

# ONE HEALTH

Psico-neuro-endocrino-immunologia, psichiatria di liaison  
e problemi medici per la persona con disturbi del neurosviluppo

## One Health in organizzazione residenziale: l'esperienza di Fondazione Sospiro

Dr G. Chiodelli  
Direttore Medico  
Dipartimento per le Disabilità  
Fondazione Sospiro (Cr.-Bs.)



Mercoledì 3 Dicembre 2025



Facoltà Teologica dell'Italia Centrale, Firenze



FACOLTÀ TEOLOGICA  
DELL'ITALIA CENTRALE





## The One Health Concept

Pitt, S.J. & Gunn, A. (2024). *The One Health Concept*. *British Journal of Biomedical Science*, 81:12366.

### Definizione e Origini:

**One Health** è un approccio che riconosce l'interconnessione intrinseca tra la **salute umana, animale e ambientale**. Le radici del concetto risalgono agli anni '50 con il lavoro di Calvin Schwabe ("One Medicine") ed è stato formalizzato dopo l'epidemia SARS del 2002-2004. *«Il paradigma si è evoluto dalla comprensione che una mente sana ha bisogno di un corpo sano, che a sua volta necessita di un ecosistema sano - dall'ambiente microbico intestinale all'habitat globale.»*

### Partnership Quadripartita One Health

**WHO:** Organizzazione Mondiale della Sanità - Focus sulla salute umana globale

**WOAH:** Organizzazione Mondiale per la Salute Animale (ex-OIE) - Salute e benessere animale

**FAO:** Organizzazione per l'Alimentazione e l'Agricoltura - Sicurezza alimentare e agricoltura

**UNEP:** Programma Ambientale delle Nazioni Unite - Protezione ecosistemi



### "Think Global, Act Local"

L'approccio One Health richiede una **visione globale** con **implementazione locale**, lavoro **multidisciplinare** tra settori sanitari, veterinari ed ambientali, e finanziamenti dedicati alla ricerca interdisciplinare per affrontare le sfide sanitarie del XXI secolo con una **prospettiva sistemica integrata**.

L'articolo presenta **One Health** come framework essenziale per affrontare le sfide sanitarie contemporanee. È particolarmente rilevante per la pratica neuro-psichiatrica considerando le crescenti evidenze delle **interconnessioni tra salute mentale, ambiente e benessere complessivo**, inclusi i fattori ambientali che influenzano lo sviluppo neurologico e la salute mentale delle popolazioni vulnerabili.

## The Health Concept, WHO (1948)

la salute è uno "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità".

La salute come concetto multidimensionale va oltre il semplice non essere malati e il benessere va ricercato a tutti e tre i livelli: fisico, mentale e sociale.

La salute come valore e diritto per tutti



# Uomo e Ecosistema





# Fondazione Sospiro – Servizi Residenziali per DSI e DSA in condizioni di gravità



Gravi Problemi di comportamentale  
E  
comcobilità psichiatrica



Malattie in comorbilità



Raccomandazioni  
della linea guida sulla diagnosi  
e sul trattamento di adulti  
con disturbo dello spettro autistico

Documento di Pubblicazione

Ottobre 2025

## Conclusioni

Le **comorbidità** psichiatriche, neurologiche e mediche **sono comuni** nell'autismo e la loro prevalenza cambia principalmente in base all'età della PcASD e al modello dello studio che misura la prevalenza. **Un tasso elevato di una o più comorbidità può compromettere significativamente lo stato di salute e la qualità di vita delle PcASD, rappresentando un notevole costo per i sistemi sanitari e per il supporto che i caregiver devono fornire.** È cruciale ottenere una comprensione completa e un riconoscimento preciso delle tipologie di comorbidità nella popolazione autistica. Questi problemi/disturbi correlati **influenzano significativamente la prognosi complessiva e il livello di adattamento a lungo termine e la qualità di vita delle PcASD.**



**Health problems of people with intellectual disabilities:**  
the impact for general practice

*Jos MJAA Straetmans, Henny MJ van Schrojenstein  
Lantman-de Valk, Francois G Schellevis and Geert-Jan  
Dinant*

**British Journal of General Practice**

*Januar 2007*

## Condizioni di Malattia – Adulti

**Table 1. Prevalence of top 10 diagnoses, per 1000 people with intellectual disabilities, compared with the control group.**

| ICPC code                                   | Per 1000 patients            |                               |
|---|------------------------------|-------------------------------|
|   | With ID<br>( <i>n</i> = 868) | Control<br>( <i>n</i> = 4305) |
| Epilepsy                                    | 172.8                        | 3.2                           |
| Dermatomycosis                              | 123.2                        | 55.5                          |
| Diabetes mellitus                           | 111.7                        | 61.5                          |
| Acute infection of upper respiratory tract  | 109.4                        | 62.4                          |
| Excess cerumen                              | 95.6                         | 29.5                          |
| Eczema by contact/other eczema              | 86.4                         | 51.3                          |
| No illness                                  | 76.0                         | 20.6                          |
| Insomnia/other sleeping disorder            | 69.1                         | 20.4                          |
| Other infection of skin/subcutis/erysipelas | 69.1                         | 9.7                           |
| Medication/prescription/injection           | 67.9                         | 23.0                          |

*All diagnoses shown are significantly more frequently diagnosed in people with intellectual disabilities,  $\chi^2$  test,  $P < 0.001$ . ICPC = International Classification of Primary Care.*

*ID = intellectual disability.*

# Rischio Malattia Mentale x 3-5 vv vs popolazione a sviluppo tipico

## BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2014). *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).
- Cooper, S.-A., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prevalence and associated factors. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 27–35.
- Emerson, E., & Hatton, C. (2014). *Mental health of children and adolescents with intellectual disabilities*. Cambridge University Press.
- Fletcher, R. J., Loschen, E., Stavrakaki, C., & First, M. B. (Eds.). (2007). *Diagnostic manual—Intellectual disability: A clinical guide for diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability (DM-ID)*. NADD Press.
- Hollocks, M. J., Lerh, J. W., Magiati, I., Meiser-Stedman, R., & Brugha, T. S. (2019). Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(4), 559–572.
- Lai, M.-C., Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *The Lancet*, 383(9920), 896–910.
- Matson, J. L., & Shoemaker, M. (2009). Psychopathology and intellectual disability: DSM-IV diagnosis in persons with comorbid autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 30(5), 1107–1114.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2012–2021). *Guidelines on autism and learning disabilities*.
- Reid, S. M., Kronk, R., Reddihough, D. S., & Leonard, H. (2011). Mental health disorders in children with intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(5), 367–371.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921–929.
- Trollor, J. N., Eagleson, C., Turner, B., Salomon, C., & Greenberg, D. (2019). Mental health in autism and intellectual disability: Implications for research and clinical practice. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(7), 593–594.
- Trollor, J. N., Srasuebku, P., Xu, H., & Howlett, S. (2014). Cause of death and potentially avoidable deaths in Australian adults with intellectual disability: A retrospective population-based study. *BMJ Open*, 4(2), e004490.
- Volkmar, F. R., Rogers, S. J., Paul, R., & Pelphrey, K. A. (Eds.). (2014). *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (4th ed.). Wiley.
- Whitaker, S., & Read, S. (2006). The prevalence of psychiatric disorders in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(11), 795–806.
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th ed.).



## **“Challenging Behaviour”**

Il termine, ripreso e impiegato anche dalla T.A.S.H. (l'associazione per le persone con handicap severo) si riferisce a quei comportamenti che generano problemi o difficoltà ai servizi oltre a connotare comportamenti individuali pericolosi per la salvaguardia della salute e della sicurezza psicofisica del paziente e di altre persone.

(Emerson et al., 1987)

# Challenging Behaviors (CBs) e DNS

- 30-40% soggetti con gravi D.I. mostrano:
  - ✓ Aggressione verso altri
  - ✓ Autolesionismo (Self-Injurious Behavior - SIB)
  - ✓ Distruzione di oggetti
  - ✓ Urla
- Forte associazione (signif. stat.) con:
  - ✓ Livello di limitazioni intellettive e adattive
  - ✓ Disturbi genetici
  - ✓ Patologie dello spettro autistico
- CB possono essere cronici e resistenti all'intervento (84% persistono oltre 20 anni)
- Costi umani ed economici ingenti:
  - ✓ Dolore, disagio
  - ✓ Stress personale, familiare e incidenza lavorativa
  - ✓ Criticità relazionali
  - ✓ Uso di farmaci
  - ✓ Riduzione della Qualità di vita dell'intero ecosistema
  - ✓ Fallimenti progettuali e degli interventi
- Costi materiali che ne derivano per lo più sottostimati
- Mancanza di interventi "clinici" mirati (2% psicologici, 40% farmacologici)



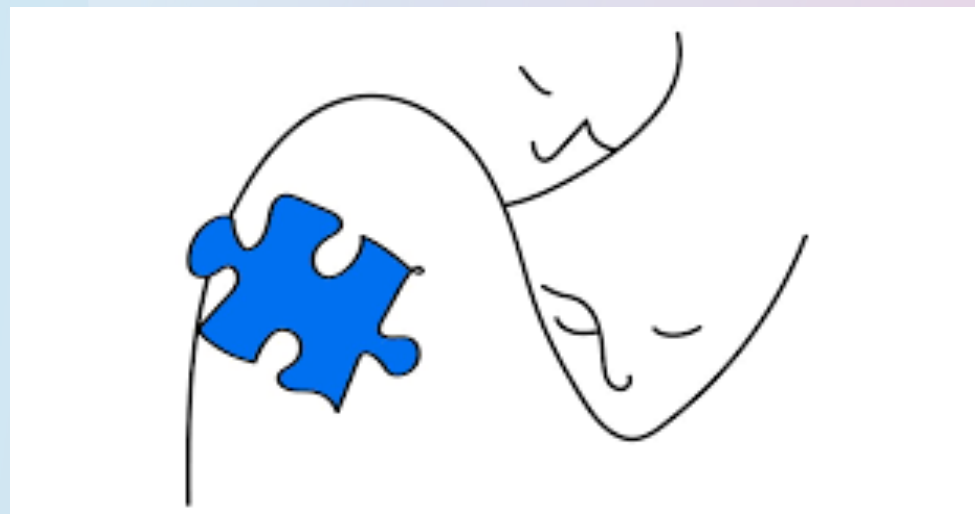
# Psicofarmaci in PcD e PcA

(Deb & Unwin JIDR, Jan 2015)



- ✓ Elevate prescrizioni
- ✓ Prevalenza prescrittiva per Aps
- ✓ Scarsa aderenza alle LG
- ✓ Difficoltà diagnostiche
- ✓ Maggior sensibilità agli effetti collaterali
- ✓ Maggior comorbidità medica
- ✓ Assenza/Carenza di esiti funzionali - indicatori QdV/Validità Sociale
- ✓ Carenti le revisioni periodiche
- ✓ Mancanza di Consenso Informato
- ✓ Prescrizioni «off label»

# Tipologia Utente: età sempre più giovane (16-18aa)





# Rischi



medicalizzazione

Controllo Reattivo  
Comportamento Problematico







# Il cambiamento 2005

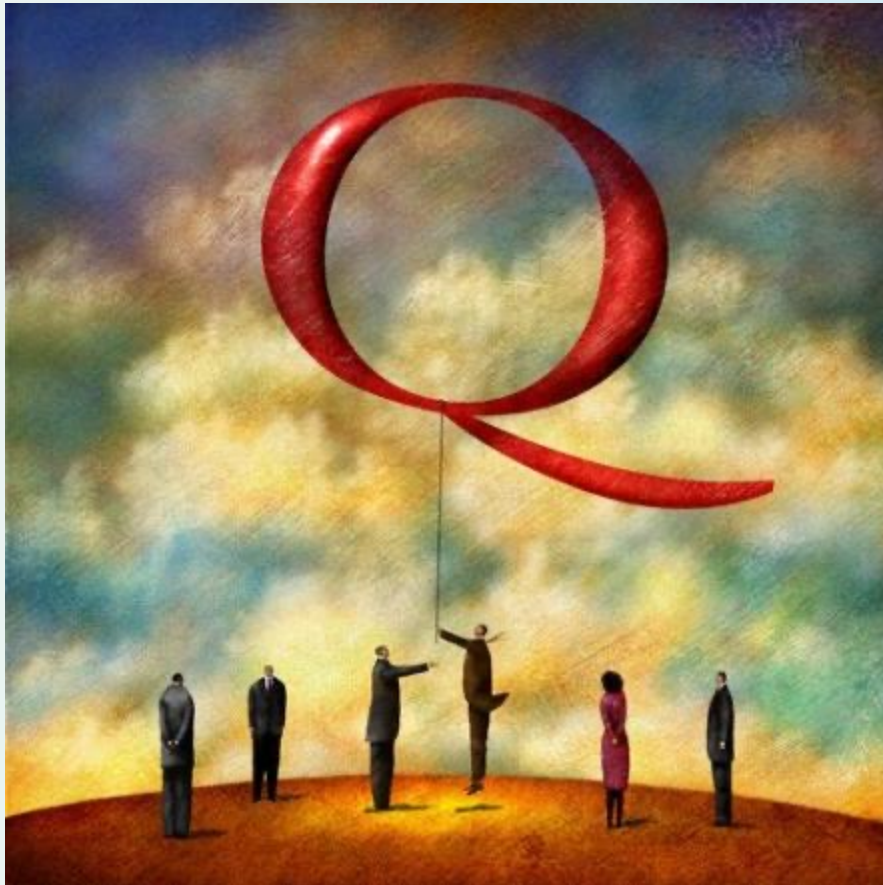


# QdV: orienta gli ecosistemi e gli interventi (sostegni)





# QdV e DNS



I modelli di QdV sono paradigmi di riferimento per progettare e organizzare interventi di qualità per le PcD e per le PcA.

Negli studi presenti in letteratura è infrequente trovare traccia di esiti misurabili con indicatori di QdV per valutare l'efficacia

(R. Schalock, 2004)

# Quality of Life Assessment Framework R SCHALOCK 2007

| <u>QOL Factor</u>                                | <u>QOL Domain</u>                   | <u>Exemplary QOL Indicators</u>  |
|--|-------------------------------------|--|
| <b>Independence</b>                              | Personal Development                | Personal Skills<br>(e.g. Adaptive Behavior) ADLs / IADLs                     |
|  | Material Well-Being                 | Income<br>Professions  |
|  | Self-Determination                  | Choices/Decisions<br>Autonomy/Control  |
| <b>Social Inclusion/<br/>Civic Participation</b> | Interpersonal Relations             | Social Networks<br>Friendships<br>Social Activities                          |
|  | Social Inclusion                    | Involvement in Community<br>Community Roles<br>(e.g. Volunteer)              |
| <b>Well-Being</b>                                | <u>Emotional Well-Being</u>         | Safety and Security<br>Protection from Abuse<br>Positive Experiences/Success |
|  | <u>Physical-Psychol. Well-Being</u> | Health Status<br>Nutritional Status<br>Recreation/Physical Exertion          |
|  | <u>Rights</u>                       | Equal Opportunities<br>Respectful Treatment<br>Legal Access and Due Process  |



# L'orientamento

**VALORI**



RISCHIO

# Oltrepassare le differenze: il paradigma della QdV



# Mission



# Vision





# Utenza e Bisogni

## BISOGNI PSICOLOGICI INNATI (S. Hayes):

1. Competenza
2. Importanza, direzione, senso
3. Appartenenza
4. Comprensione e coerenza
5. Sentire e provare
6. Orientamento

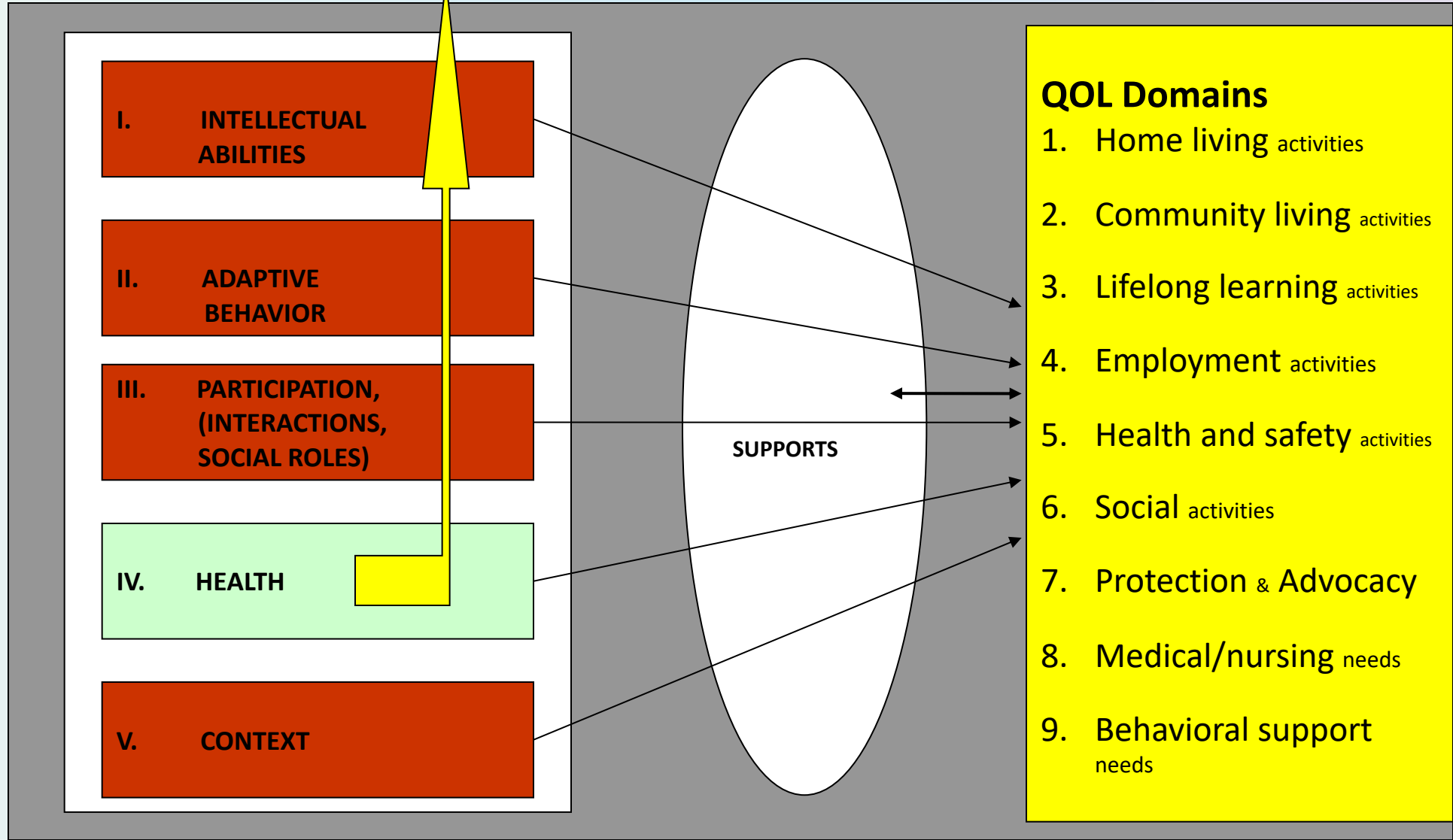




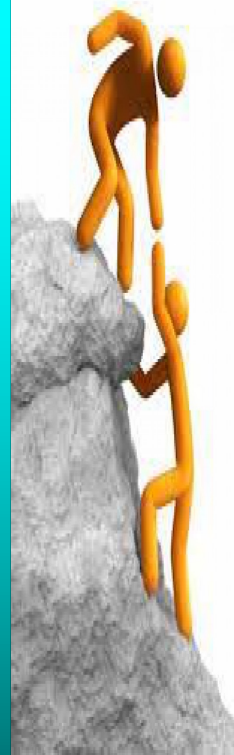
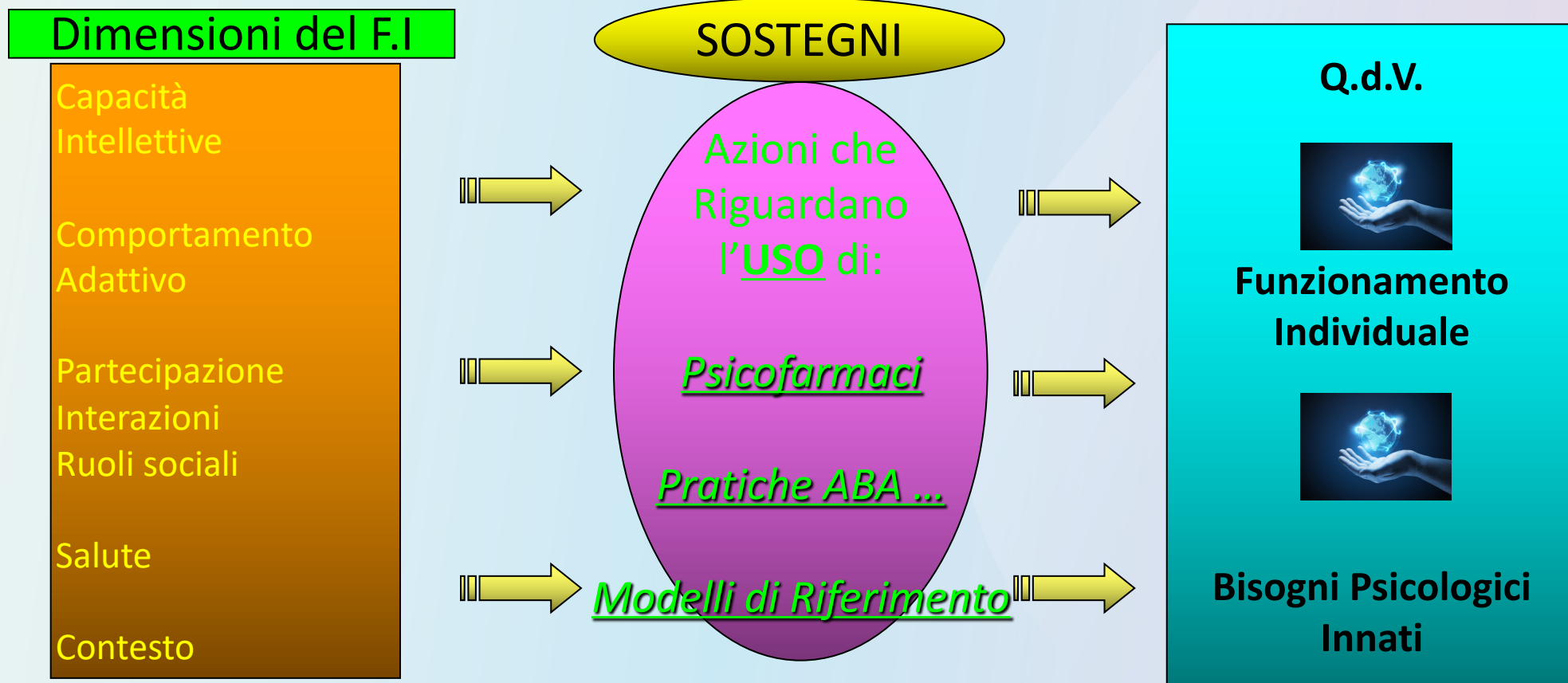
# Shift from Clinical to QoL Approach

(AAIDD, 2005, 2010; Schalock et al. 2007; Volkmar, 1999; Sevin, 2001)

Clinical Outcomes → Functional Outcomes → QOL Outcomes



## Modello teorico della Disabilità Intellettiva AAIDD XI Ediz + QdV + Bisogni Psicologici Innati



# Multi-Professionalità





# Coordinamento





# Formazione Continua





# Strumenti-Tecnologie



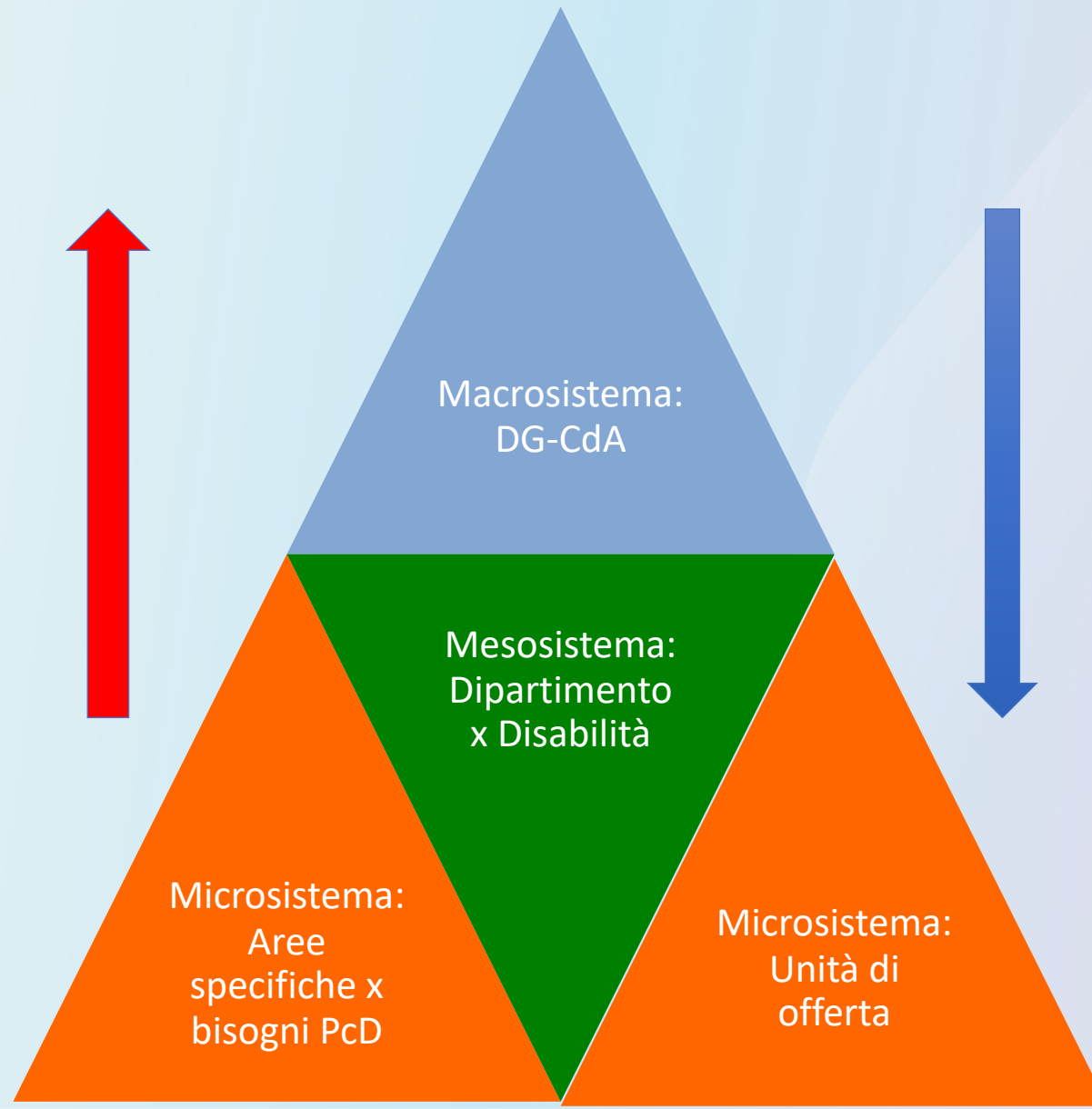
Anal Funzionale  
Valutaz preferenze  
Indic Felicità  
Saniporto  
Carta salute  
FSS  
LG  
Procolli spec.

# Approccio Integrato-Coordinato

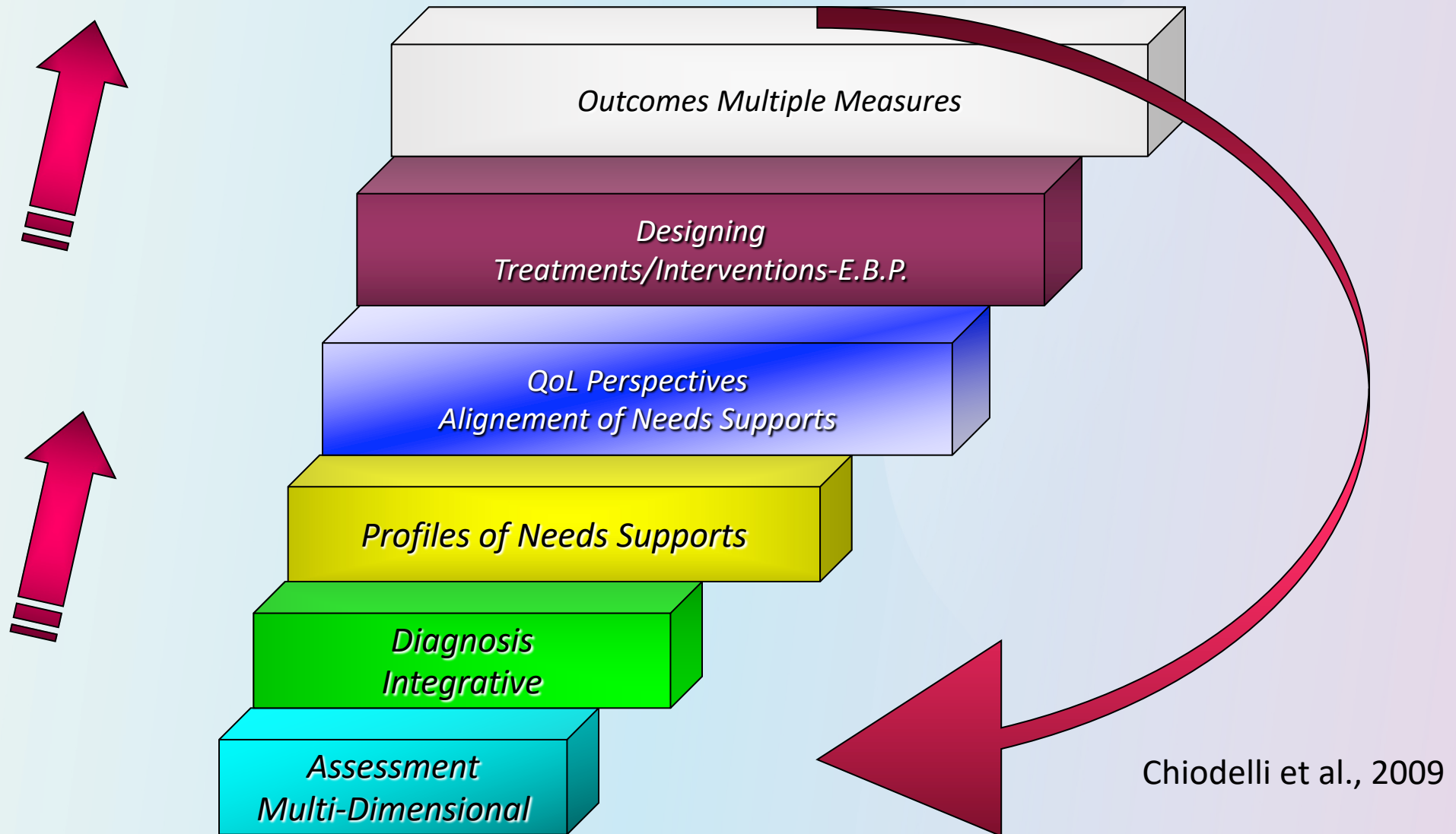


Rischio/Danno  
Qdv  
Fare Scelte

# Coordinamento e livelli organizzativi



# "CARE PROCESS"





# Approccio Scientifico





# Processi governati dai dati

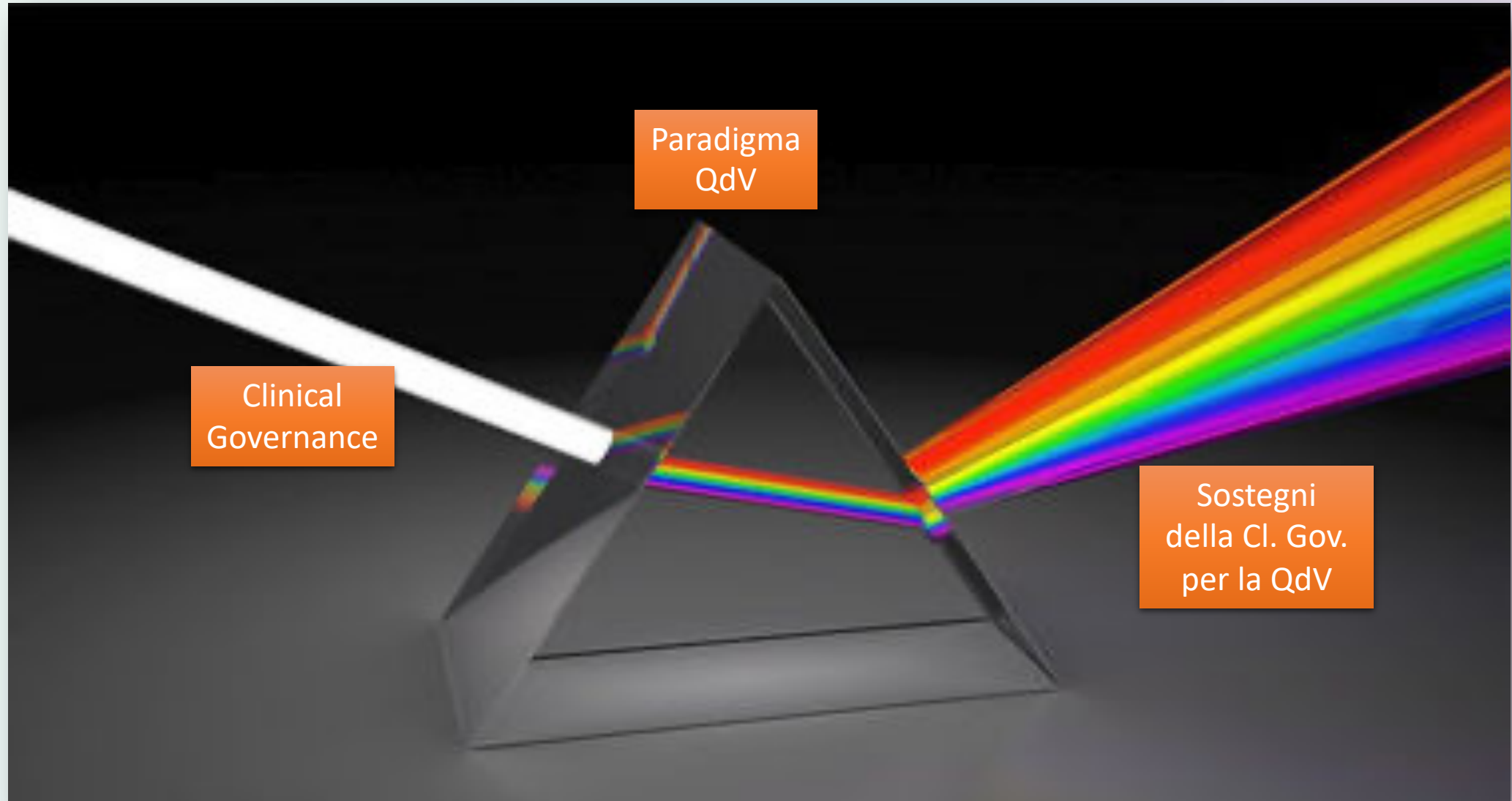
## Evolution of the Data-Driven Company



# Interventi basati sulle prove



# Paradigma di riferimento



# Salute e Modelli Sanitari



- Dal Modello + Ospedaliero

AL

- Modello Ambulatoriale

la casa, la comunità alloggio





# Salute e Modelli Sanitari Infermieristici: infermiere di comunità

- Modello Bifocale

(Carpenito et al., 1983)

Strumenti: Saniporto e Carta salute

- Modello NANDA I (N.N.N.)

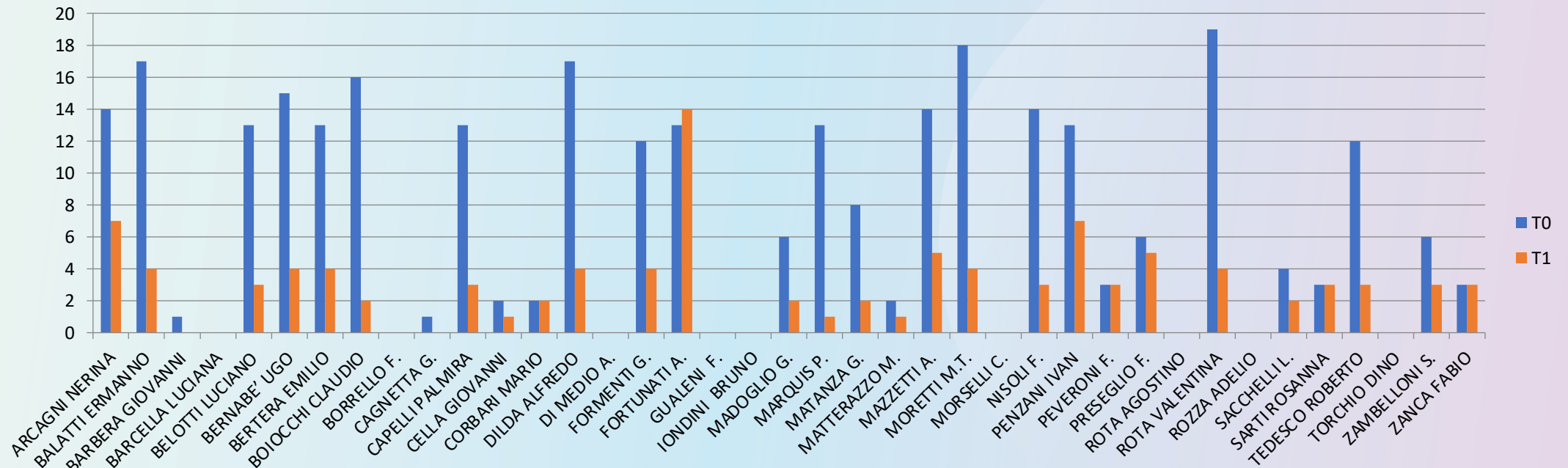
**NANDA** International, fino al 2002 nota come North American Nursing  
Diagnosis **Association**

# N° Richieste sanitarie mensili x PcD

## Legenda:

T0 Prima dell'ambulatorio

T1 Dopo l'ambulatorio



## Screening Tests for Adults with Intellectual Disabilities

Joanne E. Wilkinson, MD, MSc, Larry Culpepper, MD, MPH, and Mary Cerreto, PhD

**Table 4. Screening Recommendations for Adults with ID Based on Current Evidence**

| Screening                 | USPSTF Guideline for All Adults in the US   | USPTF SOR | Evidence-Based Recommendation for Adults with ID   | SORT |
|---------------------------|---|-----------|--|------|
| Obesity/body mass index   | Yearly body mass index measurement and counselling for obese patients                           | B         | At least yearly measurement; individualized counselling  | B    |
| Cholesterol/lipid         | Yearly screening for men over age 35 and women over age 45 if average risk (earlier if at risk) | A         | Be alert to higher incidence of risk factors in this group*  | C    |
| Diabetes                  | Yearly glucose screening if hypertensive or has hyperlipidemia*                                 | B         | Same as for cholesterol/lipid ; note increased prevalence of risk  | I    |
| Hypertension              | Yearly blood pressure measurement for adults $\geq 18$ years of age                             | A         | Same as for diabetes   | C    |
| Tobacco/smoking cessation | Regular counselling for all smokers (at least yearly)   | A         | Same as diabetes; individualized counselling   | I    |
| Colon cancer              | Fecal occult blood screening $\pm$ scope yearly after age 50                                    | A         | Same as diabetes; may combine with other tests while patient is under sedation                                 | B    |
| Breast cancer (women)     | Mammogram every 1–2 years after age 39  | B         | Same   | C    |
| Cervical cancer (women)   | Pap smear yearly if sexually active   | A         | Pap individualized to patient's risk factors (generally can be done less often)                                | B    |
| Prostate cancer           | Insufficient evidence to recommend  | I         | Same as for cervical cancer  | I    |
| Skin cancer               | Insufficient evidence to recommend  | I         | Same as for cervical cancer (probably less prevalent)  | I    |
| Osteoporosis              | Bone densitometry   | B         | Yearly screening beginning at age 40 for institutionalized patients and age 45 for community-dwelling patients | B    |
| Vision and hearing†       | Yearly in all adults  |           | At least yearly; modified/individualize methods  | B    |
| Mental health             | Regular screening for depression/mood disorders   | B         | Yearly with attention to physical symptoms of mood disorders   | C    |

\* Risk factors for CAD that would prompt earlier lipid measurement: hypertension, obesity, inactivity, family history of CAD, known diabetes or lipid disorder, cigarette smoking.

† Vision and hearing SOR is being updated based on availability of new research (2 to 28 to 07).

USPSTF, United States Preventive Services Task Force; SOR, strength of recommendation (as designated by the USPSTF for the general population); ID, intellectual disabilities; SORT = strength of recommendation taxonomy.

LINEE GUIDA DEGLI INTERVENTI DI PREVENZIONE (PRIMARIA) E DI  
MONITORAGGIO DELLA SALUTE (FISICA E MENTALE) IN PERSONE  
ADULTE CON DISABILITA' INTELLETTIVA

Pag. 1

Validato da: Dr.ssa MICHELA UBERTI e Dr. GIUSEPPE CHIODELLI

**LINEE GUIDA DEGLI INTERVENTI  
DI SCREENING E DI PREVENZIONE  
DELLA SALUTE ( FISICA E MENTALE ) IN PERSONE ADULTE  
CON DISABILITA' INTELLETTIVA**

PRIMA STESURA: 8 AGOSTO 2014

da

Dirigente Medico Dipartimento Disabili

Dr. ssa UBERTI MICHELA.....

Mese di Agosto 2014

da

Direttore Equipe Medica Dip. Disabili Dr. Giuseppe CHIODELLI.....

Dirigente medico Dr. ssa UBERTI MICHELA .....

Mese di Agosto 2014

59

Direttore Dipartimento Disabili Dr. Serafino CORTI.....

EQUIPE MEDICA DIPERTIMENTO DISABILI

Dr.ssa CAPELLINI Rosalina.....

Dr.ssa GALLI Maria Laura.....

da

da

Datore di Lavoro

**IL DIRETTORE GENERALE**

Dott. Giorgio LANDI

il

8 agosto 2014

**Distribuzione:**

\_\_\_\_\_ copia in distribuzione controllata

\_\_\_\_\_ copia in distribuzione non controllata





Evitare la Babele dei Linguaggi!!!

**CIRS come Strumento di:**

- ① Sintesi delle valutazioni mediche
- ① 2) Comunicazione facilitata delle informazioni mediche

# C.I.R.S.

(CIRS): Cumulative Illness Rating Scale

| Item   | A | B | C | D | E |
|--|---|---|---|---|---|
| Patologie cardiache (solo cuore)   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Iipertensione (grado di severità)  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Patologie vascolari (sangue,vasi,midollo, milza, stazioni linfatiche)                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea)                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Patologie di occhio, orecchio, naso, gola, laringe                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Patologie gastro-intestinali superiori (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Patologie gastro-intestinali inferiori (intestino, ernie)                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Patologie del fegato   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Patologie del rene   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Patologie dei muscoli, scheletro e tegumenti   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Patologie del sistema nervoso periferico e centrale (non la demenza)                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Patologie endocrine-metaboliche (diabete, infezioni, sepsi, stati tossici)             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Patologie psichiatriche-comportamentali (demenza, depressione, ansia, agitazione, p    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

LEGENDA: 1: assente; 2: lieve; 3: moderato; 4: grave; 5: molto grave

# Assegnazione punteggio

- 1: assenza di lesione o danno fisiologico
- 2: lesione o danno fisiologico stabile, senza compromissioni del funzionamento
- 3: necessita di sostegno continuativo, crea disabilità
- 4: progredisce, perdita di una funzione (es incontinenza)
- 5: rischio per la vita, necessita di sostegno full time (24 ore), perdita di funzioni rilevanti per il funzionamento personale (cecità, paralisi motoria)

# Le sfide ... sostenere l'adesione delle PcD ai trattamenti: abbiamo reso accessibile l'ospedale e le pratiche strumentali a tutte le PcD

**Partnership** con:

- Ospedali
- Servizi specialistici medica
- Servizi dedicati (Rosa dei Venti-Cr  
Delfino-Mn  
DAMA – Bs e Mi
- Professionisti medici spec- ambulatoriali  
anche in residenza – Anestesisti..



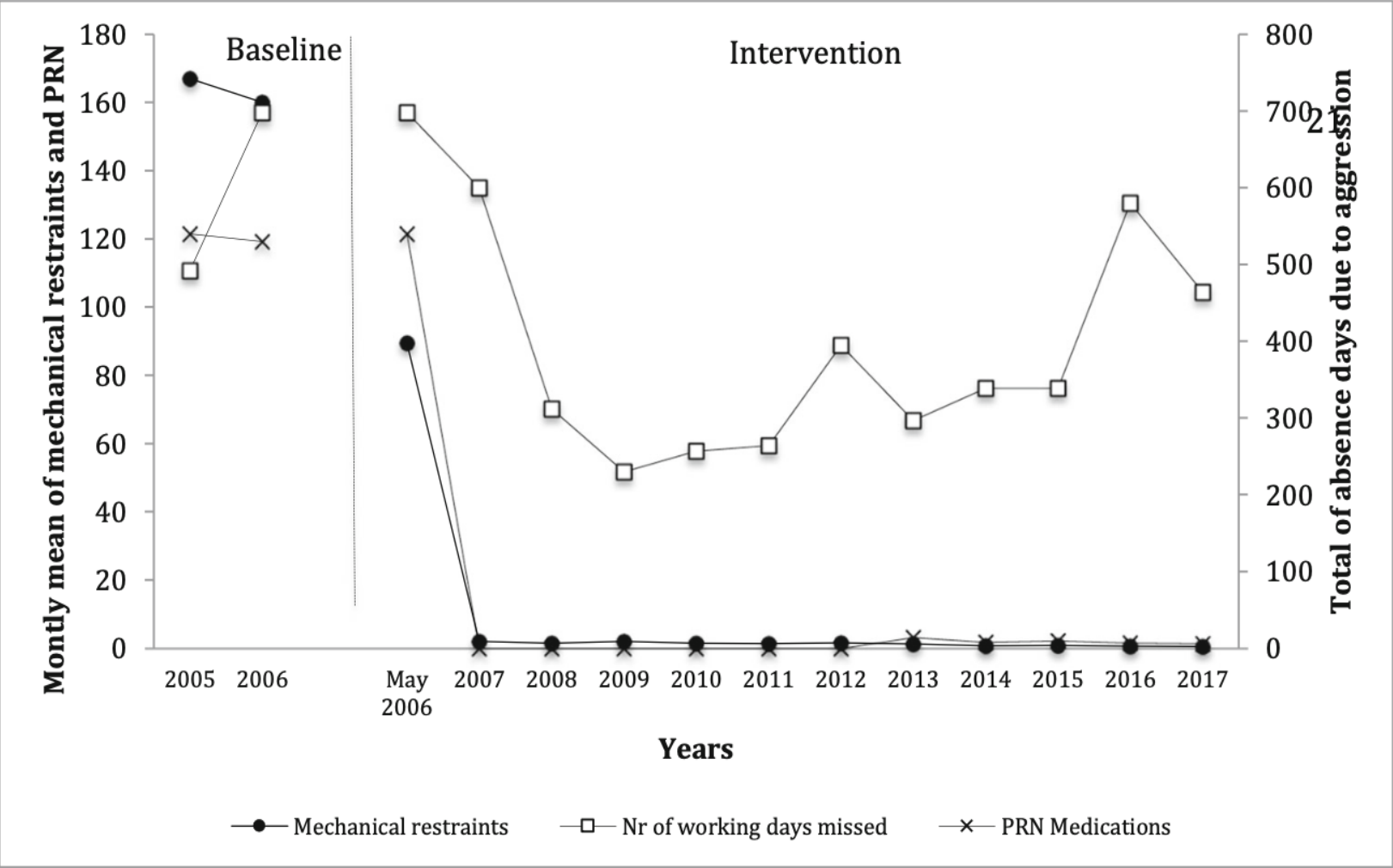


# **The Reduction of Mechanical Restraints and PRN Medication in 400 Persons with Neurodevelopmental Disorders: an Analysis of 11 Years Process in 23 Italian Residential Settings**

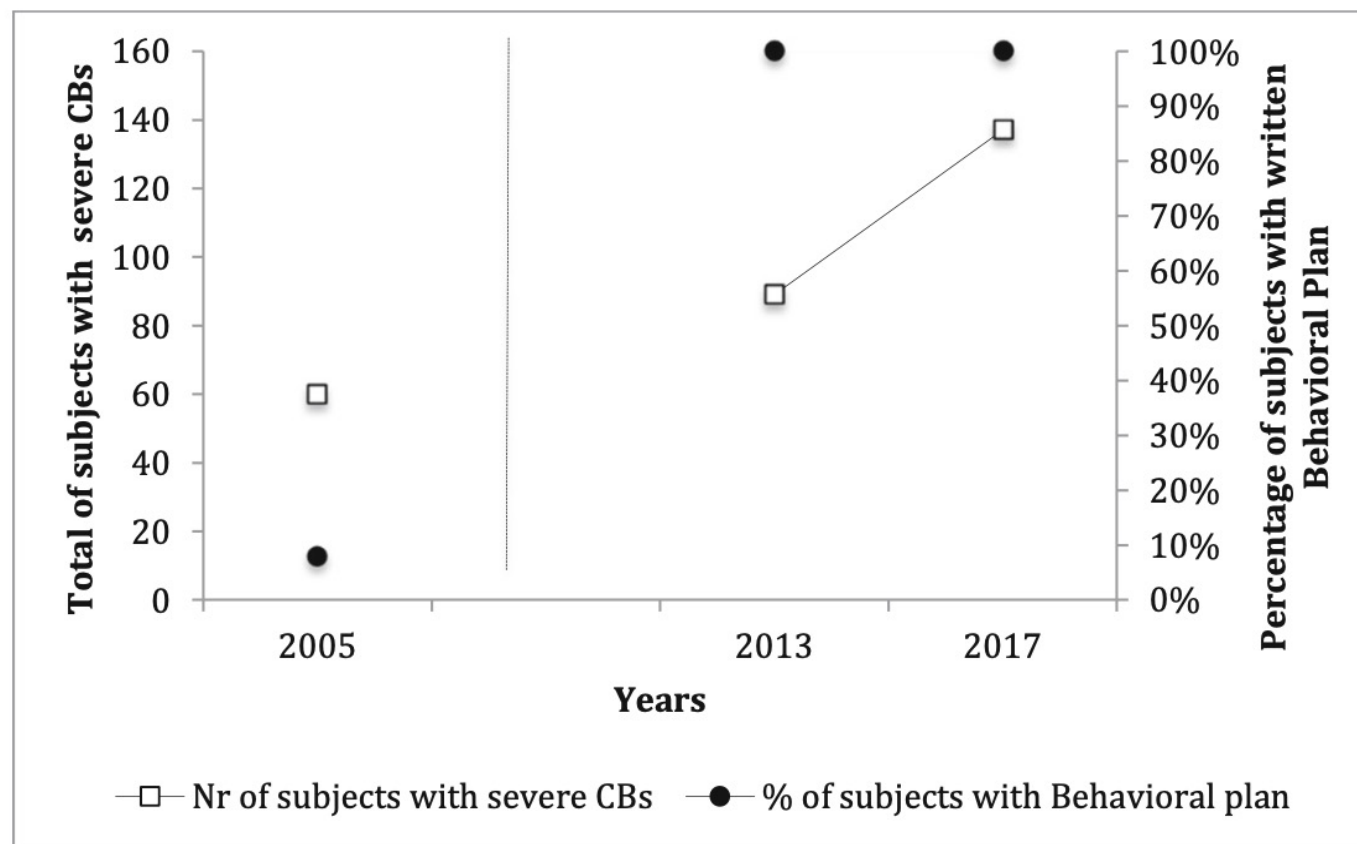
**Mauro Leoni, Roberto Cavagnola, Giuseppe Chiodelli, Serafino Corti et al.**



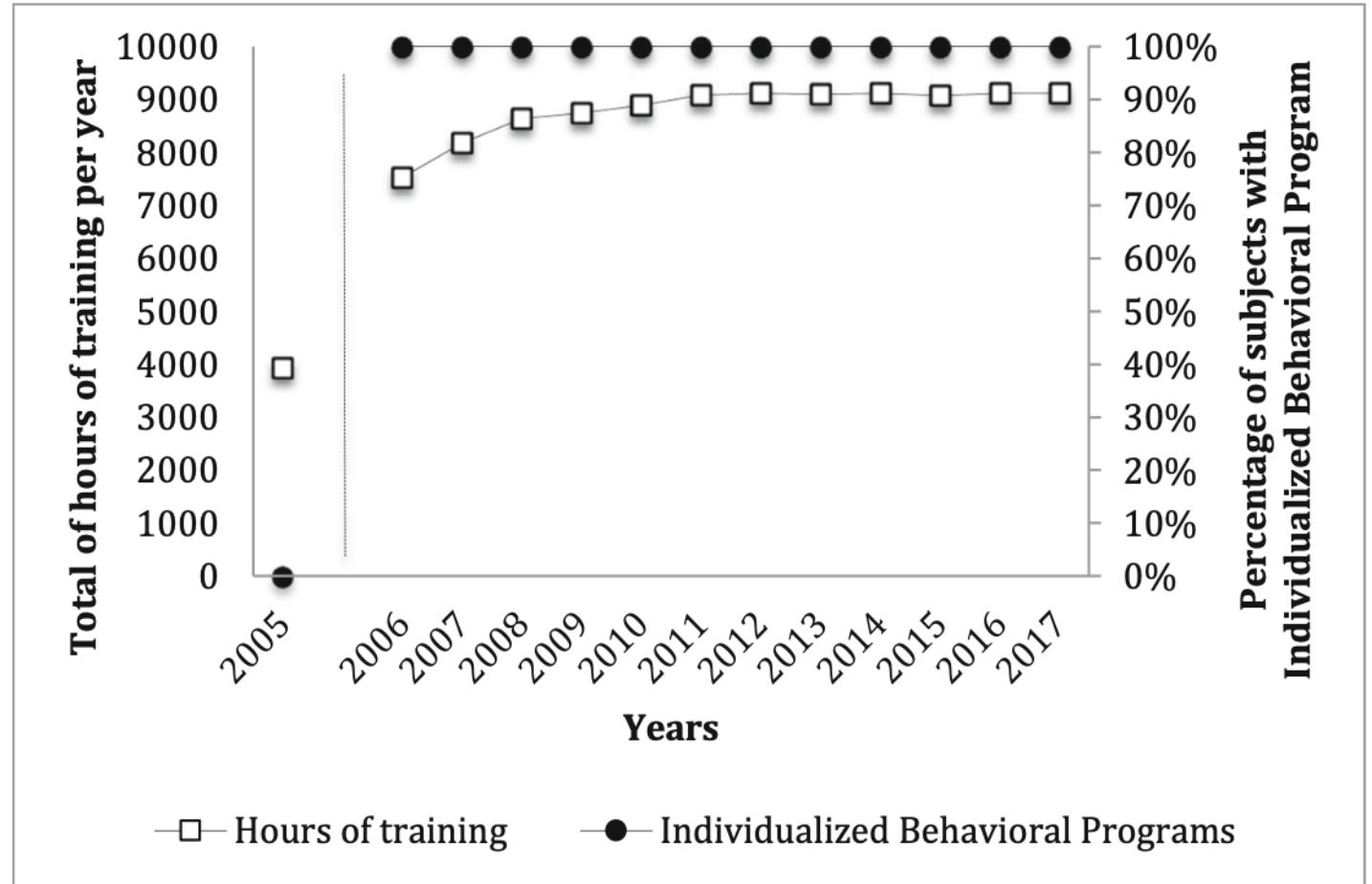
**Fig. 1** This figure displays mechanical restraint and PRN medications (mean per month), working days missed



**Fig. 2** This figure displays the number of subjects with CBs and percentage of clients with emergency behavioral plan



**Fig. 3** This figure summarizes the increase in the training offered to all staff members and the totality of the population provided with a complete behavioral program (consistent with ABA processes and procedures)



# IL NOSTRO STUDIO: «Osservazionale»





# Casi Clinici

Chiodelli Giuseppe

## Modelli concettuali e teorici di riferimento per la presa in carico delle PcD e PcA gravi

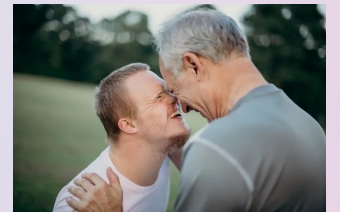
- XI° Sistema e Sostegni per le persone con DNS dell'a.a.i.d.d.
- Il paradigma della QdV (sec. il modello di R. Schalock)
- I Diritti (Libertà, Salute)
- I valori, le preferenze, i desideri, le scelte della persona che orientano la propria vita
- Le Pratiche Evidence Based (L.G. SIS., ABA, AF...)

# Altri interventi di valore

- Definito protocolli, buone prassi per la valutazione sistematica e il trattamento del dolore




- Individuato e sostenuto per ciascuna PcD un rappresentante legale



- Per le persone con percorso di fine vita per malattia, adottato protocolli per la stesura DAT e per l'accompagnamento (palliazione) nelle fasi finali della vita potenziando i sostegni ai bisogni emotivi, relazionali, spirituali.





**EQUITY**

**DIVERSITY**

**INCLUSION**



«(...bambini), impariamo («ate») a fare «facilmente» le cose difficili: dare la mano al cieco, cantare per il sordo, liberare gli schiavi che si credono liberi»



**Grazie per l'attenzione**

[giuseppe.chiodelli@fondazionesospiro.it](mailto:giuseppe.chiodelli@fondazionesospiro.it)