

# 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 TELOGICA  
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 sistematica 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  
comorbilità 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 comorbilità 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 comorbilità 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 comorbilità 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*

**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 (n = 868)	Control (n = 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., Srasuebkul, 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)



Oliver, Murphy, Corbett, (1987); Oliver, Petty, Davies, Ruddick, Bucarese-Hamilton (2009);

Bodfish, Symons, Parker, Lewis (2000); Totsika, Hastings (2009)

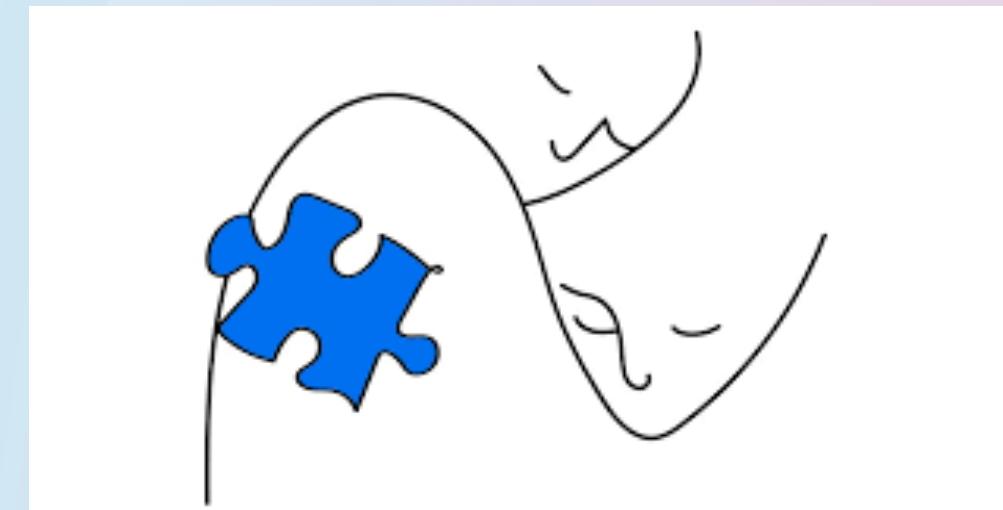
# Psicofarmaci in PcD e PcA

(Deb & Unwin JIDR, Jan 2015)



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

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



# Rischi



medicalizzazione

Controllo Reattivo  
Comportamento Problematico

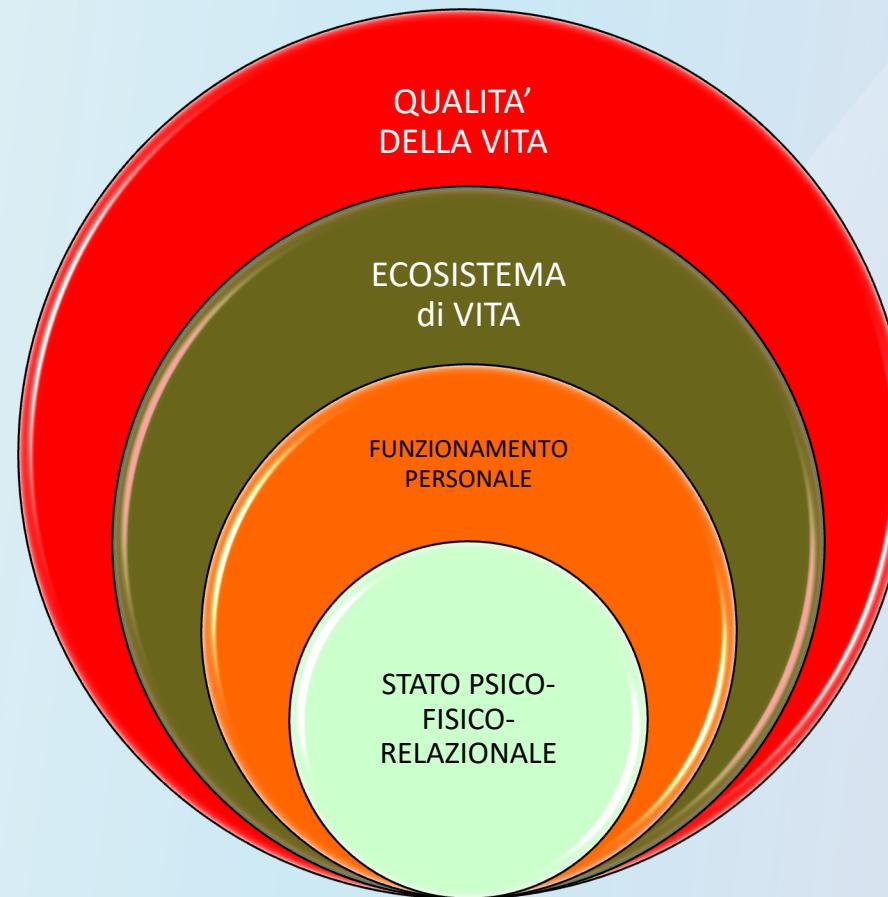




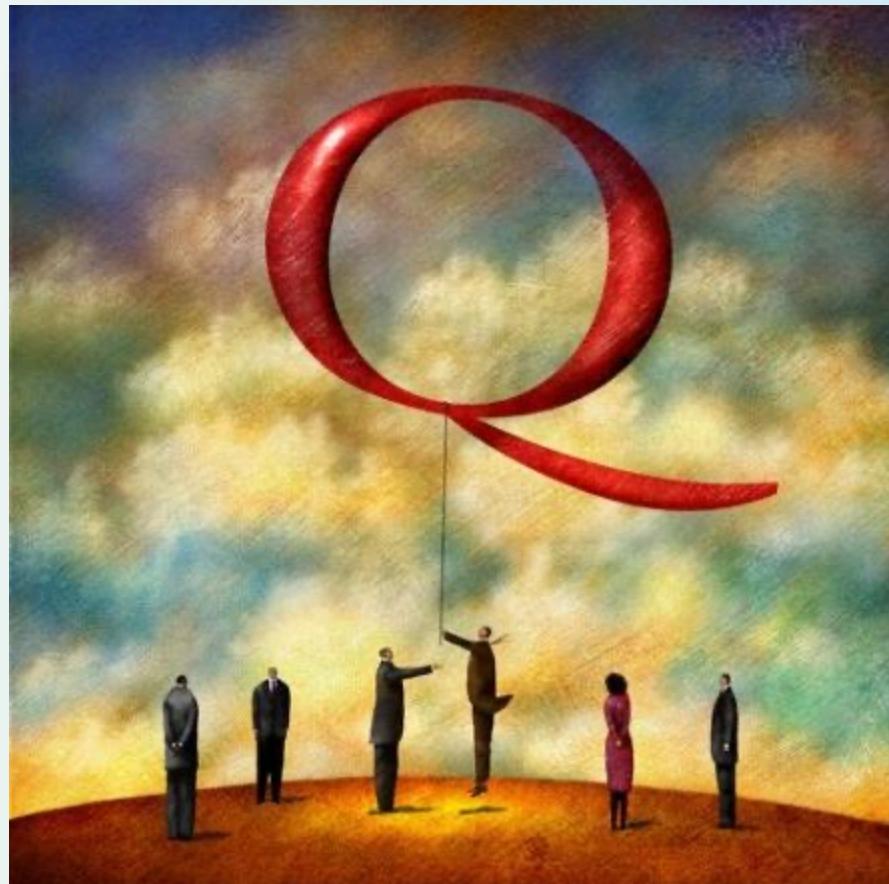
# Il cambiamento 2005



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

# L'orientamento

**VALORI**



**RISCHIO**

# Oltrepassare le differenze: il paradigma della QdV



# Mission



# Vision

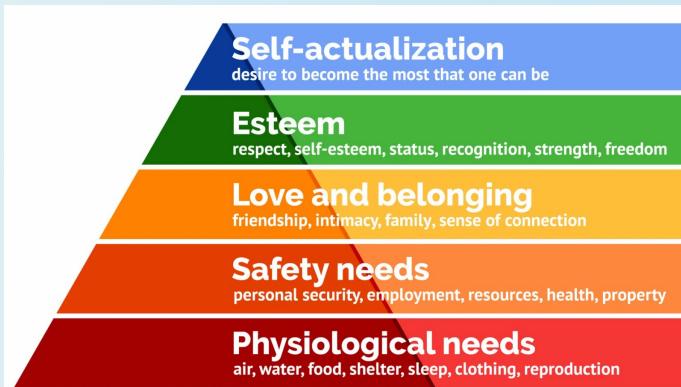


# Utenza e Bisogni



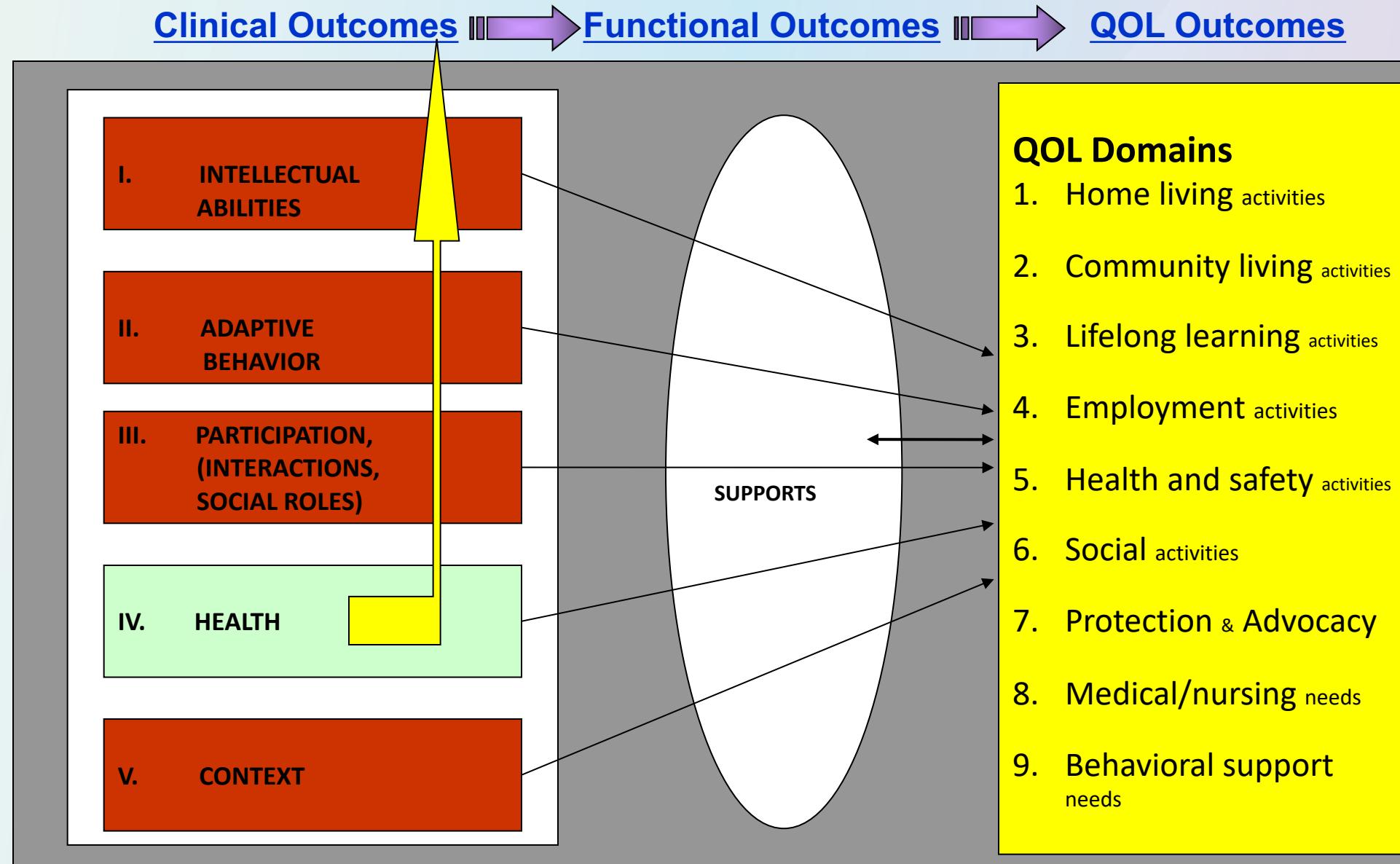
## BISOGNI PSICOLOGICI INNATI (S. Hayes):

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

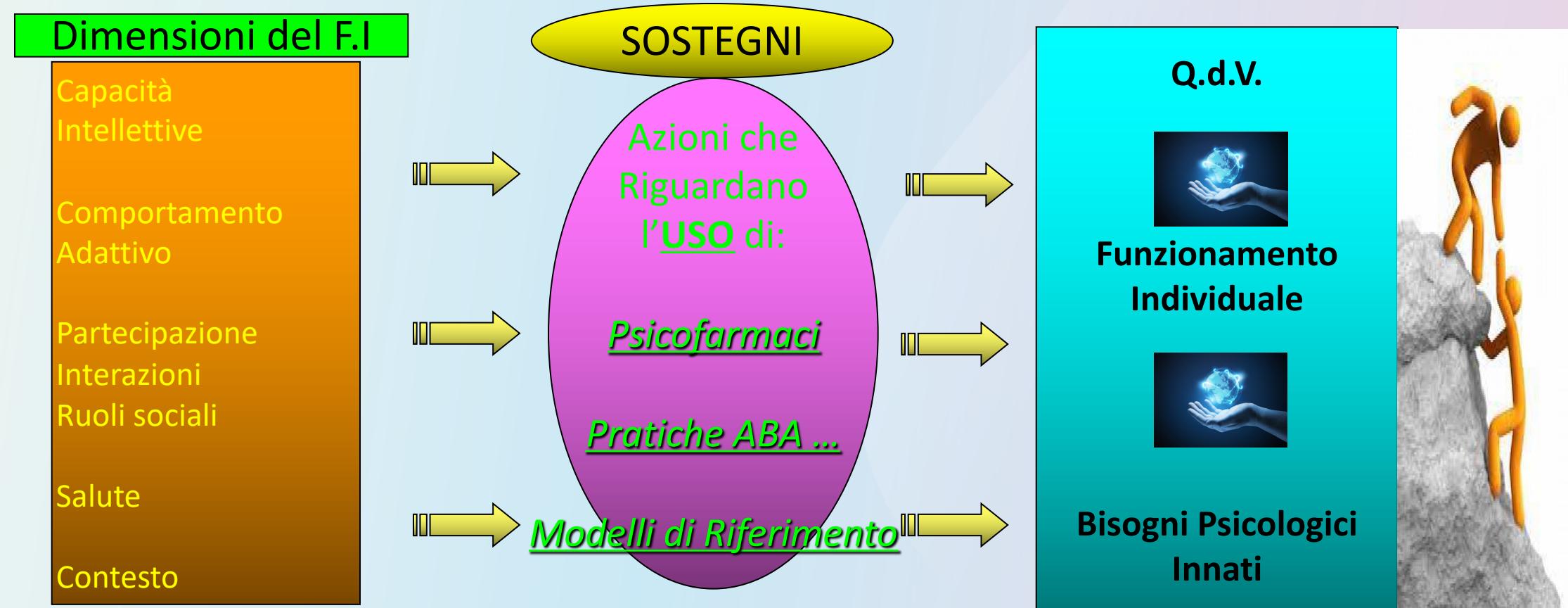


# Shift from Clinical to QoL Approach

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



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



# Multi-Professionalità



# Coordinamento



© Dario Sorrenti  
Visuals

# Formazione Continua



# Strumenti-Tecnologie



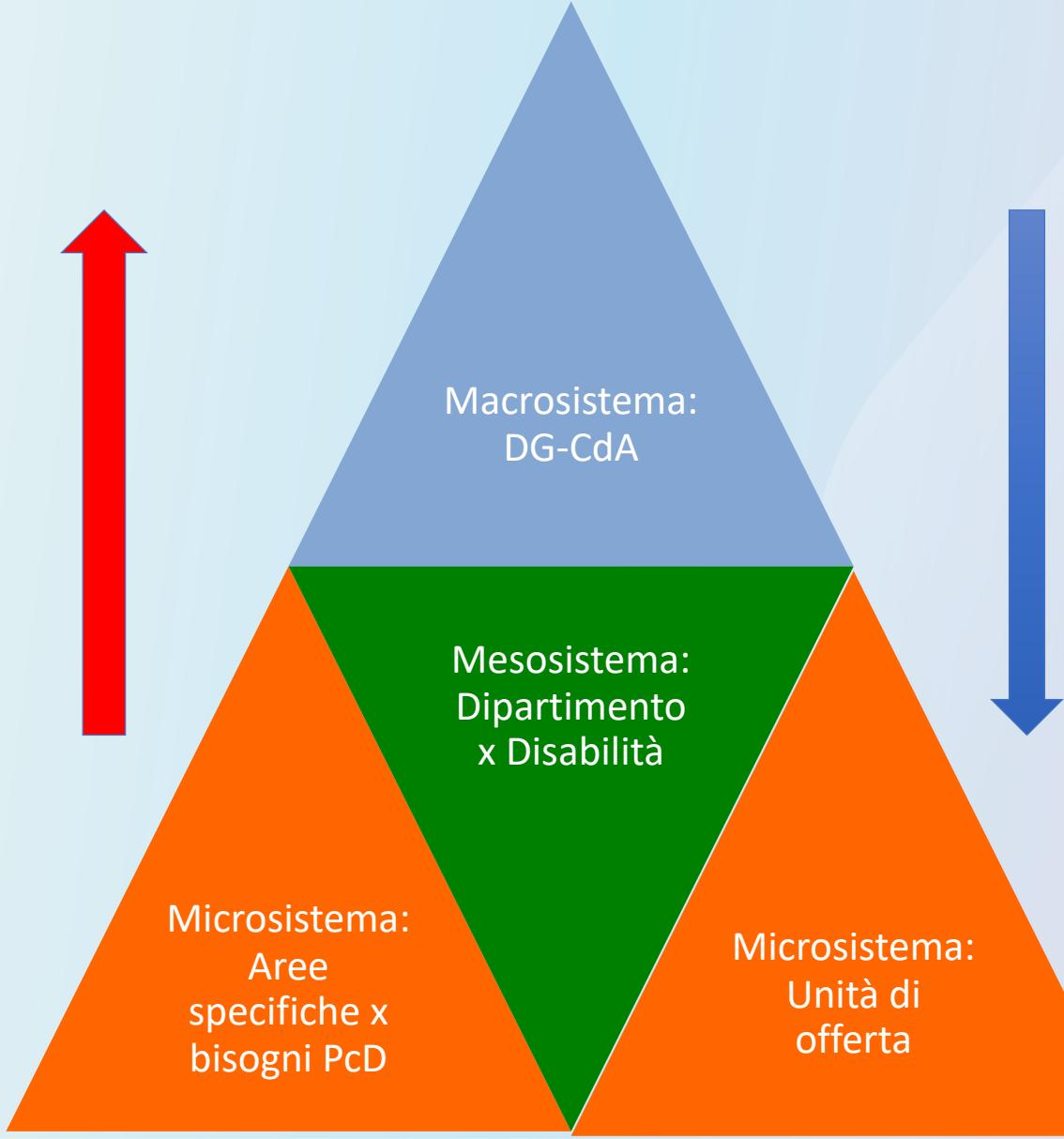
Anal Funzionale  
Valutaz preferenze  
Indic Felicità  
Saniporto  
Carta salute  
FSS  
LG  
Procolli spec.

# Approccio Integrato-Coordinatoro

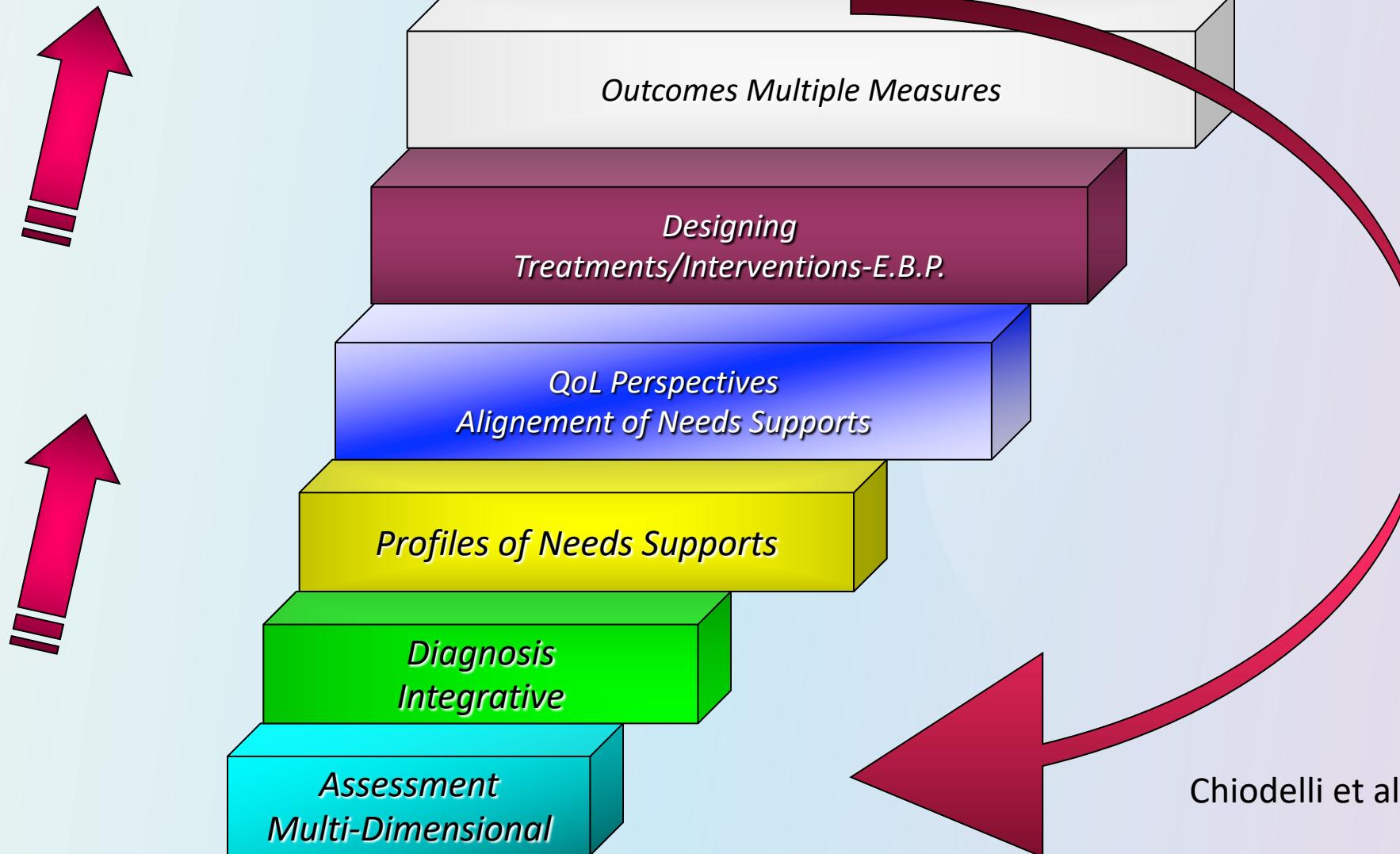


Rischio/Danno  
Qdv  
Fare Scelte

# Coordinamento e livelli organizzativi



## "CARE PROCESS"



Chiodelli et al., 2009

# Approccio Scientifico



# Processi governati dai dati

## Evolution of the Data-Driven Company

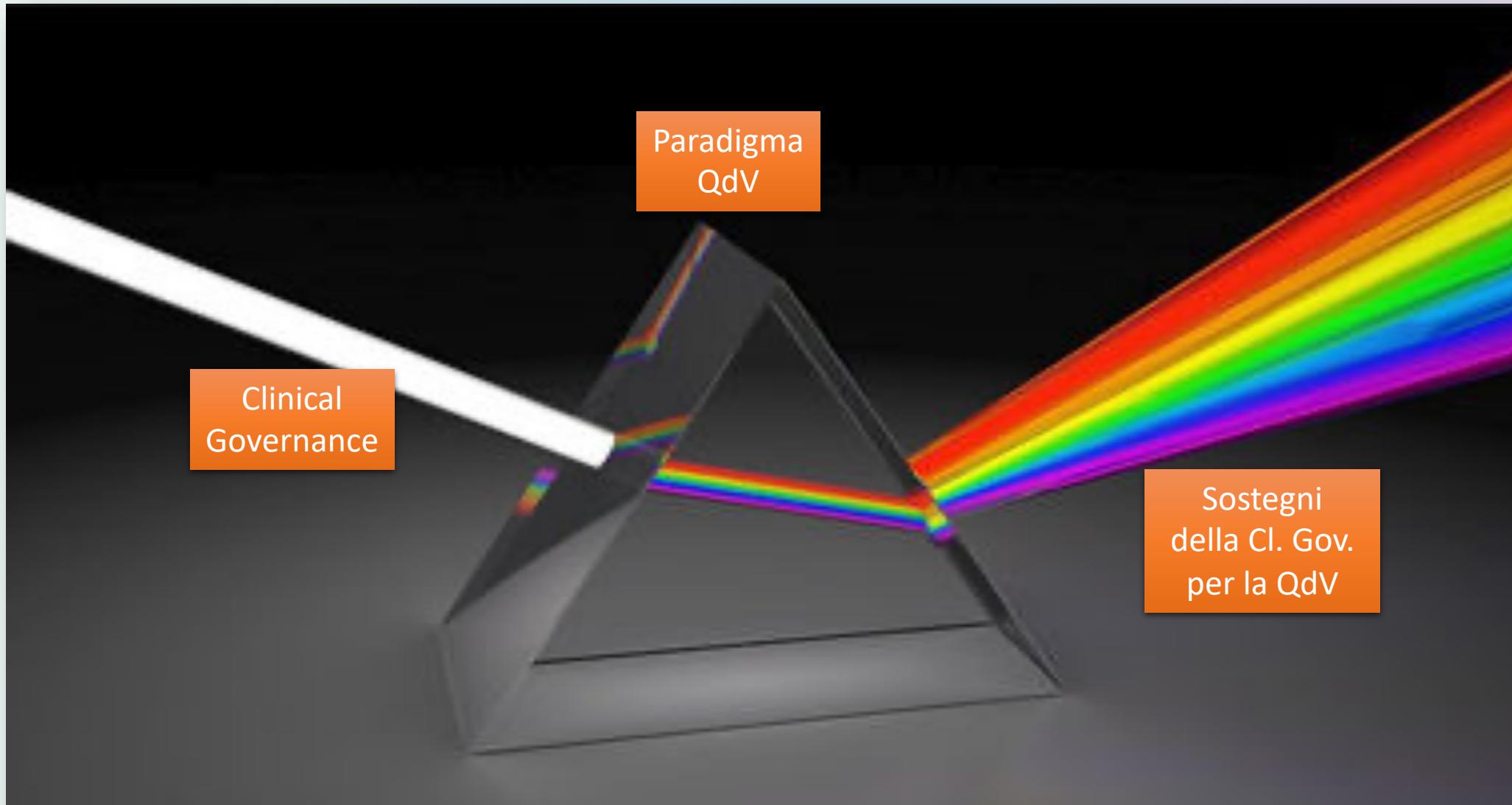


Copyright © 2016 Christopher S. Penn | @cspenn | cspenn.com

# 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)

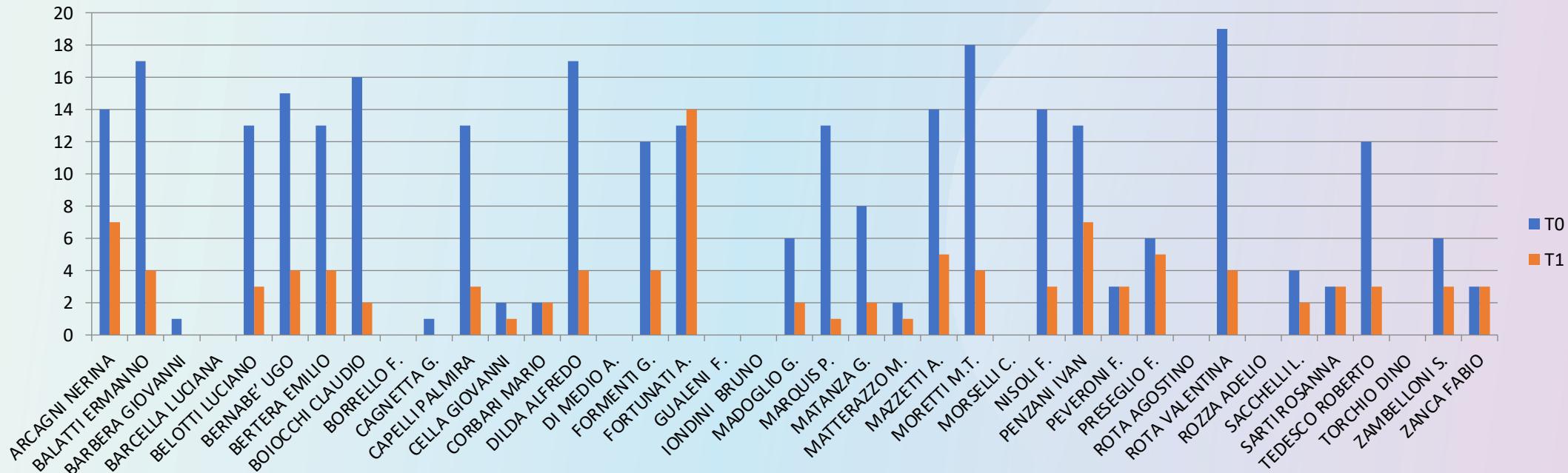
Strumenti: Saniporto e Carta salute

- 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	USPSTF 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.

 <p><b>FONDAZIONE ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO - ONLUS</b></p> <p>P.zza Libertà, 2 - 20040 Sospiro (CO) - Tel. 0372/4000 - Fax. 0372/400299 C.F. 91000000112 - P.IVA 01200000112 - Web: <a href="http://www.fondazionesospiro.it">www.fondazionesospiro.it</a> - E-mail: <a href="mailto:fondazionesospiro@fondazionesospiro.it">fondazionesospiro@fondazionesospiro.it</a></p>	<b>COD. Progressivo Aziendale:</b> Pr. DD/DD. n. 7/2014 <b>Prima Stesura:</b> 8 agosto 2014 <b>Revisione:</b> /
<b>Redatto da:</b>  <b>MICHELA UBERTI</b>	<b>LINEE GUIDA DEGLI INTERVENTI DI PREVENZIONE (PRIMARIA) E DI MONITORAGGIO DELLA SALUTE (FISICA E MENTALE) IN PERSONE ADULTE CON DISABILITÀ INTELLETTIVA</b>

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

PRIMA STESURA: 8 AGOSTO 2014			
<b>ELABORATO</b> 	da	Dirigente Medico Dipartimento Disabili Dr. ssa UBERTI MICHELA .....	
<b>Mese di Agosto 2014</b>			
<b>VALIDATO</b> 	da	Direttore Equipe Medica Dip. Disabili Dr. Giuseppe CHIODELLI..... Dirigente medico Dr. ssa UBERTI MICHELA .....	
<b>Mese di Agosto 2014</b>			
<b>CONDIVISO</b> 	con	Direttore Dipartimento Disabili Dr. Serafino CORTI..... <b>EQUIPE MEDICA DIPARTIMENTO DISABILI</b> Dr. ssa CAPELLINI Rosalina..... Dr. ssa GALLI Maria Laura..... Dr. MONTINI Giuseppe.....	
<b>APPROVATO</b> 	il		
	dal	Datore di Lavoro	IL DIRETTORE GENERALE Dott. Giorgio LANDI .....
<b>EMESSO</b>	il		
Prima Edizione		8 agosto 2014	
Distribuzione: .....			

Centro gestione documentale aziendale: U.O. FUNZIONI IGINICO SANITARIE - tel. 0372/620223 - 0372/620373 -  
email: [igienico.sanitario@fondazionesopriso.it](mailto:igienico.sanitario@fondazionesopriso.it) Documento redatto per uso di FONDAZIONE ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPISO - ONLUS  
Sono proibuite la riproduzione e/o la cessione a terzi, nonché l'utilizzo o la copia anche parziale ai non autorizzati



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
Ipertensione (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..

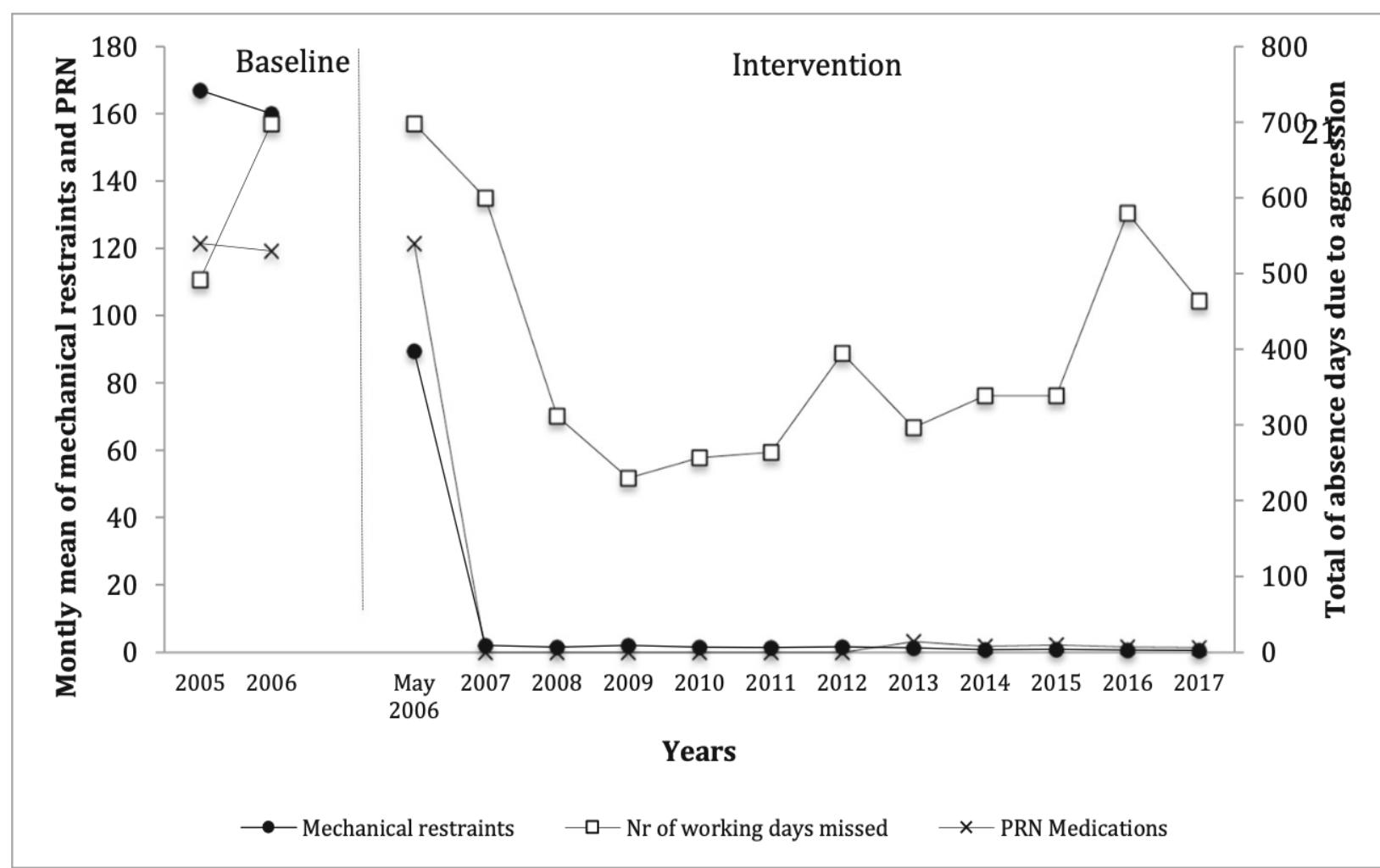




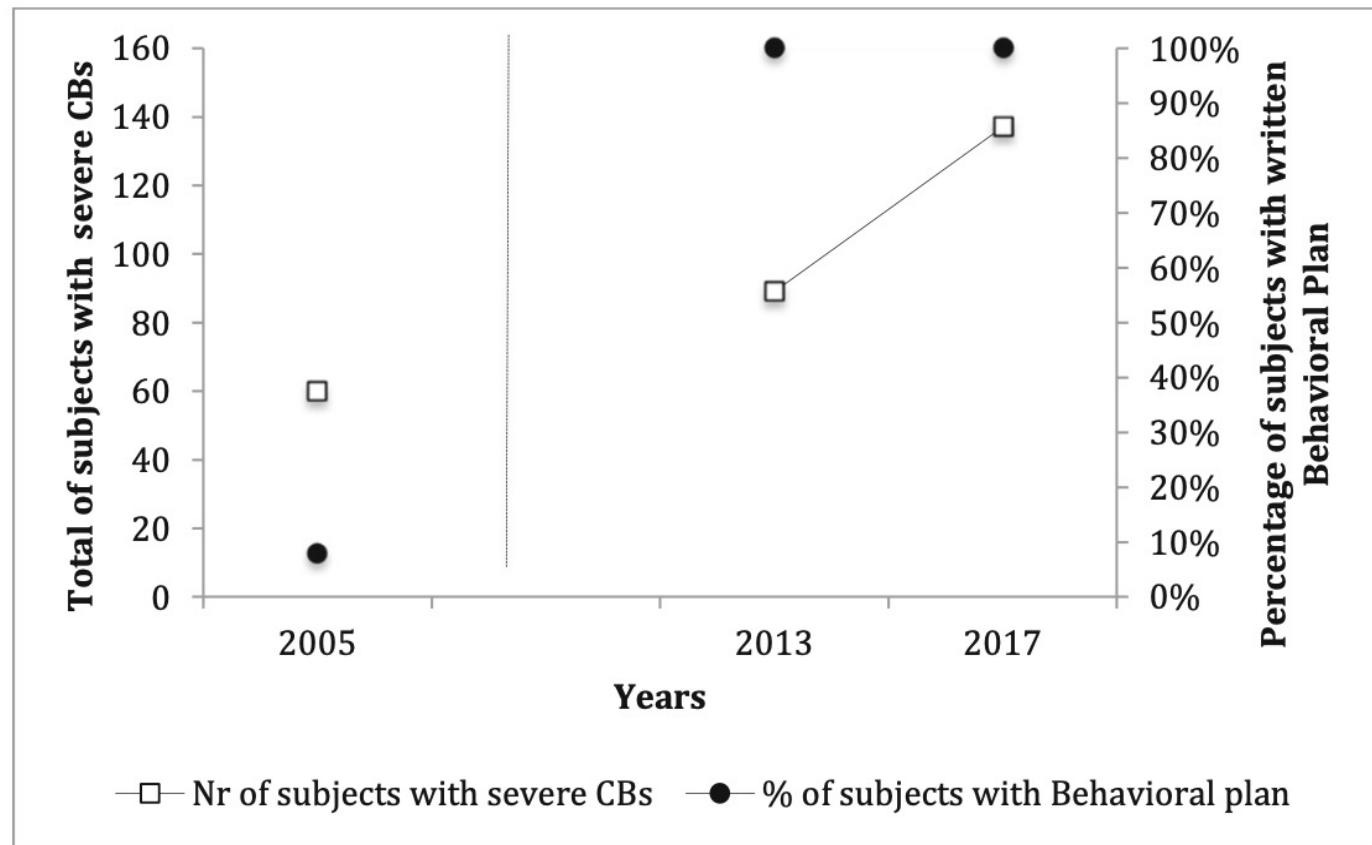
# The Reduction of Mechanical Restraints and PRN Medication in 400 Persons with Neurodevelopmental Disorders: an Analysis of 11 Years Process in 23 Italian Residential Settings

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

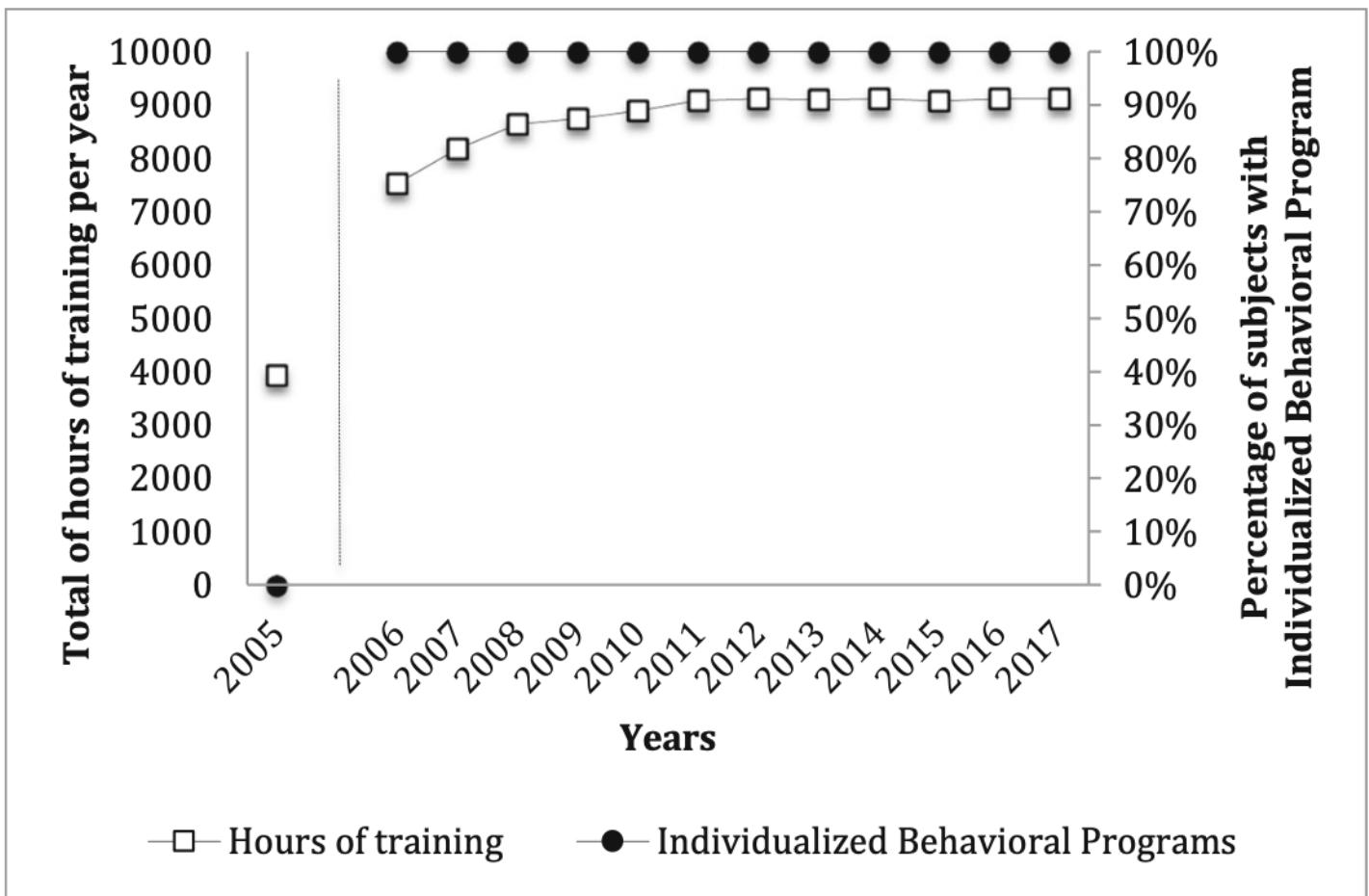
**Fig. 1** This figure displays mechanical restraint and PRN medications (mean per month), working days missed



**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.

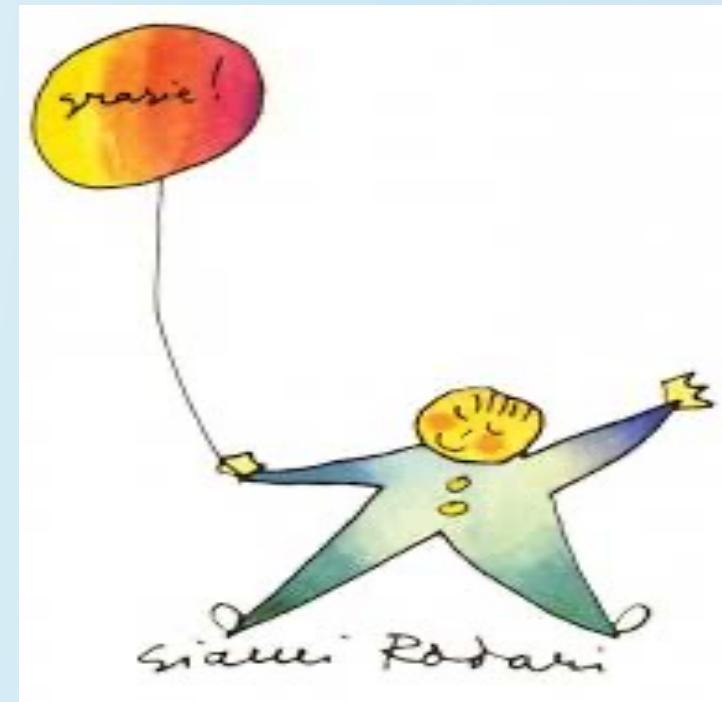


EQUITY

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)