezione della scala 10, che è una valutazione globale.

**Tutte le scale hanno il seguente formato:**

0 = nessun problema

1 = problemi minori che non richiedono intervento

2 = problemi di gravità lieve, ma sicuramente presenti

3 = problemi di gravità moderata

4 = problemi gravi o molto gravi

9 = se sconosciuto o non applicabile

Leggenda: Registrare per ogni item 0 – 4 oppure 9 nella casella.

## Glossario di codificazione

### 1. Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati

**Includere** tutti i comportamenti, indipendentemente dalla causa, per esempio demenza, medicinali, alcol, psicosi, depressione, ecc.

**Non includere** i comportamenti strani, codificati alla scala 6.

0. Nessun problema di questo tipo nel periodo valutato.
1. Irritabilità occasionale, litigiosità, agitazione, ecc. ma generalmente calmo e collaborativo e non richiede alcun intervento specifico.
2. Include gesti aggressivi, p. es. importunare o dare spintoni agli altri e/o minacce o aggressioni verbali; danni di modesta entità agli oggetti o alla proprietà (p. es. rottura di una tazza, di una finestra); iperattività o agitazione evidente; agitazione e/o deambulazione intermittenti (di giorno o di notte): collaborazione fluttuante, che necessita incoraggiamenti e persuasione.
3. Aggressività fisica verso gli altri (di entità inferiore al livello 4); danni alla proprietà di entità maggiore o distruzione di beni; frequenti minacce, iperattività o agitazione più grave e/o persistente (p. es. giorno e notte), associata o non a deambulazione; collaborazione problematica, opposizione all'aiuto o all'assistenza.
4. Almeno un'aggressione fisica grave nei confronti di altri (oltre il livello 3), comportamento distruttivo maggiore e/o persistente (p. es. incendio), comportamento minaccioso grave e persistente; iperattività o agitazione molto importante, disinibizione sessuale o altri comportamenti inappropriati (p. es. urinare e/o defecare deliberatamente in maniera inappropriata); agitazione e/o deambulazione praticamente costante; problemi gravi legati a un comportamento non conforme o di opposizione.



## 2. Comportamenti deliberatamente autolesivi

**Includere** automutilazioni non accidentali

**Non includere** le lesioni accidentali (p. es. dovute a una demenza o a una grave insufficienza mentale); qualunque problema cognitivo è codificato alla scala 4 e le lesioni alla scala 5.

**Non includere** una malattia o una lesione direttamente imputabile all'assunzione di medicinali o d'alcol codificati alla scala 3 (p. es. cirrosi epatica o lesione derivante da un comportamento in stato d'ebbrezza codificato alla scala 5).

0. Nessun problema di questo tipo nel periodo valuta-to.
1. Fugaci pensieri di automutilazione o di suicidio ma rischio lieve o inesistente durante il periodo.
2. Rischio lieve durante il periodo; comprende pensieri o propositi di automutilazione o di suicidio più frequenti (inclusi i pensieri di autolesionismo passivo, come non evitare una situazione potenzialmente le-tale, p. es. attraversare la strada).
3. Rischio da moderato a grave di autolesionismo deliberato; comprende pensieri o propositi autolesivi frequenti o persistenti; comprende i preparativi, per esempio accumulo di medicinali.
4. Tentativo di suicidio e/o di autolesionismo deliberato durante il periodo.

### 3. Problemi legati all'assunzione di alcool o droghe

**Includere** problemi legati all'assunzione di alcool o droghe o di medicinali

**Non includere** i comportamenti aggressivi o distruttivi dovuti al consumo di alcool o di medicinali, codificati alla scala 1.

**Non includere** le malattie o gli handicap fisici dovuti al consumo di alcool o medicinali codificati alla scala 5.

**Non includere** il consumo accidentale d'alcol o di medicinali, p. es. nel contesto di una demenza, quando i problemi cognitivi sono codificati alla scala 4 e la malattia o l'handicap derivanti sono codificati alla scala 5.

1. Lasciarsi andare un po' ma senza infrangere le norme sociali.
2. Perdita di controllo occasionale del consumo di alcool o di medicinali ma nessun problema serio.
3. Bisogno marcato o dipendenza dall'alcol o dai medicinali, con frequenti perdite di controllo, ebbrezza, ecc.
4. Conseguenze gravi o incapacità derivanti da abuso di alcool e medicinali.

#### 4. Problemi cognitivi

**Includere** i problemi di orientamento, di memoria e di linguaggio associati a qualsiasi altro disturbo: demenza, ritardo mentale, schizofrenia, ecc.

**Non includere** i problemi transitori (p. es. postumi di una sbornia) chiaramente associati al consumo d'alcol o di medicinali codificati alla scala 3.

0. Nessun problema di questo tipo nel periodo valutato.
1. Disturbi minori di orientamento (p. es. qualche difficoltà di orientamento transitoria) e/o di memoria (p. es. qualche dimenticanza ma ancora in grado di apprendere attivamente nuove Informazioni), nessun disturbo apparente del linguaggio.
2. Lievi disturbi di orientamento (p. es. disorientamento transitorio frequente) e/o di memoria (p. es. disturbi dell'apprendimento di nuove informazioni, come i nomi, i ricordi di eventi recenti, deficit che interferiscono con le attività quotidiane); difficoltà a orientarsi in un ambiente nuovo o non familiare; capacità di afferrare informazioni verbali semplici ma qualche difficoltà nel comprendere e/o esprimere un linguaggio più complesso.
3. Disturbi moderati dell'orientamento (p. es. generalmente disorientato nel tempo e spesso nello spazio) e/o di memoria (p. es. dimentica rapidamente le informazioni nuove, ricorda solo il materiale appreso tempo fa, incapacità occasionale di riconoscere i familiari); ha perso la strada in un luogo familiare, disturbi maggiori del linguaggio (espressione e/o comprensione).
4. Disorientamento grave (p. es. è costantemente disorientato nel tempo e nello spazio e talvolta rispetto alle persone) e/o deficit severo della memoria (p. es. sono accessibili solo briciole di informazioni sia vecchie che nuove, incapacità di apprendere qualsiasi nuova informazione, incapacità costante di riconoscere o chiamare per nome i suoi amici o i parenti stretti); non è possibile alcuna comunicazione attraverso il linguaggio o la persona è inaccessibile alla parola.

## 5. Problemi di malattia somatica o di disabilità fisica

**Includere** problemi legati a una malattia fisica e handicap, qualunque sia la causa, che limita la mobilità, riduce la vista o l'udito o interferisce con il funzionamento delle persone (p. es. il dolore).

**Includere** anche gli effetti secondari dei medicinali: gli effetti di medicinali o di alcol; gli handicap fisici derivanti da incidenti o da lesioni autoinflitte associate a problemi cognitivi, ecc.

**Non includere** i disturbi mentali o comportamentali codificati alla scala 4.

0. Nessun problema significativo sul piano della salute fisica, degli handicap e della mobilità nel periodo valutato.
1. Problemi di salute minori (p. es. un raffreddore); un'alterazione della vista e/o dell'udito (ma ancora in grado di funzionare in maniera efficace con occhiali o un apparecchio acustico).
2. Problemi di salute fisica che limitano lievemente le attività e/o la mobilità (p. es. diminuzione della di-stanza percorsa a piedi, con una certa perdita di indipendenza); alterazione moderata della vista e/o dell'udito (abbassamento del livello di funzionamento nonostante l'utilizzo appropriato di occhiali o di apparecchi acustici), rischio di caduta presente ma lieve, senza caduta fino a quel momento; disturbi associati a lievi dolori.
3. Problemi di salute fisica associati, che limitano moderatamente le attività e/o la mobilità (p. es. mobilità possibile solamente con l'ausilio di un bastone, di un deambulatore o con un aiuto); disturbi della vista e/o dell'udito più gravi (che non raggiungono il livello 4); rischio importante di caduta (una o più cadute); disturbi associati a dolori moderati.
4. Problemi maggiori di salute fisica, che limitano seriamente le attività e/o la mobilità (p. es. dipendenza da una sedia o allettamento); disturbi gravi della vista e/o dell'udito (p. es. cieco o sordo); rischio elevato di cadute e una o (generalmente) più cadute a causa di una malattia fisica o di un handicap; disturbi associati a dolori forti; presenza di un'alterazione del livello della coscienza.

## 6. Problemi legati ad allucinazioni o deliri

**Includere** le allucinazioni e i deliri (o le convinzioni infondate) senza tenere conto della diagnosi.

**Includere** i comportamenti strani o bizzarri associati a allucinazioni o deliri (o a convinzioni infondate).

**Non includere** i comportamenti aggressivi, distruttivi o iperattivi dovuti a allucinazioni e deliri (o convinzioni infondate) codificati alla scala 1.

0. Assenza di deliri o allucinazioni durante il periodo valutato.
1. Convinzioni lievemente strane o eccentriche estranee alle norme culturali della persona.
2. Deliri o allucinazioni (p. es. voci, visioni) presenti ma che disturbano poco il paziente o generano pochi comportamenti bizzarri, problema clinicamente presente ma lieve.
3. Marcate preoccupazioni legate ai deliri o alle allucinazioni, che provocano un certo malessere e/o si manifestano con comportamenti chiaramente strani; problema clinico moderatamente grave.
4. Stato mentale e comportamento gravemente disturbati e peggiorati dai deliri e/o dalle allucinazioni, impatto maggiore sul paziente e/o sul suo entourage, cioè problema clinico grave.

## **7. Disturbi legati all'umore depresso**

**Non includere** l'iperattività o l'agitazione codificate alla scala 1.

**Non includere** i pensieri o i tentativi di suicidio codificati alla scala 2.

**Non includere** i deliri o le allucinazioni codificati alla scala 6.

**Codificare** i problemi associati (p. es. alterazione del sonno, dell'appetito o del peso – sintomi di ansia) alla scala 8.

0. Assenza di problemi associati a un umore depresso durante il periodo valutato.
1. Malumore o solamente alterazioni minori dell'umore.
2. Depressione lieve ma netta, misurata soggettivamente e/o oggettivamente (p. es. perdita di interesse e/o di piacere, mancanza di energie, perdita di autostima, sentimenti di colpa).
3. Depressione moderata soggettiva e/o oggettiva (sintomi depressivi più marcati).
4. Depressione grave su base soggettiva e/o oggettiva (p. es. perdita profonda di interesse e/o di piacere, preoccupazioni legate a idee di colpa o di inutilità).

## 8. Altri problemi psichici e comportamentali

*Valutare solamente il disturbo clinico più grave non codificato alle scale 6 e 7.*

*Specificare il tipo di disturbo, riportando la lettera corrispondente:*

|   |  |
|---|--|
| A fobie                                   | G problemi dell'alimentazione                                  |
| B ansia                                   | H disturbi del sonno   |
| C ossessioni e compulsioni                | I problemi sessuali  |
| D problemi legati a stress e sovraccarico | J altro, specificare   |
| E sintomi dissociativi                    | K umore euforico (K non è inclusa nella valutazione nazionale) |
| F sintomi somatoformi                     |  |

0. Nessuno di questi disturbi durante il periodo valuta-to.
1. Disturbo minore clinicamente non significativo.
2. Un disturbo è clinicamente presente ma di lieve intensità, p. es. problema occasionale, il paziente mantiene un certo controllo e/o non è eccessivamente disturbato.
3. Disturbo clinico di moderata gravità, p. es. più frequente, più sconvolgente e con sintomi più marcati.
4. Disturbo grave e persistente che domina o inficia seriamente la maggior parte delle attività.

## 9. Problemi relazionali

*Problemi legati alle relazioni sociali individuati dal paziente e/o evidenti per il personale curante o l'entourage.*

**Codificare** il problema più grave legato a un ritiro attivo o passivo o a una tendenza a dominare le relazioni sociali e/o a una tendenza ad avere rapporti non supportici, distruttivi o nocivi per il paziente.

0. Nessun problema significativo durante il periodo valutato.
1. Disturbo minore clinicamente non significativo.
2. Problemi netti a stabilire e mantenere rapporti supportici o adattarsi ad essi (p. es. a causa di un comportamento di controllo o a seguito di relazioni difficili, di abusi o di un vissuto di sfruttamento), difficoltà nette, ma lievi, riferite dal paziente e/o evidenti agli altri o al personale curante.
3. Persistenti problemi di maggiore entità nelle relazioni; conflitti moderatamente gravi o problemi riscontrati nella relazione dal paziente e/o visibili da parte di altri o del personale curante.
4. Gravi difficoltà associate ai rapporti sociali (p. es. isolamento, ritiro, conflitto, abuso); tensioni e stress gravi (p. es. minaccia di rottura della relazione).



## 10. Problemi nelle attività della vita quotidiana

**Valutare** il livello globale di funzionamento nelle attività della vita quotidiana: p. es. dei problemi con le cure per-sonali di base come mangiare, lavarsi, vestirsi, andare al bagno, nonché con compiti complessi come la gestione del budget, il tempo libero, l'uso dei trasporti, ecc.

**Includere** qualsiasi mancanza di motivazione per l'impiego delle risorse di aiuto reciproco poiché ciò contribuisce a un abbassamento del livello di funzionamento globale.

**Non includere** l'assenza di possibilità di mettere in pratica le abilità e le competenze codificate alle scale 11 e 12.

0. Nessun problema durante il periodo valutato; buona capacità di funzionare in maniera adeguata in tutte le attività di base (p. es. continente o capace di gestire l'incontinenza in maniera appropriata, capace di mangiare e vestirsi in maniera autonoma) e nelle attività complesse (capace di guidare o utilizzare i trasporti pubblici, di gestire i propri affari finanziari in maniera appropriata).
1. Problemi solo minori che non comportano conseguenze significativamente nefaste; p. es. negligenza, lieve disorganizzazione, qualche segnale di difficoltà minori a svolgere compiti complessi ma capacità di affrontarli in maniera efficace.
2. Cura personale e attività di base adeguati (benché talvolta su sollecitazione) ma difficoltà con compiti complessi (p. es. problemi d'organizzazione per preparare un pasto o una bevanda, diminuzione degli interessi personali, particolarmente in situazioni al di fuori della propria abitazione, problemi al-la guida dell'auto, nei trasporti pubblici o nei giudizi finanziari).
3. Problemi netti in uno o più campi della cura personale di base (p. es. bisogno di una certa sorveglianza per l'abbigliamento e per mangiare, incontinenza urinaria occasionale o continenza unicamente su sollecitazione a recarsi regolarmente al bagno), in-capacità di svolgere numerosi compiti complessi.
4. Incapacità maggiore o totale in tutti o pressoché tutti i campi che richiedono abilità semplici e complesse (p. es. bisogno di sorveglianza costante per man-giare e vestirsi, incontinenza urinaria o fecale frequenti).

## 11. Problemi nelle condizioni di vita

**Codificare** la gravità globale dei problemi legati alla qualità delle condizioni di vita, all'alloggio e alle abitudini domestiche, tenendo conto delle preferenze del paziente e del grado di soddisfazione rispetto a questa situazione. I bisogni di base sono soddisfatti (riscaldamento, illuminazione, igiene)? In caso affermativo, l'ambiente fisico favorisce l'indipendenza e minimizza i rischi e offre una gamma di possibilità per facilitare l'impiego delle competenze esistenti e a svilupparne di nuove?

**Non includere** il livello di handicap funzionale codificato alla scala 10.

**Valutare il luogo di vita abituale del paziente. Se è ricoverato temporaneamente in ospedale, valutare il domicilio del paziente. Se l'informazione non è disponibile, codificare 9**

0. L'alloggio e le condizioni di vita sono accettabili; contribuiscono a non rafforzare qualsiasi handicap codificato alla scala 10, a ridurre al minimo i rischi e a favorire l'autonomia. Il paziente è soddisfatto del suo alloggio.
1. L'alloggio è ragionevolmente accettabile, malgrado qualche problema lieve o transitorio, legato essenzialmente alle preferenze del paziente piuttosto che a qualunque problema o rischio associato al suo ambiente (p. es. l'ubicazione non è ideale, non ha la preferenza dell'utente, il nutrimento proposto non piace).
2. I bisogni di base sono soddisfatti ma ci sono problemi significativi con uno o più aspetti dell'alloggio e/o del regime alimentare (p. es. assenza di mezzi adatti a ottimizzare la funzionalità, quali scale, ascensori, o altri problemi di accesso); può costituire rischi per il paziente (p. es. lesioni) che potrebbero essere ridotti.
3. Problemi multipli e di disagio con l'alloggio; alcuni elementi basilari sono assenti (p. es. riscaldamento insufficiente o non affidabile, assenza di possibilità di cucinare, impianti sanitari inadeguati), condizioni dell'ambiente fisico che comportano chiaramente un rischio per il paziente.
4. Alloggio inaccettabile; p. es. mancanza di elementi basilari, condizioni di vita insicure o intollerabili che aggravano lo stato del paziente e/o lo espongono a un rischio elevato di lesioni o ad altre conseguenze nefaste.

## 12. Problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative

**Valutare** il livello globale dei problemi legati alla qualità delle occupazioni giornaliere. Esiste un ausilio per adattarsi agli handicap e possibilità di mantenere o migliorare le abilità sociali e le attività occupazionali?

**Considerare** i fattori quali la stigmatizzazione sociale, l'assenza di un'équipe qualificata, la mancanza di accesso ai servizi di sostegno, p. es. personale e attrezzature di centri diurni, club sociali, ecc.

**Non valutare** il livello di handicap funzionale stesso, codificato alla scala 10. Valutare la situazione abituale del paziente.

0. L'ambiente quotidiano del paziente è accettabile; contribuisce a non rafforzare alcun handicap codificato alla scala 10 e favorisce l'autonomia.
1. Problemi minori o temporanei, p. es. servizi adeguati a disposizione ma non sempre al momento auspicato per il paziente.
2. Gamma limitata delle attività; p. es. sostegno insufficiente dei parenti o dei professionisti; inquadramento della giornata efficace disponibile ma entro un orario molto limitato.
3. Marcata insufficienza di servizi qualificati e di sostegno disponibili per contribuire a ottimizzare il livello di attività e di autonomia; possibilità scarse o nulle di servirsi delle proprie abilità esistenti o di acquisirne di nuove; servizi non qualificati, di difficile accesso.
4. Assenza totale di qualsiasi possibilità di svolgere delle attività diurne, che aggrava i problemi del paziente o rifiuto del paziente dei servizi offerti che potrebbero migliorare la sua situazione.