



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA

**“ICF-Recovery come modello di accertamento dei bisogni assistenziali
dell'assistito con diagnosi di schizofrenia”**

Relatore:

Dott.ssa Elisa Tomasella

Correlatore:

Dott.ssa Loretta Sgnaolin

Laureando:

Eleonora Cocolo

Matricola n. 1204768

Anno Accademico 2022/2023

ABSTRACT

PROBLEMA: A fronte della crescita del numero dei pazienti con schizofrenia che non sviluppano o perdono le abilità personali e sociali necessarie per una vita dignitosa, emerge la necessità di interventi volti all'attivazione di tali abilità attraverso l'elaborazione di un Progetto Terapeutico Individuale (PTI) applicato mediante un accertamento mirato. La riabilitazione biopsicosociale è divenuta una disciplina basata sull'evidenza anche a seguito dell'adozione del modello concettuale proposto dalla Classificazione Internazionale del Funzionamento delle Disabilità e della Salute (ICF) che indaga principalmente le seguenti aree: l'abitare, l'occupazione, la cura di sé, le relazioni sociali.

SCOPO: Individuare, secondo il modello proposto da ICF, qual è lo strumento che permette di rappresentare una modalità unica e globale di accertamento dei bisogni dell'assistito con diagnosi di schizofrenia, tenendo conto anche delle diverse prospettive professionali di ogni figura.

CAMPIONE: Équipe assistenziale che utilizza i modelli di accertamento nel setting del Dipartimento di Centro Salute Mentale.

METODI E STRUMENTI: La ricerca è stata condotta consultando banche dati quali: PubMed, Ovid, Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Google Scholar, EBN Guidelines. I criteri di selezione utilizzati non hanno previsto restrizioni in merito al disegno di studio.

RISULTATI: In totale sono stati individuati 8 studi. Di questi sono stati inclusi 6 articoli in lingua inglese ed in modalità free full text, in quanto ritenuti idonei in relazione all'obiettivo di questa revisione bibliografica. Essi consistono in: 5 studi con tecnica Delphi (Spagna) e 1 studio di revisione bibliografica della letteratura (Italia).

CONCLUSIONI: Gli strumenti ICF-Recovery rappresentano un approccio fondamentale per l'accertamento e la valutazione del paziente con diagnosi di

schizofrenia. Essi si basano su una prospettiva olistica che considera non solo i sintomi clinici, ma anche la funzionalità del paziente nell'ambiente che lo circonda. Un aspetto significativo degli strumenti ICF-Recovery è la loro capacità di fornire un linguaggio comune tra i diversi professionisti che operano all'interno del Centro di Salute Mentale (CSM). È particolarmente rilevante in un contesto multidisciplinare, dove psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali e gli altri operatori sanitari collaborano per fornire un supporto completo ai pazienti con disturbo schizofrenico. Grazie a questa condivisione di terminologia e concetti, si facilita la comunicazione e comprensione reciproca tra i membri del team, migliorando così la qualità delle cure fornite.

Tuttavia, è essenziale sottolineare che, sebbene gli strumenti ICF-Recovery siano estremamente utili, nel contesto italiano vi è ancora la necessità di ulteriori studi per validare questi strumenti in particolare sul paziente schizofrenico, al fine di garantire massima efficacia e pertinenza nell'ambito della salute mentale.

KEY WORDS: ICF, ICF-Recovery, schizophrenia, assessment, nursing, mental health, rehabilitation.

PAROLE CHIAVE: ICF, ICF-Recovery, schizofrenia, accertamento, infermieristica, salute mentale, riabilitazione.

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	pag.1
--------------	-------

CAPITOLO I - *PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA*

1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema	pag.3
1.2 Obiettivo dello studio	pag.4
1.3 Quesiti di ricerca	pag.4

CAPITOLO II - *TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO*

2.1 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)	pag.5
2.1.1 La schizofrenia	pag.6
2.1.2 Impatto e dimensioni del disturbo	pag.8
2.1.3 Obiettivi, punti focali e attori del PDTA	pag.9
2.1.4 Criticità	pag.10
2.1.5 Percorso Diagnostico	pag.11
2.1.6 Fasi del percorso terapeutico	pag.13
2.2 ICF e ICF-Recovery	pag.16
2.2.1 Analisi delle alterazioni secondo il modello ICF-Recovery nel paziente schizofrenico	pag.24
2.3 Piano Terapeutico Individuale (PTI)	pag.27
2.3.1 La figura del Case Manager all'interno del PTI	pag.29

CAPITOLO III - *MATERIALI E METODI*

3.1 Criteri di selezione degli studi	pag.32
3.2 Strategia di ricerca per individuare gli articoli	pag.32
3.3 Selezione degli studi	pag.33
3.4 Descrizione degli studi inclusi nella revisione	pag.33
3.5 Descrizione degli studi esclusi dalla revisione	pag.38

CAPITOLO IV - *RISULTATI*

4.1 Qualità metodologica degli studi	pag.41
4.2 Confronto tra studi selezionati	pag.43

CAPITOLO V - *DISCUSSIONE*

5.1 Discussione	pag.54
5.2 Limiti dello studio	pag.55

CAPITOLO VI - *CONCLUSIONI*

6.1 Implicazioni per la pratica	pag.57
6.2 Implicazioni per la ricerca	pag.57

CAPITOLO VII - *APPENDICE*

7.1 Caratteristiche degli studi inclusi	pag.59
7.2 Caratteristiche degli studi esclusi	pag.67

BIBLIOGRAFIA	pag.69
---------------------	--------

SITOGRAFIA	pag.71
-------------------	--------

NORMATIVA	pag.72
------------------	--------

ALLEGATI	pag.73
-----------------	--------

INTRODUZIONE

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il concetto di salute è “*uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità*”. L'obiettivo delle Nuove Linee Guida dell'OMS del 2018 è “*migliorare la gestione delle condizioni di salute fisica negli adulti con gravi disturbi mentali e supportare la riduzione dei comportamenti individuali che costituiscono fattori di rischio per queste patologie*”¹.

In particolare, la schizofrenia è una malattia cronica che può progredire attraverso diverse fasi, la cui durata e le caratteristiche possono variare. Essa rappresenta un importante problema di sanità pubblica soprattutto per le disabilità che genera in età adulta. Può infatti influenzare diversi ambiti della vita quotidiana, compreso il funzionamento personale, sociale, familiare, scolastico, educativo e lavorativo. Si rende quindi necessario sviluppare un *Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale* (PDTA) per definire il miglior processo assistenziale *evidence based* in una visione olistica dello stato di salute della persona con disturbo schizofrenico.

Per l'elaborazione di un *Progetto Terapeutico Individuale* (PTI) vi è la necessità di uno strumento che valuti le difficoltà e i fattori contestuali rilevanti per il funzionamento delle persone affette da schizofrenia e faciliti il lavoro coordinato tra le diverse figure professionali coinvolte nella loro cura e la *Classificazione Internazionale del Funzionamento delle Disabilità e della Salute* (ICF) risponde a questi requisiti.

L'idea di affrontare questo argomento di tesi è nata in seguito all'esperienza di tirocinio svolta presso il Dipartimento di Centro Salute Mentale di San Donà di Piave (Azienda Ulss n.4 'Veneto Orientale'), durante la quale ho avuto l'opportunità di confrontarmi con le diverse figure professionali che lavorano in questa struttura e che partecipano all'elaborazione del PTI avvalendosi degli strumenti ICF-Recovery quali: medici psichiatri, psicologi, infermieri, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali. L'interesse principale è quello di approfondire l'ICF-

¹ *Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders*. Geneva: World Health Organization; 2018.

Recovery come modello di assistenza integrato e interdisciplinare per le persone affette da schizofrenia, in cui con esso si abbandona l'obiettivo della completa guarigione, a favore di un processo il cui scopo è il miglioramento della qualità della vita e il raggiungimento di obiettivi proporzionati alle vulnerabilità e alle risorse della persona.

1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema

La schizofrenia è una malattia mentale debilitante ad andamento spesso cronico che produce effetti devastanti su molti aspetti della vita dei pazienti, limita l'autonomia e lo svolgimento delle attività quotidiane².

La schizofrenia colpisce circa 24 milioni di persone in tutto il mondo. Circa 30.000 persone risultano affette da disturbi schizofrenici in Veneto, con una tendenza temporale in moderato incremento per i tassi di prevalenza che vanno da 5,7/1.000 nel 2014 a 6,0/1.000 nel 2018³.

L'esordio avviene nel genere maschile tra i 16 – 25 anni e nel genere femminile tra i 25 – 35 anni. I sintomi della schizofrenia sono spesso classificati come positivi e negativi⁴. Entrambe le tipologie di sintomi possono essere presenti in diverso rapporto in differenti periodi della malattia e possono causare problemi nel funzionamento sociale del soggetto. Essi sono così classificati:

Sintomi positivi: allucinazioni, deliri, comportamento bizzarro e disturbi formali del pensiero.

Sintomi negativi: alogia (mancanza di logica), abulia (mancanza di volontà), deficit cognitivi (memoria, attenzione, funzioni esecutive), appiattimento affettivo, ritiro sociale.

Il trattamento del paziente schizofrenico si basa su tre componenti fondamentali: la terapia farmacologica, la psicoterapia individuale e di gruppo e gli interventi di riabilitazione che, integrati tra loro, hanno lo scopo principale di aiutare i pazienti nel recupero delle capacità sociali venute a mancare durante la malattia.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la schizofrenia è responsabile dell'1,1% degli "anni di vita persi" a causa della disabilità (DALYs, Disability Adjusted Life Years) e del 2,8% degli anni vissuti con disabilità, diventa quindi

² Niolu, Bianciardi, Ribolsi, & Siracusano, 2016.

³ SER-Veneto, 2020.

⁴ Andreasen e Olsen, 1982.

fondamentale fornire un'assistenza integrata che richiede un linguaggio condiviso per consentire ai membri del team interdisciplinare di comprendere i problemi di funzionamento del paziente, oggetto di analisi e studio in questo lavoro di revisione bibliografica.

1.2 Obiettivi dello studio

L'obiettivo di questo studio è quello di individuare, secondo le evidenze scientifiche, qual è lo strumento che permette di rappresentare come modalità unica e globale di accertamento i bisogni dell'assistito con diagnosi di schizofrenia secondo il modello proposto da ICF, tenendo conto anche delle diverse prospettive professionali di ogni figura.

1.3 Quesiti di ricerca

L'elaborato di tesi si pone come obiettivo quello di rispondere ai seguenti quesiti:

1. Secondo la letteratura, esiste un modello di accertamento che può essere utilizzato per stabilire un linguaggio comune tra i diversi professionisti sanitari nel contesto di Centro Salute Mentale?
2. Activities of Daily Living (A.D.L), Instrumental Activities of Daily Living (I.A.D.L), Advanced activities of daily living (A.A.D.L): come si modificano e qual è la modalità di assistenza nel paziente con diagnosi di schizofrenia?

2.1 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

Sulla base di un consensus meeting internazionale che si è svolto in Slovenia (dicembre 2005) i PDTA sono: *“una metodologia mirata alla condivisione dei processi decisionali e dell’organizzazione dell’assistenza per un gruppo specifico di pazienti durante un periodo di tempo ben definito”*. I PDTA, quindi, sono uno strumento globale per uniformare l’approccio clinico il cui scopo è quello di migliorare la qualità dell’assistenza effettivamente erogata, migliorare gli esiti e aumentare la sicurezza del paziente attraverso l’utilizzo delle risorse adeguate. Per dare l’avvio ad un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) si affrontano determinati passaggi e, secondo l’European Pathway Association (EPA), le caratteristiche che definiscono il percorso di cura sono le seguenti:

1. Devono avere una dichiarazione esplicita degli obiettivi e degli elementi chiave dell’assistenza basata sull’evidenza, sulle migliori pratiche, sulle aspettative dei pazienti e sulle loro caratteristiche;
2. Devono facilitare la comunicazione tra i membri dell’équipe, con i pazienti e le famiglie;
3. Devono coordinare il processo assistenziale, i ruoli e sequenziare le attività dell’équipe assistenziale multidisciplinare, dei pazienti e dei loro familiari;
4. Devono includere la documentazione, il monitoraggio e la valutazione degli scostamenti e dei risultati (*outcomes*);
5. Devono identificare le risorse adeguate e necessarie per attuare il percorso di cura.

Il PDTA è uno strumento che cala nella pratica clinico-assistenziale le raccomandazioni delle linee guida e delle buone pratiche. Il PDTA si distingue in:

- Nazionale: è un atto di indirizzo o raccomandazione ministeriale che detta i principi e gli standard essenziali da garantire in scala nazionale per il trattamento di una patologia;
- Regionale: definisce i piani di gestione della patologia prendendo in considerazione le esigenze locali e richiamando, se esiste, un PDTA nazionale;

— Aziendale o interaziendale: applica il PDTA regionale all'interno del contesto organizzativo di una o più strutture interconnesse. Può anche nascere in assenza di un PDTA regionale, con l'obiettivo di creare un modello concreto di presa in carico del paziente per quella malattia specifica⁵.

Nel 2019, la giunta regionale del Veneto⁶ ha approvato il PDTA per il trattamento dei disturbi schizofrenici. Questo perché lo sviluppo di percorsi di cura in salute mentale è ancora più necessario che in altre aree per la variabilità e la personalizzazione dei trattamenti.

2.1.1 Schizofrenia

“Schizofrenia” è un termine coniato dallo psichiatra Eugen Bleuler nel 1908. Questo autore l’ha definita come: *“una scissione, una spaccatura tra le diverse funzioni psichiche dell’individuo con alterazioni del pensiero, dell’affettività e del comportamento”*; chi ne soffre, infatti, non riesce a distinguere la realtà dall’immaginazione perdendo il contatto con il mondo che lo circonda, isolandosi in una sua dimensione, ha false percezioni e falsi convincimenti, ha manifestazioni emotive ridotte e una compromissione del ragionamento e della capacità di *problem solving*⁷.

La schizofrenia è una malattia invalidante, capace di limitare le relazioni sociali e lo svolgimento delle normali attività quotidiane. La famiglia della persona colpita da schizofrenia, di solito, è estremamente coinvolta e si trova ad affrontare un pesante carico di ansia e preoccupazione, associato anche ai pregiudizi legati a tale malattia⁸. Secondo *l’American Psychiatric association Clinical Practice Guidelines for*

⁵ DM, 12 marzo 2019, n. 138 “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”.

⁶ Decreto DG. 03 giugno 2019, n. 59 “Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento dei disturbi schizofrenici”.

⁷ ISSalute, 2022.

⁸ ISSalute, 2022.

Schizophrenia e la National Alliance on Mental Illness, la schizofrenia si distingue da altre patologie psichiatriche, come il disturbo dissociativo dell'identità, per:

1. alterazione del pensiero
2. alterazione della percezione
3. alterazione del comportamento
4. alterazione dell'affettività

I sintomi della schizofrenia sono solitamente suddivisi in "sintomi positivi" e "sintomi negativi". Ogni persona avrà una combinazione unica di sintomi ed esperienze.⁹

I sintomi positivi:

- Deliri: sono convinzioni contrarie alla realtà, permangono e per lo più non vengono criticate malgrado prove della loro mancanza di fondamento. I più frequenti sono quelli di persecuzione, di grandezza, di riferimento, di lettura del pensiero;
- Allucinazioni: sono alterazioni della percezione per cui la persona crede di percepire cose che nella realtà non esistono. Vi sono quelle uditive, cenestesiche, olfattive e visive;
- Disorganizzazione e frammentazione del pensiero con allentamento dei nessi associativi;
- Comportamento bizzarro e disorganizzato.

I sintomi negativi:

- Appiattimento affettivo: la persona appare emotivamente piatta o introversa e non in grado di rispondere alle situazioni legate alla relazione con il mondo esterno. Ha reazioni inappropriate ed incongrue, può essere indecisa e spesso impulsiva;
- Apatia/Abulia/Anergia: la persona sembra disinteressata alle attività quotidiane, presenta assenza di reattività emotiva (apatia), scarsa capacità decisionale, con inibizione dell'iniziativa (abulia), perdita delle forze (anergia).
- Alogia: la persona può manifestare un linguaggio povero di contenuto e un eloquio lento;

⁹ NICE, 2014.

- Anedonia/Asocialità: la persona presenta perdita di interesse per le attività ricreative, per l'attività sessuale, ha difficoltà a fare e mantenere delle amicizie o conoscenze;
- Deficit di attenzione;
- Deficit di memoria: si presentano alterazioni della memoria a breve e lungo termine soprattutto nelle fasi critiche e acute di malattia;
- Deficit nelle funzioni esecutive: la persona ha difficoltà nell'elaborazione e nella risoluzione dei problemi o nello svolgimento di un progetto.

2.1.2 Impatto e dimensioni del disturbo

La schizofrenia colpisce circa 24 milioni di persone o 1 persona su 300 (0,32%) in tutto il mondo. In Italia vi è una stima di circa 245.000 persone, di cui in Veneto circa 30.000 risultano affette da disturbi schizofrenici, con una tendenza temporale in moderato incremento per i tassi di prevalenza che vanno da 5,7/1.000 nel 2014 a 6,0/1.000 nel 2018¹⁰. Tende a svilupparsi tra i 16 e i 30 anni e per lo più persiste per tutta la vita del paziente¹¹.

Nelle donne compare in età più avanzata, con un ritardo medio di 3-4 anni rispetto al sesso maschile e il decorso e la prognosi sono spesso migliori, anche perché spesso nei maschi prevalgono i sintomi negativi¹². L'esordio nel genere maschile avviene tra i 16-25 anni e nel genere femminile tra i 25-35 anni.

È presente tanto nei paesi e nelle aree più industrializzate quanto nei paesi in via di sviluppo e nelle zone rurali, senza distinzione di classe sociale. Non si può, quindi, parlare di un disturbo causato dall'emarginazione o dal disagio sociale¹³.

È caratterizzata da un decorso variabile: in un terzo dei casi vi può essere una completa ripresa funzionale e sociale, mentre nella maggior parte dei casi la schizofrenia ha un decorso cronico e ricorrente con un incompleto recupero sociale. Con le appropriate

¹⁰ SER-Veneto, 2020.

¹¹ Mueser KT & McGurk SR, 2004,

¹² Dell'Acqua, 2005.

¹³ ISSalute, 2020.

cure farmacologiche e psicosociali è possibile indurre una remissione completa e duratura in circa il 50% dei pazienti. Di quelli che non mostrano un recupero, circa un quinto presenta pesanti limitazioni nella vita di tutti i giorni¹⁴.

L'eziologia della schizofrenia è sconosciuta, tuttavia si ritiene, secondo le evidenze, che questa malattia sia il risultato di un'interazione tra variabili biologiche, psicologiche e ambientali, avendo quindi una causalità di tipo multifattoriale.

Nello specifico i fattori che rendono vulnerabili alla schizofrenia sono: predisposizione genetica, traumi infantili e abbandono, complicazioni intrauterine, infezioni virali prenatali del sistema nervoso centrale, ambiente urbano. Tra gli eventi “precipitanti” che si ipotizza abbiano un ruolo nella comparsa della malattia nelle persone predisposte vi sono: situazioni di stress marcato (come ad esempio, un lutto, la perdita del lavoro, un divorzio, un abuso) e utilizzo massiccio di alcune droghe, in particolare alcuni tipi di cannabis, cocaina, LSD o anfetamine¹⁵, fasi critiche o di passaggio della vita.

2.1.3 Obiettivi, punti focali e attori del PDTA

Nel corso degli ultimi anni, la conoscenza sugli interventi efficaci per la psicosi è aumentata e l'attenzione è stata rivolta alle prime fasi della psicosi, che sono essenziali per la prognosi e il percorso da attuare successivamente. Ciò ha portato allo sviluppo di un particolare aspetto del PDTA per la presa in carico e gli interventi precoci specifici per i pazienti con esordio psicotico.

Nel complesso delle sue fasi di definizione, costruzione, implementazione e monitoraggio, il PDTA per il paziente schizofrenico mira a divenire uno strumento di coordinamento che consente di organizzare e integrare attività e interventi in un contesto in cui diverse specialità, professioni e aree d'azione collaborano per raggiungere un obiettivo comune.

I punti qualificanti del PDTA per le psicosi sono:

¹⁴ WHO, The World Health Report 2001: *Burden of Mental Diseases*.

¹⁵ ISSalute, 2022.

- Una valutazione approfondita della congruità delle azioni intraprese rispetto agli obiettivi;
- Misurare le attività e gli esiti con indicatori specifici e al contempo che siano di semplice applicazione e valutazione;
- La collaborazione tra diverse professionalità e servizi;
- Cercare di non frammentare i percorsi di cura dalle prime fasi della vita sino all'età adulta;
- L'attenzione a coniugare la variabilità clinica di ciascun paziente e la conseguente variabilità degli interventi da attuare in una sistematizzazione dei percorsi di cura.

Gli attori che partecipano alla realizzazione del PDTA sono:

- Gli psichiatri, gli psicologi, gli infermieri e gli operatori dei Servizi del Dipartimento di salute mentale (DSM);
- I neuropsichiatri infantili e dell'adolescenza e gli operatori dei Servizi di Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza (NPIA);
- I medici e operatori del Servizio per le dipendenze (Ser.D);
- I Medici di Medicina Generale;
- I medici e gli altri operatori dei Distretti Socio Sanitari;
- I pazienti e i loro familiari.

2.1.4 Criticità

Secondo la letteratura e le Linee Guida internazionali, il trattamento più efficace e appropriato della psicosi schizofrenica è basato su un modello integrato di multi-componenti che incorpora trattamenti psicofarmacologici e interventi psicosociali basati sul modello del *Case Management* in una logica di lavoro di equipe multidisciplinare. Inoltre, secondo la letteratura, è previsto l'utilizzo di strumenti diagnostici standardizzati per migliorare la diagnosi categoriale e questionari/scale di valutazione per analizzare quali sono le aree sintomatologiche e il funzionamento sui cui poi si baseranno gli interventi specifici.

Nell'applicazione del PDTA per pazienti con disturbi psicotici dello spettro schizofrenico le criticità emerse sono le seguenti:

1. Figure professionali in grado di fornire interventi psicoterapici strutturati e psicosociali basati sulle più recenti evidenze;
2. Scarsa abitudine nel definire una formulazione condivisa per il piano di trattamento;
3. Ridotta pratica di interventi strutturali rivolti ai familiari (es. interventi psicoeducativi multifamiliari o sulla singola famiglia);
4. Abitudine nell'operare per "compartimenti stagni" tra gli operatori dei servizi che si occupano dell'età adulta e quelli che si occupano di infanzia/adolescenza;
5. Scarso monitoraggio dell'efficacia dei trattamenti;
6. Accertamento diagnostico strutturato attraverso l'uso di scale di valutazione diagnostica e *rating scales* per l'accertamento funzionale e il monitoraggio di trattamenti ed esiti.

2.1.5 Percorso Diagnostico

L'individuazione precoce dell'insorgenza di una psicosi è uno dei processi rilevanti, secondo la letteratura e le evidenze scientifiche, per garantire un intervento specifico, mirato e tempestivo al fine di avere un buon esito in termini di salute.

Gli esiti del riconoscimento e della presa in carico precoce sono:

- Riduzione dei sintomi positivi e negativi;
- Riduzione dei tassi di ricaduta;
- Miglioramento del funzionamento sociale;
- Diminuzione del disagio soggettivo del paziente;
- Diminuzione del carico e delle emotività dei familiari;
- Aumento della soddisfazione dei pazienti e dei familiari nei confronti dei servizi.

Fase diagnostica: può essere necessario l'utilizzo delle interviste diagnostiche standardizzate per porre diagnosi di schizofrenia e psicosi ad essa correlate, es. Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5)¹⁶ o Schedule for Clinical Assessments in Neuropsychiatry (SCAN)¹⁷.

¹⁶ APA (2017).

¹⁷ WHO (1992).

Fase di accertamento: possono essere utilizzati i seguenti strumenti di valutazione standardizzata:

Nell'età adulta:

- *Psicopatologia:* Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)¹⁸ e Positive And Negative Symptom Scale¹⁹;
- *Funzionamento sociale:* Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS)²⁰ e Schizophrenia Quality of Life Scale²¹;

Nell'età evolutiva: Scala HoNOSCA ²²e C-GAS²³.

Segue un *Assessment neuropsicologico*: per valutare il livello cognitivo globale, le funzioni esecutive, la memoria. Possibilità di follow-up a medio e lungo termine.

Per quanto riguarda l'età evolutiva, in base alle caratteristiche cliniche del paziente, secondo le linee guida NICE (2013), vengono consigliate le seguenti indagini clinico-strumentali:

- Esami ematochimici (emocromo, glicemia, elettroliti, funzionalità epatica e renale, assetto lipidico e ormonale con funzionalità tiroidea + prolattina ed altri esami più specifici con attenzione a cupremia, cupruria, dosaggio ceruloplasmina plasmatica, arilsulfatasiA);
- Esami tossicologici;
- Elettrocardiogramma con misurazione QTc;
- Elettroencefalogramma;
- Rachicentesi e ricerca Ac anti NMDA;
- RMN cerebrale;

¹⁸ Ventura et al., 1993; Roncone et al. (2000).

¹⁹ PANSS; Kay et al., 1987; Pancheri et al. (1995).

²⁰ Wing et al., 1998; Lora et al. (2001).

²¹ SQLS; Wilkinson et al. (2000)

²² Gowers (2000).

²³ Schaffer (1983).

— Esami genetici (ad es. X-fragile).

Valutazione dei fattori di rischio: La valutazione del rischio è una componente essenziale del lavoro clinico. Può trarre vantaggio dalla conoscenza di tutti i fattori attuariali, che sono quelli che sono statisticamente collegati alla maggiore probabilità che si verifichi un evento specifico. La valutazione ha come risultato la definizione delle azioni di base del piano di trattamento e la definizione del piano di crisi.

2.1.6 Fasi del percorso terapeutico

Presa in carico precoce: l'esordio può essere improvviso e acuto o può essere più graduale e preceduto da un periodo in cui la persona si chiude in sé stessa, accompagnato da una perdita interesse verso l'ambiente circostante, una riduzione della partecipazione sociale (ad esempio perdita del lavoro o interruzione del percorso scolastico) e da un immotivato abbandono delle relazioni amicali e sentimentali²⁴.

Diagnosticato il disturbo schizofrenico e valutato il funzionamento sociale e personale, il Centro di Salute Mentale offre interventi multiprofessionali al paziente e ai suoi familiari. Tale attività viene svolta sia all'interno del Centro di Salute Mentale (CSM) che nel contesto di vita quotidiana del paziente.

I pazienti all'esordio psicotico ricevono assistenza psicoeducativa e psicoterapeutica; quando il funzionamento personale e sociale è compromesso ad un livello moderato/grave, vengono forniti interventi riabilitativi basati sulle evidenze e supporto per il lavoro e lo studio. Per i familiari e i caregiver è consigliato un intervento specifico psicoeducativo.

Per facilitare l'accessibilità al Dipartimento di Salute Mentale dei pazienti giovani con questo disturbo schizofrenico o stati mentali a rischio è necessario promuovere progetti specifici in collaborazione tra DSM, NPIA, medici di medicina generale, e altre figure facenti parte della rete socio-sanitaria, con lo scopo di favorire una valutazione ed un trattamento precoci. Il paziente all'esordio viene trattato con farmaci antipsicotici con un dosaggio e una durata adeguati a stabilizzare il quadro clinico. Durante il

²⁴ ISSalute, 2022.

trattamento e nei mesi successivi, viene monitorata attentamente la sicurezza dei trattamenti farmacologici.

Gestione della fase acuta: a seconda della configurazione del servizio, il paziente con episodio acuto può essere trattato in diversi setting: non solo in Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) ma anche a livello ambulatoriale, domiciliare, in Day Hospital, presso i Centri Diurni e a livello semi-residenziale a cura del CSM e nelle strutture residenziali.

Se il paziente viene ricoverato in SPDC vengono attivate misure per limitare il ricorso al Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e interventi per evitare l'uso alle contenzioni a fronte di comportamenti violenti e secondari a stati di agitazione. Il ricovero ha durata limitata nel tempo. Già in fase di degenza sarebbe necessaria la conoscenza degli operatori di riferimento territoriali e la presa in carico precoce presso il CSM.

Il paziente che ha avuto un episodio acuto riceve, inoltre, una dose adeguata di farmaci antipsicotici per almeno uno-due anni, e se i farmaci vengono interrotti, viene condotto un monitoraggio clinico per almeno due anni.

Quando il paziente è in fase di dimissione dall'ospedale riceve rapidamente un appuntamento con il CSM e viene preso in carico a livello territoriale nel periodo che segue l'episodio acuto per garantire la continuità delle cure. Non ci sono prove scientifiche che sostengano che un antipsicotico di prima o di seconda generazione sia più efficace. Tuttavia, alcuni studi hanno mostrato che gli antipsicotici di seconda generazione favoriscono una maggiore aderenza alla terapia ma un maggiore rischio di sviluppare una sindrome metabolica. Invece, gli antipsicotici di prima generazione possono più frequentemente dare sintomi extrapiramidali, in particolare in età evolutiva.

Il trattamento farmacologico dovrebbe iniziare il più presto possibile con l'obiettivo di ridurre non solo l'aggressività e l'agitazione, ma anche la sensazione soggettiva di sofferenza e avere una buona tollerabilità ai dosaggi concordati.

Se con il trattamento con antipsicotici di seconda generazione si sviluppa sindrome metabolica o aumento significativo di peso, si cambia terapia sostituendola con un altro farmaco di seconda generazione o si passa ad un farmaco di prima generazione.

Se è presente il rischio di suicidio o non c'è risposta ai trattamenti è raccomandato l'uso di Clozapina, seguita da monitoraggio di emocromo e troponina come da linee guida.²⁵

Trattamenti continuativi a lungo termine: uno degli obiettivi principali è il mantenimento di una stabilità psichica e la promozione del recupero psicosociale.

In questa fase i pazienti all'interno del DSM ricevono un trattamento continuativo con il coinvolgimento del gruppo multiprofessionale. Se, oltre ai problemi clinici, sono presenti compromissioni di funzioni e abilità, problemi relazionali, carenza di supporto e di attività di vita quotidiana, viene attuato il PTI, nel quale devono essere specificati i problemi clinici e psicosociali presenti, i trattamenti da attuare e le figure professionali coinvolte, definendo tra questi la figura del *Case Manager*.

Gli operatori del servizio di salute mentale devono avere contatti regolari con il paziente e i suoi familiari, ponendo attenzione ai loro bisogni all'interno del progetto terapeutico.

Per quanto riguarda la terapia farmacologica, i pazienti ricevono un trattamento continuativo con farmaci antipsicotici con un dosaggio all'interno del range terapeutico e se possibile in monoterapia. Viene offerto il trattamento con farmaci "depot" in pazienti con frequenti ricadute, con scarsa compliance alle cure o che esprimono tale preferenza. È costante il monitoraggio della sicurezza di questi trattamenti psicofarmacologici. Se il paziente interrompe il trattamento farmacologico, il CSM mantiene contatti clinici regolari nel periodo che segue l'interruzione per monitorare le sue condizioni cliniche e si attiva, anche con il coinvolgimento del medico di medicina generale, per ricontattare il paziente se sospende anche i rapporti con il servizio.

Un altro punto fondamentale è la necessità di intervenire sulle compromissioni del funzionamento personale e sociale.

Gli interventi di supporto sociale, inserimento lavorativo e supporto al lavoro sono disponibili per i pazienti in età lavorativa, sia disoccupati che con problemi presenti in contesti lavorativi; quando si elabora un progetto di inserimento lavorativo come

²⁵ Nice 2013, 2016.

articolazione del PTI, è necessario avviare una valutazione delle competenze lavorative per i pazienti.

Il paziente, nei casi più complessi, può essere inserito in strutture residenziali caratterizzate da vari livelli di trattamento riabilitativo e assistenziale a seconda delle condizioni cliniche, del grado di compromissione delle funzioni e abilità, dei problemi relazionali su base familiare e sociale e del livello di supporto che il paziente può ricevere dalla partecipazione al programma terapeutico-riabilitativo.

Ai pazienti che hanno una compromissione del funzionamento personale e sociale di livello moderato/grave sono consigliati interventi di carattere riabilitativo a livello territoriale basati sulle evidenze.

A coloro invece che hanno problemi relazionali di livello moderato/grave, come l'isolamento sociale o la mancanza di attività strutturate durante il giorno, sono consigliate attività di risocializzazione espressive e corporee a partire dal CSM, dal Centro Diurno o Day-Hospital Territoriale.

Ai pazienti con moderata compromissione del funzionamento e un buon livello di autonomia personale vengono proposti percorsi di abitare supportato.

2.2 ICF e ICF-Recovery

La malattia mentale può introdursi nella vita delle persone in modo dirompente o insorgere in modo subdolo e progressivo. Oggi gli interventi terapeutici sono nella maggior parte dei casi efficaci, volti ad alleviare i sintomi, ma spesso non sono in grado di ripristinare la motivazione e la capacità del paziente di vivere in modo positivo e soddisfacente²⁶.

L'acronimo **ICF** indica la *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute* (in inglese: *International Classification of Functioning, Disability and Health*). È una revisione della Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap (ICIDH), pubblicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1980.

Il testo ICF è stato approvato per la prima volta durante la cinquantaquattresima Assemblea Mondiale della Sanità (WHA) il 22 maggio 2001 e, come ogni

²⁶ Carozza, 2014.

classificazione, viene aggiornata periodicamente. Il documento è stato tradotto per la prima volta in Italia nel 2002, mentre nel 2009 è stata resa disponibile la versione online, che consente a chi la utilizza di contribuire.

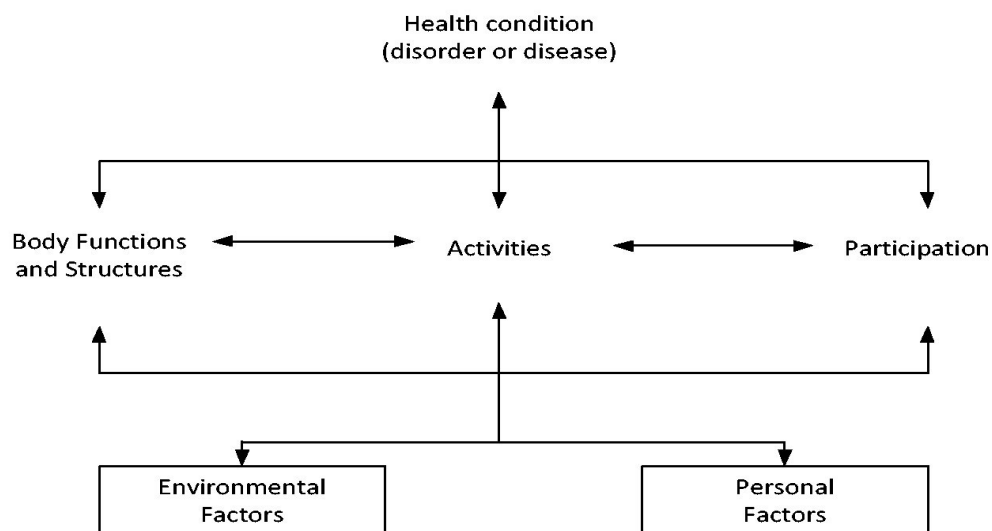
Nel 2007 è stata approvata una versione denominata “CY”, ovvero “*for children and youth*” rivolta a soddisfare le esigenze della popolazione pediatrica. L'ICF rientra nelle tre classificazioni dell'OMS insieme alla Classificazione internazionale statistica delle malattie e dei problemi sanitari correlati (ICD) e la Classificazione internazionale degli interventi sanitari (ICHI), il cui scopo è quello di raccogliere e scambiare in modalità standard le informazioni sulle malattie, sul funzionamento e sugli interventi sanitari.

La classificazione ICF descrive lo stato di salute e il funzionamento di un individuo in modo globale e completo, prende in considerazione non solo la presenza o l'assenza di una condizione medica o di una disabilità, ma anche il modo in cui queste influenzano il funzionamento dell'individuo in diverse aree della vita. Queste aree includono non solo gli aspetti fisici, ma anche quelli psicologici e sociali in relazione con l'ambiente, consentendo all'ICF di guidare una valutazione multidimensionale della persona e di definire gli esiti da raggiungere attraverso il Piano Terapeutico Individuale (PTI).

L'OMS concettualizza la salute in termini di modello biopsicosociale e utilizza il termine *funzionamento* per riferirsi agli aspetti positivi e pratici della salute. Ciò vale a dire quello che una persona può o non può fare nella vita quotidiana, indipendentemente da qualsiasi malattia diagnosticata o specifica condizione di salute. È all'interno di questo quadro concettuale che è stato sviluppato l'ICF²⁷.

²⁷ Nuño L. et al., 2022.

Figura 1: Interazioni tra le componenti dell'ICF.²⁸



Gli obiettivi della Classificazione in oggetto sono:

- Fornire un linguaggio unico per descrivere gli stati di salute;
- Rendere possibile il confronto di dati e di statistiche raccolte dai diversi Paesi;
- Avere una procedura organizzata per codificare i dati dei sistemi informativi sanitari;
- Fornire una base scientifica per lo studio della salute, delle condizioni, delle conseguenze e delle cause determinanti ad essa correlate.

Gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale nel trattamento delle persone affette da schizofrenia e la comprensione della struttura e del funzionamento dell'ICF può aiutarli a pianificare programmi di trattamento specifici per questi pazienti da un'ampia prospettiva biopsicosociale. Fornendo a diversi specialisti un linguaggio condiviso, l'ICF facilita la comunicazione e il coordinamento delle cure. Inoltre, avere un insieme di categorie di base che si rivolge a una particolare popolazione di pazienti in diverse fasi della malattia è importante per garantire un trattamento ottimale²⁹.

²⁸ Bjørnshave N.B. et al., 2022

²⁹ Yen et al. 2014.

Dalla pubblicazione del manuale ICF-Dipendenze (a cura di L. Pasqualotto ed. Erickson, 2016) e dall'utilizzo dell'ICF nell'ambito delle dipendenze in varie regioni italiane, nasce nel 2020 *ICF-Recovery*, con lo scopo di estendersi anche ai pazienti che soffrono di disturbi mentali come la schizofrenia e altre forme di fragilità nell'età adulta, utilizzando un approccio basato sulle evidenze.

Alla base di ICF-Recovery vi è il concetto della riabilitazione orientata alla “recovery”, termine definito e tradotto in molti modi, ma in nessuna accezione coincide con la scomparsa della malattia, piuttosto rispecchia lo sviluppo di abilità perdute con la malattia e il recupero di un ruolo valido e soddisfacente all'interno della società³⁰.

La Recovery va oltre il concetto di guarigione, in quanto include la capacità di assumere, nel proprio contesto di vita, comportamenti funzionali al perseguimento degli obiettivi orientati al miglioramento del benessere e della qualità della vita.

Spesso il quadro clinico incide sulla limitazione di vita. Alla limitazione, si contrappone nell'intervento educativo-riabilitativo, la compensazione, l'accrescimento e potenziamento di risorse intrinseche nel soggetto³¹.

La proposta all'utilizzo di ICF-Recovery non ha, quindi, valenza discriminatoria, ma inclusiva, in quanto pone l'accento sul raggiungimento di un livello di qualità di vita più funzionale possibile.

In ICF-Recovery si trovano i seguenti indicatori:

1. Livello di funzionamento complessivo: viene espresso in percentuale assoluta ed è il ricavato dalla somma dei punteggi di sintesi, a scala invertita, delle performance nelle aree di Attività e Partecipazione e dalla media di Funzioni e Strutture del corpo;
2. Indice di inclusione: è un indicatore relativo, viene ricavato dalla somma della media dei Fattori ambientali che esprimono l'accoglienza del contesto di vita (esempio amici, compagni, vicinato, associazioni) e i valori di sintesi, a scala invertita, delle performance nelle aree che indagano la partecipazione sociale;

³⁰ Carozza (2006).

³¹ Liberman e Kopelowicz (2005)

3. Indice di inclusione sociale: indica la misura che la persona riceve dalla rete sociale, si ricava valutando la presenza e l'intensità del supporto offerto da famiglia, amici, compagni, vicinato, associazioni, operatori sanitari e operatori sociali come volontari e autorità³².

L'Oms definisce tali indicatori non come una loro classificazione in categorie, bensì come una misura importante per il funzionamento delle persone³³.

ICF-Recovery, nello specifico, è un gruppo di strumenti organici progettati per definire e valutare i percorsi riabilitativi e non hanno, quindi, una finalità diagnostica. Tali strumenti, consultabili dal sito <https://www.icf-recovery.it/strumenti>, sono:

1. Questionario di Osservazione versione completa (rev.2023a):

è composto da una selezione di *items* che riguardano tutte le componenti dell'ICF: Funzioni e Strutture del Corpo, Attività e Partecipazione, Fattori Ambientali e Fattori Personali. Per quanto riguarda la parte di Attività e Partecipazione si analizzano distintamente le “performance” e le “capacità” in relazione con i Fattori ambientali e i Fattori personali.

Il qualificatore di *Performance (PF)* si riferisce all'esecuzione di una specifica attività nell'ambiente reale, compreso l'aiuto da parte di persone, di ausili e di altri elementi presenti. I Fattori Ambientali possono fungere da facilitatori o barriere rispetto alle capacità della persona. La valutazione inizia da questo qualificatore poiché è oggetto di osservazione diretta, indica infatti lo stato attuale della persona e fa riferimento agli ultimi 30 giorni.³⁴

Il qualificatore delle *Capacità (CAP)* si riferisce al grado di abilità o limitazione nell'esecuzione di un'attività in completa autonomia, senza l'aiuto di un'altra persona o l'assistenza fornita da uno strumento o da fattori ambientali. Le capacità sono condizionate dalle condizioni cliniche della persona, possono essere valutate a partire dalle performance “sottraendo” il contributo facilitante o ostacolante dei fattori ambientali, oppure valutate a partire dallo stato di salute. Nella valutazione delle

³² Pasqualotto, L. (2020).

³³ WHO (2013).

³⁴ Pasqualotto, L. (2020).

capacità è richiesta la soggettività dell'operatore-valutatore, infatti, a differenza delle performance, non è direttamente osservabile. Questo tipo di valutazione si traduce in un "saper fare" della persona che si apprende nel tempo e si può perdere se vi è un cambiamento delle condizioni di salute; infatti, nell'analisi delle capacità il limite temporale dei 30 giorni non è vincolante.³⁵

Quindi, per ogni dimensione di Attività e Partecipazione sono stati individuati i Fattori Ambientali (FA) più frequenti, essi possono essere rappresentati come "facilitatori" in una dimensione o come "barriere" in un'altra. Per fare un esempio, i familiari possono essere dei facilitatori nella gestione della routine quotidiana ma potrebbero essere, invece, delle barriere nell'inclusione sociale.

Anche i Fattori Personali (FP), come per esempio le caratteristiche generali (età, genere, appartenenza etnica, lingua, contesto socioeconomico), i tratti caratteriali, la storia personale, le aspirazioni di vita, la motivazione (bisogni, interessi, obiettivi) etc., potrebbero interferire nella performance, quindi fungere da facilitatore o barriera nelle attività di una specifica area di vita.

È pertanto importante la corretta e completa valutazione dei fattori contestuali (FA e FP) poiché sono un aspetto fondamentale per il funzionamento della persona. Per valutare la parte di Attività e Partecipazione i qualificatori sono espressi nel seguente modo³⁶:

- **0**: in modo ottimale/sempre;
- **1**: molto spesso;
- **2**: abbastanza/qualche volta;
- **3**: poco/raramente;
- **4**: per nulla/mai.

ICF ha previsto un ulteriore qualificatore, utilizzabile in situazioni particolari nella Performance:

³⁵ Pasqualotto, L. (2020).

³⁶ Pasqualotto, L. (2020).

- **9**: non applicabile. Significa che è inappropriato applicare uno dei qualificatori visti in precedenza, come per esempio “procurarsi un posto in cui vivere” se la persona non ne ha bisogno perché lo ha già.

È possibile aggiungere personalmente altri Fattori Ambientali (FA) e Fattori Personali (FP) nel questionario per chiarire maggiormente il funzionamento del soggetto preso in esame.

Il questionario si conclude valutando la parte di Funzioni e Strutture del corpo, in cui si indicano i deficit e le menomazioni correlati alla condizione clinica della persona in oggetto.

Nello specifico: Le Funzioni riguardano il modo in cui i diversi organi funzionano singolarmente o interagiscono tra loro (comprese le funzioni psicologiche). Le Menomazioni nelle Funzioni del Corpo riguardano un deficit, un rallentamento o una perdita significativa. Il qualificatore in questo caso descrive l'estensione di un deficit, perdita o rallentamento di specifiche funzioni. Il punteggio che si attribuisce va da 0 a 4 con i seguenti significati³⁷:

- **0**: assenza di una menomazione;
- **1**: menomazione lieve;
- **2**: menomazione moderata;
- **3**: menomazione grave;
- **4**: menomazione completa.

2. Questionario per l'Autovalutazione (rev.2023a):

per un approccio riabilitativo orientato alla recovery la considerazione della persona sulla propria salute ha un ruolo importante. Questo questionario può essere autosomministrato al paziente o compilato dall'operatore durante i colloqui riportando le parole del paziente.

³⁷ Pasqualotto, L. (2020).

3. Questionario semplificato per la Valutazione da parte dei caregivers (rev.2023a):

il questionario in questo caso ha funzione psicoeducativa, oltre che valutativa, con lo scopo di sviluppare da parte dei familiari e caregivers maggior consapevolezza della condizione del paziente, individuando obiettivi di cambiamento insieme agli operatori. Questo questionario valuta solo la Performance.

4. Profilo di Funzionamento:

generato da piattaforma web (<https://www.icfapplicazioni.it/>), è un'elaborazione dei dati dei questionari al fine di definire un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale, avere una comparazione dei dati a distanza di tempo (anche tra Servizi diversi) con il coinvolgimento attivo del paziente e i suoi familiari e una pre-elaborazione progettuale che consente di individuare gli obiettivi di recovery più appropriati per la qualità di vita della persona.

Il profilo di funzionamento generato è importante perché mostra il modo in cui la persona funziona in un determinato momento; dunque, consente di avere una comprensione immediata dei suoi punti di forza e delle sue difficoltà, così da evidenziare quali sono le priorità di intervento.

Nel caso in cui più operatori inseriscano più questionari sullo stesso paziente in un arco di tempo ravvicinato, la piattaforma compara e integra le diverse valutazioni calcolando l'indice di accordo.

Nel profilo di funzionamento sono sintetizzate, in una rappresentazione analitica e colorata, le valutazioni delle Performance e delle Capacità nella parte di Attività e Partecipazione. I colori utilizzati all'elaborazione dei dati corrispondono ai seguenti qualificatori:

- **0 e 1:** colore verde;
- **2:** colore giallo;
- **3 e 4:** colore rosso. Indica un funzionamento carente.

I fattori contestuali vengono elaborati attraverso due grafici: il primo rappresenta la rete di supporto, è un grafico a “radar” in cui la persona in oggetto si trova al centro del grafico, mentre le parti colorate evidenziano le diverse figure che la circondano e le fungono da supporto, in un'ottica di facilitatori. Il secondo grafico, in questo caso a

“barre”, rappresenta i conteggi relativi ai fattori contestuali distinti in barriere e facilitatori.

Per quanto riguarda la parte delle Funzioni e Strutture del corpo, viene elaborata una rappresentazione grafica che valuta i deficit corporei.

5. Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale:

il percorso clinico-assistenziale è declinato nel Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI), specificamente definito ed elaborato dall’equipe della struttura residenziale. È in coerenza con il Piano di trattamento individuale (PTI) in accordo con il CSM³⁸. Nel PTRI si stilano: l’elaborazione degli obiettivi con la descrizione degli indicatori o criteri di verifica del singolo obiettivo, i relativi interventi per il paziente, l’individuazione del *Case Manager* del Progetto, le verifiche in itinere e la valutazione finale con eventuale riprogettazione (Allegato n.1).

2.2.1 Analisi delle alterazioni secondo il modello ICF-Recovery nel paziente schizofrenico

La schizofrenia, una patologia complessa e multifattoriale, rappresenta una delle sfide più significative nel campo della salute mentale. Questa condizione impatta profondamente sulle funzioni cognitive, emotive e sociali del paziente, influenzando significativamente il suo quotidiano e il percorso di recupero³⁹. Nel contesto della comprensione e gestione della schizofrenia, il modello ICF-Recovery emerge come un fondamentale strumento di analisi. Questo sotto capitolo si propone di individuare le alterazioni che il paziente schizofrenico può presentare, utilizzando il quadro fornito dagli studi inclusi nella revisione bibliografica dal modello ICF e i relativi Core Set (CS).

Attraverso quest’analisi integrata, si cerca di offrire un contributo significativo nella comprensione dell’assistenza ai pazienti affetti da schizofrenia, avanzando verso un trattamento più completo e personalizzato.

³⁸ “*Le strutture residenziali psichiatriche*” (Ministero della Salute, 2013).

³⁹ Fabi et al., 2013.

Le alterazioni principali di un paziente affetto da schizofrenia secondo il modello ICF sono le seguenti:

FUNZIONI CORPOREE:

b1 Funzioni mentali: le categorie si riferiscono ai sintomi classici della schizofrenia, come deliri e allucinazioni (*b156 Funzioni percettive e b160 Funzioni di pensiero*), sintomi negativi (*b130 Funzioni energetiche e pulsionali e b152 Funzioni emotive*) e altre alterazioni tipiche come deficit cognitivi (*b140 Funzioni di attenzione e b164 Funzioni cognitive di livello superiore*) e funzioni psicosociali (*b122 Funzioni psicosociali globali*)⁴⁰.

STRUTTURE CORPOREE:

L'ICF per la schizofrenia non include alcuna categoria della componente “Strutture corporee”. Tuttavia, tutti i gruppi di esperti concordano sul fatto che la struttura cerebrale è una componente alterata negli individui con schizofrenia, con un accordo superiore al 90% da tutte le prospettive nella categoria *s110 Struttura cerebrale*. Ciò è supportato dalla letteratura, la quale suggerisce che il cervello è la principale struttura alterata in questa malattia e che altre disfunzioni, come il deterioramento neuropsicologico, sono legate al suo malfunzionamento⁴¹.

ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE:

d1 Apprendimento e applicazione delle conoscenze: es. *d160 Focalizzare l'attenzione*;

d2 Compiti e richieste generali: es. *d220 Intraprendere più compiti*;

d5 Cura di sé;

d6 Vita domestica: es. *d640 Fare lavori domestici*;

d7 Interazioni e relazioni interpersonali: es. *d720 Interazioni interpersonali complesse*;

d8 Aree principali della vita: es. *d830 Istruzione superiore e d845 Acquisire, mantenere e terminare un lavoro*.

⁴⁰ Nuño, L. et al. (2021)

⁴¹ Fitzsimmons, J., Kubicki, M., & Shenton, M. E. (2013)

Ciò riflette il fatto che la schizofrenia può avere importanti implicazioni per il funzionamento quotidiano in tutte queste aree e dimostra perché i principali obiettivi terapeutici a lungo termine di tutti gli interventi sanitari per gli individui affetti da schizofrenia dovrebbero andare oltre la remissione di sintomi specifici e concentrarsi sul miglioramento sociale⁴².

FATTORI AMBIENTALI:

e3 Sostegno e relazioni, e4 Atteggiamenti, e5 Servizi, sistemi e politiche. Questi risultati confermano che gli operatori sanitari attribuiscono particolare importanza all'impatto dei fattori ambientali sul funzionamento di una persona affetta da schizofrenia. Infatti, autori come Fleischhacker et al. sottolineano la necessità di combinare l'assistenza integrata con l'impegno attivo da parte delle persone con schizofrenia, delle loro famiglie e delle loro comunità, evidenziando l'importanza di prestare attenzione alle circostanze ambientali⁴³.

FATTORI PERSONALI:

Poiché i “Fattori personali” non sono attualmente classificati nell’ICF, non figurano nell’ICF-CS per la schizofrenia. Tuttavia, poiché sono rilevanti per la valutazione e la pianificazione dell’intervento, molti studi supportano la rilevanza dei “Fattori personali” che hanno ottenuto un consenso maggiore nella ricerca, come l’età all’esordio⁴⁴, l’uso di farmaci e lo stile di vita premorbo⁴⁵, le abilità sociali premorbose⁴⁶, le abilità cognitive premorbose⁴⁷ e storia personale⁴⁸. Altre categorie che hanno ottenuto un elevato consenso, supportate anche dalla letteratura, sono la

⁴² Nuño, L. et al. (2021).

⁴³ Fleischhacker, W. et al. (2014).

⁴⁴ O'Donoghue, B. et al. (2015).

⁴⁵ Bhalla, I. P. et al. (2018).

⁴⁶ Mahmood, Z. et al. (2018).

⁴⁷ Kendler, K. S. et al. (2018).

⁴⁸ Lee, E. et al. (2018).

resilienza⁴⁹, i fattori genetici⁵⁰, la personalità premorbossa⁵¹ e l'intelligenza premorbossa⁵².

2.3 PTI: Piano di Trattamento Individuale

Il PTI, ovvero *Piano di Trattamento Individuale*, è un progetto personalizzato educativo-assistenziale e multidisciplinare elaborato per i pazienti che necessitano di cure e interventi specifici; è un elemento fondamentale all'interno del PDTA e rappresenta un accordo e impegno di cura tra il DSM e il paziente, con l'auspicabile coinvolgimento delle famiglie e la rete sociale. In questo contesto la figura del *Case Manager* emerge come elemento cruciale nella pianificazione, monitoraggio e coordinamento delle diverse componenti terapeutiche.

L'elaborazione del PTI nel contesto di salute mentale è prevista per i pazienti con specifici criteri diagnostici, come i disturbi schizofrenici, disturbi dello spettro psicotico, sindromi affettive gravi e disturbi della personalità con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale⁵³. Si tengono in considerazione, dunque, la gravità e la complessità del quadro clinico, potenzialità riabilitative, le resistenze al cambiamento, la stabilità clinica e la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, stabilito sulla base di strumenti di valutazione standardizzati, come per esempio HoNOS (Allegato n.2)⁵⁴. L'obiettivo del PTI è di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente stabilendo una correlazione a due livelli:

— Il livello di intervento terapeutico riabilitativo richiesto: intensità riabilitativa;

⁴⁹ Torgalsbøen, A. K. et al. (2018).

⁵⁰ van Erp, T. G. M. et al. (2018).

⁵¹ Goghari V. M. (2017).

⁵² Leeson, V. C. (2011).

⁵³ Conferenza Stato Regioni, 2013.

⁵⁴ Conferenza Stato Regioni, 2013.

— Il livello assistenziale necessario: intensità assistenziale.⁵⁵

Il PTI è incluso nella cartella clinica del paziente e regolarmente aggiornato in base al suo andamento clinico. Nel PTI devono essere indicate le caratteristiche funzionali del paziente, la sua partecipazione al progetto, le motivazioni e gli obiettivi del programma di cura e la tipologia delle prestazioni erogate dall'équipe⁵⁶.

Un PTI è composto principalmente da:

1. Anamnesi e valutazione: questa sezione comprende informazioni dettagliate sulla storia clinica del paziente, i sintomi, la/le diagnosi e altre informazioni rilevanti;
2. Obiettivi terapeutici: specifica gli obiettivi che si vogliono raggiungere con il trattamento, devono essere realistici, specifici e sostenibili per il paziente;
3. Piano di trattamento: indica nel dettaglio le terapie raccomandate, possono includere farmaci, interventi chirurgici o terapie mediche;
4. Criteri di monitoraggio e follow-up: definisce i parametri che saranno monitorati per valutare l'efficacia del trattamento e stabilisce le scadenze per i controlli successivi;
5. Indicazioni per il paziente: fornisce al paziente istruzioni dettagliate su come seguire il trattamento;
6. Responsabilità dei professionisti sanitari: specifica quali membri del gruppo sanitario saranno coinvolti nella gestione del trattamento e quali saranno i loro ruoli e responsabilità e soprattutto l'individuazione del referente complessivo del progetto (Case Manager).

Il PTI è particolarmente rilevante nel contesto di salute mentale, dove pazienti con disturbi come la schizofrenia possono trarre benefici da un approccio terapeutico su misura.

⁵⁵ “Le strutture residenziali psichiatriche” (Ministero della Salute, 2013).

⁵⁶ DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE. 08 aprile 2022, n. 371 “Definizione modello organizzativo e gestionale dell'area salute mentale”.

2.3.1 La figura del Case Manager all'interno del PTI

La Case Management Society of America (CMSA) definisce il Case Management come *“un processo collaborativo di valutazione, pianificazione, facilitazione, coordinamento, valutazione e patrocinio di opzioni e servizi per soddisfare le esigenze generali della salute di un individuo e della famiglia attraverso la comunicazione e le risorse disponibili per promuovere la qualità e risultati efficaci”*⁵⁷. Nel *Case Management* vi è la creazione di una nuova figura assistenziale, il *Case Manager*, scelta sulla base delle risorse disponibili, che sia in grado di stabilire una relazione di fiducia continuativa, centrata sulle esigenze individuali del singolo paziente: è questa figura che coordina attivamente il gruppo, collabora in prima persona alla creazione del servizio stesso e recupera preventivamente le potenzialità di ogni membro dell'équipe⁵⁸. Le funzioni di Case Manager possono essere svolte dai diversi professionisti dell'équipe, in maniera particolare da infermieri, assistenti sociali, educatori professionali e tecnici della riabilitazione. Il Case Manager in area di salute mentale è il referente complessivo del Progetto che, all'interno di una relazione significativa con il paziente, assume una funzione specifica di monitoraggio del progetto nella sua attuazione. Le funzioni specifiche all'interno del PTI che vengono riconosciute al Case Manager sono⁵⁹:

- Valutazione e pianificazione: collabora con il gruppo individuato di assistenza sanitaria per condurre una valutazione completa e la seguente pianificazione di obiettivi e interventi sul paziente;
- Monitoraggio del progresso: si assicura di monitorare regolarmente il progresso del paziente rispetto agli obiettivi previsti nel PTI. Raccoglie dati e informazioni pertinenti per valutare l'efficacia del trattamento, verifica della congruità della presa in carico, oltre alla revisione delle risorse investite e l'utilizzo appropriato dei servizi;

⁵⁷ Carneal, Spivey, 2016.

⁵⁸ Percudani et al., 2013.

⁵⁹ *“L'équipe, il lavoro integrato e il Case Manager nel Piano di Trattamento Individuale”* (Il Piano Regionale per la Salute Mentale lombardo e le sue linee di attuazione, 2013).

- Gestione delle complicanze e delle emergenze: risponde prontamente a situazioni di emergenza o a complicanze legate al trattamento assicurandosi che il paziente riceva l'assistenza necessaria;
- Advocacy e supporto del paziente: ('avvocato') figura di sostegno o facilitatore del paziente. Uno degli elementi più importanti nel processo di gestione del caso è la relazione con il paziente. Questa relazione è basata sulla fiducia, sul rispetto e sulla comunicazione, fornisce al paziente e alla sua famiglia supporto emotivo e risposte alle loro domande o preoccupazioni. Aiuta il paziente ad orientarsi nel sistema sanitario e a ottenere servizi e risorse;
- Coordinamento e collaborazione: si occupa del coordinamento della micro-équipe nella condivisione del progetto senza sovrapposizione di ruoli, con attivazione delle risorse al momento e nei tempi adeguati;
- Referenza del percorso di cura: come garante del progetto e della qualità delle prestazioni erogate.

La figura del Case Manager nel Piano Terapeutico Individuale (PTI) è cruciale per garantire un trattamento efficace e personalizzato del paziente. La sua capacità di coordinare, gestire e fornire supporto attivo è fondamentale per garantire che il paziente riceva la migliore cura possibile⁶⁰. La presenza e il coinvolgimento diretto contribuiscono a ottimizzare il trattamento, promuovendo l'*empowerment* e il recupero ottimale dell'assistito⁶¹.

In particolare, nell'ottica infermieristica, l'Infermiere Case Manager (ICM) assume maggiore rilievo come mediatore delle esigenze del paziente e migliora la capacità dei diversi servizi di prendersi cura di lui nella sua globalità. La competenza professionale dell'infermiere è formata dalla combinazione di conoscenze professionali, di capacità e abilità professionali e di orientamenti per sapere individuare la domanda di assistenza infermieristica (i bisogni) dando ad essa una risposta (la prestazione infermieristica) adeguata in tempi e modalità convenienti. La figura dell'ICM accompagna il paziente nello sviluppo della capacità di prendere autonomamente decisioni che riguardano la

⁶⁰ Jones et al., 2012

⁶¹ Crane-Ross, D. et al., 2006.

propria vita e la propria salute (*empowerment*) e a divenire “esperto” nella gestione della sua condizione personale⁶².

Il paziente è sempre il centro di interesse nel processo di gestione del caso. Dal momento dell'accertamento iniziale, il Case Manager ha il compito di comprendere le prospettive del paziente e far sì che queste si integrino nel sistema d'assistenza, guidandolo lungo tutto il percorso. In questo modo, il Case Manager diventa uno degli elementi indispensabili nel processo di cura, aiutando a creare un percorso terapeutico mirato e orientato alle specifiche esigenze del paziente⁶³.

⁶² Mencacci C, Straticò E, 2003; Piccardo C, 1995.

⁶³ Choi PP, 2015.

3.1 Criteri di selezione degli studi

- *Disegno di studio*: non sono state messe in atto restrizioni in merito al disegno di studio. Sono stati presi in considerazione gli studi e riferimenti bibliografici riguardanti la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della salute (ICF), i *Core Set* per le persone affette da schizofrenia basati su ICF, gli strumenti ICF-Recovery, il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) del paziente schizofrenico, l'analisi del lavoro d'équipe e il Case Manager nel Piano Terapeutico Individuale (PTI) per questa tipologia di paziente.
- *Tipologia di partecipanti*: équipe assistenziale che utilizza i modelli di accertamento nel setting del Dipartimento di Centro Salute Mentale.
- *Tipologia di outcomes misurati*: i criteri presi in considerazione da questa revisione della letteratura riguardano l'integrazione degli strumenti ICF-Recovery in un'ottica multiprofessionale per fornire un accertamento biopsicosociale del paziente affetto da schizofrenia.

3.2 Strategia di ricerca per individuare gli articoli

Per individuare gli articoli inclusi nella corrente revisione della letteratura, è stata utilizzata la strategia che prevede la consultazione dei database elettronici quali: PubMed, Ovid, Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Google Scholar, EBN Guidelines nei mesi di luglio e agosto 2023. Tuttavia, la maggior parte degli articoli inclusi sono stati reperiti nella banca dati PubMed. La ricerca è stata principalmente condotta attraverso termini Medical Subject Heading (MeSH) e parole chiave come “ICF”, “schizophrenia”, “assessment”, “nursing”, “mental health”, “rehabilitation”, utilizzando diversi operatori booleani (AND, OR, NOT) andando a creare le seguenti stringhe di ricerca:

- ICF AND schizophrenia;
- ICF AND schizophrenia AND rehabilitation;
- ICF AND rehabilitation AND mental health;

- ICF AND assessment AND nursing;
- ICF AND schizophrenia AND rehabilitation OR assessment.

Sono inoltre stati selezionati i seguenti filtri:

- Free full text;
- Full text;
- Published in the last 10 year.

3.3 Selezione degli studi

Per la conduzione della revisione bibliografica in oggetto è stato reperito molto materiale per quanto riguarda la schizofrenia, le manifestazioni cliniche, il percorso diagnostico-terapeutico del paziente affetto da tale patologia, l'ICF e, in particolare, sono stati ricercati e selezionati in modo critico gli articoli nel quale fosse stato possibile valutare l'ICF-Recovery come modello di assistenza integrato e interdisciplinare per l'accertamento delle persone affette da schizofrenia, al fine di rispondere allo scopo di tale revisione.

Sono stati individuati articoli riconducibili al contesto internazionale (Italia, Spagna e Svizzera) a seguito di una ricerca finalizzata a rintracciare articoli di letteratura il più possibile aggiornati e inerenti con l'argomento trattato. Sono stati analizzati 8 articoli in modalità free full-text in lingua inglese, dei suddetti ne sono stati selezionati 6 poiché trattano in modo più puntuale l'argomento in analisi.

3.4 Descrizione degli studi inclusi nella revisione

Sono stati selezionati i seguenti studi (Tabella n.1), in quanto rispondono sufficientemente ai quesiti e agli obiettivi prefissati per questa revisione bibliografica. Sono stati ricercati gli studi che trattano come il modello ICF può facilitare la comunicazione tra professionisti e individui durante la riabilitazione, come può questo modello calarsi nel paziente con diagnosi di schizofrenia, l'analisi dei Core Set nel modello ICF per la schizofrenia, e lo sviluppo degli strumenti di ICF-recovery per supportare una riabilitazione biopsicosociale basata sulle evidenze.

Tabella n.1 – *Studi inclusi nella revisione bibliografica:*

Autore, Paese, Anno	Disegno di studio	Campione	Risultati
Nuño, L., Barrios, M., Moller, M. D., Calderón, C., Rojo, E., Gómez-Benito, J., & Guílera, G. (2019), Spagna.	Studio con tecnica Delphi.	1600 professionisti sanitari dei centri di salute mentale, di cui 101 infermieri, provenienti da 30 paesi in rappresentanza di tutte e sei le regioni dell'OMS.	Il presente studio ha identificato i problemi del paziente schizofrenico e i fattori ambientali più frequentemente riscontrati dai professionisti sanitari in oggetto durante il trattamento di questa tipologia di pazienti, validando quelli che sono i Core Set dell'ICF per i pazienti schizofrenici. Inoltre, si evince che Fornendo ai diversi specialisti un linguaggio condiviso, l'ICF facilita la comunicazione e il coordinamento delle cure.

Nuño, L., Guilera, G., Rojo, E., Gómez-Benito, J., & Barrios, M. (2021), Spagna.	Studio con tecnica Delphi.	443 psichiatri, 223 psicologi, 160 infermieri, 127 terapisti occupazionali e 22 fisioterapisti con almeno un anno di esperienza nel trattamento di persone con diagnosi di schizofrenia.	Il presente studio fornisce un importante supporto alla validità del contenuto mondiale degli ICF-CS per la schizofrenia dal punto di vista degli esperti. I risultati evidenziano l'importanza, nella valutazione e nel trattamento degli individui con schizofrenia, di valutare il funzionamento considerando le funzioni corporee, la partecipazione alle attività, gli aspetti ambientali e i fattori personali che gli esperti hanno identificato. Tutto ciò suggerisce che l'ICF e questi ICF-CS forniscono un quadro efficace
--	----------------------------	--	---

			all'interno del quale valutare e descrivere il funzionamento nelle persone con schizofrenia e quindi possono essere uno strumento utile nel trattamento completo di questa popolazione.
Nuño, L., Guilera, G., Bell, M., Rojo, E., Gómez-Benito, J., Calderón, C., & Barrios, M. (2021), Spagna.	Studio con tecnica Delphi.	Terapisti occupazionali esperti nel trattamento di persone affette da schizofrenia.	I Core Set ICF per la schizofrenia sono stati validati dal punto di vista dei terapisti occupazionali e sono strumenti potenzialmente utili per la pratica clinica perché coprono un'ampia varietà di problemi che i terapisti occupazionali affrontano negli interventi con persone affette da schizofrenia.
Nuño, L., Barrios, M., Rojo, E.,	Studio con tecnica Delphi.	Un totale di 352 psichiatri	Questo studio Delphi ha

Gómez-Benito, J., & Guilera, G. (2018), Spagna.		provenienti da 63 Paesi, in rappresentanza di tutte e sei le regioni dell'OMS.	documentato le aree e gli aspetti che gli psichiatri considerano importanti per la valutazione e il trattamento di persone con schizofrenia, convalidando i Core Set dell'ICF per la schizofrenia.
Nuño, L., Guilera, G., Coenen, M., Rojo, E., Gómez-Benito, J., & Barrios, M. (2019), Spagna.	Studio con tecnica Delphi.	Hanno partecipato 223 psicologi di tutto il mondo con almeno un anno di esperienza nel trattamento di adulti affetti da schizofrenia.	Questo studio evidenzia le problematiche legate al funzionamento che gli psicologi incontrano nel loro lavoro con individui affetti da schizofrenia e considera la misura in cui questi aspetti sono coperti dai Core Sets ICF per la schizofrenia.
Pasqualotto, L., Cibir, M., Barban, D., Perrelli, E., &	Revisione bibliografica della letteratura.	La revisione si è basata sulle osservazioni raccolte da ampi corsi di formazione sugli	Gli strumenti ICF-Recovery open access offrono un modello di valutazione che,

Cazzin, A. (2023), Italia.		strumenti di ICF-Recovery, tenuti in tutta Italia presso SerD, Servizi di Salute Mentale e Comunità Terapeutiche, che hanno coinvolto oltre 1100 professionisti che stanno sperimentando gli strumenti di ICF-Recovery.	grazie a una serie di algoritmi, produce elaborazioni grafiche in grado di evidenziare le priorità di intervento, permettendo di verificare gli esiti nel tempo. Nella revisione 2023 degli strumenti, il gruppo di ricerca ha riconsiderato in modo approfondito questi calcoli, in modo che siano più funzionali al recupero della persona, anche quando la malattia è in via di cronicizzazione.
-------------------------------	--	---	---

3.5 Descrizione degli studi esclusi dalla revisione

Gli studi esaminati nella seguente (Tabella n.2) sono stati esclusi dalla revisione. Gli studi non risultano validi per poter rispondere ai quesiti posti in quanto si sono incentrati su un tema secondario rispetto a quello trattato nell'elaborato di tesi.

Tabella n.2 – *Studi esclusi nella revisione bibliografica:*

Autore, Paese, Anno	Disegno di studio	Campione	Risultati
Maritz, R., Aronsky, D., & Proding, B. (2017), Svizzera.	Revisione sistematica della letteratura.	Revisione sistematica della letteratura per identificare pubblicazioni internazionali sottoposte a peer review che hanno esaminato l'uso dell'ICF nelle cartelle cliniche elettroniche.	In questa revisione emerge l'esistenza di diversi approcci e soluzioni tecniche per integrare l'ICF nelle cartelle cliniche elettroniche, come la combinazione dell'ICF con altri standard esistenti per le cartelle cliniche elettroniche o la selezione dei codici ICF con l'elaborazione del linguaggio naturale.
Nuño, L., Guiler, G., Barrios, M., Gómez-Benito, J., & Abdelhamid, G. S. M. (2022), Spagna.	Studio con tecnica Delphi.	Un totale di 638 professionisti sanitari provenienti da contesti diversi e con un ruolo significativo nel trattamento di	Il presente studio fornisce quindi un importante contributo alla letteratura sulla validazione del Breve ICF-CS per la schizofrenia.

		individui affetti da schizofrenia.	
--	--	------------------------------------	--

4.1 Qualità metodologica degli studi

All'inizio della redazione dell'elaborato, si prevedeva di analizzare l'applicazione di ICF-Recovery come strumento integrato al fine di eseguire un accertamento mirato del paziente con diagnosi di schizofrenia. Durante la ricerca nelle banche dati elettroniche, è emerso solo un riferimento per quanto riguarda tale modello generalizzato ai pazienti con malattia mentale. Sono emersi, invece, studi pertinenti all'ICF e la validazione dei Core Set per il paziente con diagnosi di schizofrenia dal punto di vista delle figure professionali coinvolte in questo tipo di accertamento. Si è scelto di procedere con l'analisi di tali articoli e di analizzare ICF-Recovery, oltre che con l'articolo trovato, anche mediante il libro *“ICF, salute mentale e dipendenze-Strumenti per la riabilitazione orientata alla recovery”* (2020), a cura di Luciano Pasqualotto, Paola Carozza e Mauro Cibir.

Gli studi selezionati e inclusi nella revisione sono stati eseguiti tramite studio con tecnica Delphi, fa eccezione l'articolo di Pasqualotto L. et al., (2023), che è una revisione basata sulle osservazioni raccolte da ampi corsi di formazione sugli strumenti di ICF-Recovery. Il metodo Delphi è un metodo d'indagine iterativo che si svolge attraverso più fasi (tipicamente due o tre) di espressione e valutazione delle opinioni di un gruppo di esperti in cui l'obiettivo è di raccogliere informazioni sull'argomento di interesse, cercando il consenso tra gli esperti consultati.⁶⁴

Lo studio di Nuño, L. et al., (2018) *“Validation of the ICF Core Sets for schizophrenia from the perspective of psychiatrists”*: An international Delphi study” è un sondaggio in tre fasi utilizzando la tecnica Delphi; agli psichiatri esperti nel trattamento della schizofrenia è stato chiesto quali problemi incontrassero comunemente in questi pazienti. Un totale di 352 psichiatri provenienti da 63 paesi in rappresentanza di tutte e sei le regioni dell'OMS hanno risposto al questionario del primo turno e 303 hanno completato tutti e tre i turni (tasso di risposta dell'86%). Dalle risposte del primo turno sono stati estratti 7133 concetti e collegati a 387 categorie ICF e 35 fattori personali. Di

⁶⁴ Hasson et al., 2000

questi, il consenso (accordo $\geq 75\%$) è stato raggiunto per 91 categorie ICF e 31 fattori personali.

Lo studio Nuño, L. et al., (2019) “*Functioning in schizophrenia from the perspective of psychologists: A worldwide study*”, esplora la validità del contenuto degli ICF-CS per la schizofrenia dal punto di vista degli psicologi, un altro gruppo di professionisti sanitari strettamente coinvolti nella cura degli individui con schizofrenia. Nello specifico, i due obiettivi erano: 1) identificare i problemi, le caratteristiche/risorse personali e gli aspetti dell'ambiente che gli psicologi considerano più importanti per comprendere il funzionamento delle persone con schizofrenia; 2) analizzare la misura in cui i problemi e gli aspetti identificati sono rappresentati negli ICF-CS per la schizofrenia. Lo studio è stato condotto con uno studio Delphi in tre fasi a livello mondiale mediante un sondaggio via e-mail.

Nello studio Delphi di Nuño, L. et al., (2019) “*An international survey of Psychiatric-Mental-Health Nurses on the content validity of the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for Schizophrenia*” hanno partecipato un totale di 101 infermieri provenienti da 30 paesi che coprono tutte e sei le regioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Le loro risposte nel primo round sono state collegate alle categorie ICF, conservando quelle riportate da almeno il 5% dei partecipanti. Nel secondo round è stato chiesto loro di valutare la rilevanza di ciascuna di queste categorie per l'assistenza infermieristica dei pazienti affetti da schizofrenia. Questo processo è stato ripetuto nel Round 3. Il rigore metodologico è stato garantito applicando la check list COREQ (Booth et al., 2014). La procedura di studio è stata la stessa utilizzata nello studio di validazione dell'ICF-CS per la schizofrenia dal punto di vista degli psichiatri, per cui ulteriori dettagli possono essere consultati in Nuno, L. et al., (2018).

Nello studio Nuño, L. et al., (2021) “*Occupational Therapists' Perspective on the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets (ICF-CS) for Schizophrenia*” è uno studio Delphi in tre fasi utilizzando sondaggi online distribuiti a terapisti occupazionali in tutto il mondo. Ai partecipanti è stato chiesto quali problemi di funzionamento considerassero più rilevanti nel trattamento di persone affette da schizofrenia. 92 terapisti occupazionali provenienti da 29 paesi in tutte e sei le regioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno nominato 2.527

concetti significativi. Dopo il processo di collegamento, 121 categorie ICF e 31 fattori personali sono stati presentati al gruppo di esperti, che ha raggiunto il consenso (accordo $\geq 75\%$) su 97 categorie ICF e 27 fattori personali. È stato raggiunto il consenso sulle 25 categorie del Brief ICF–CS per la schizofrenia e su 89 delle 97 categorie del Comprehensive ICF–CS per la schizofrenia.

Nello studio Nuño, L. et al., (2021) “*An Integrated Account of Expert Perspectives on Functioning in Schizophrenia*” sono stati condotti sei studi Delphi in tre fasi con gruppi di esperti provenienti da diversi background professionali che hanno svolto un ruolo significativo nel trattamento di individui affetti da schizofrenia (psichiatria, psicologia, infermieristica, terapia occupazionale, assistenza sociale e fisioterapia). Al primo turno hanno partecipato in totale 790 esperti provenienti da 85 paesi diversi. In totale, 90 categorie ICF e 28 fattori personali hanno raggiunto il consenso degli esperti (raggiunto il consenso da quattro o più punti di vista professionali).

Gli autori dell’articolo di Pasqualotto, L. et al., (2023) “*The development of icf-recovery tools to support an evidence-based psychosocial rehabilitation*” fanno parte di un gruppo di ricerca che si propone di migliorare continuamente gli strumenti e di rilasciarne annualmente le versioni ottimizzate. La revisione si è basata sulle osservazioni raccolte da ampi corsi di formazione sugli strumenti di ICF-Recovery, tenuti in tutta Italia presso Ser.D, Servizi di Salute Mentale e Comunità Terapeutiche, che hanno coinvolto oltre 1100 professionisti. I professionisti dello studio stanno sperimentando gli strumenti di ICF-Recovery al fine di validarli come mezzo di comunicazione tra diversi operatori e servizi,

4.2 Confronto tra studi selezionati

Negli studi selezionati e inclusi nella revisione (Tabella n.1) emerge, secondo le diverse prospettive dei professionisti sanitari coinvolti all’utilizzo dello strumento ICF, la validità dei Core Sets dell’ICF per la schizofrenia, l’importanza di questo modello e degli strumenti ICF-Recovery per promuovere il coordinamento interdisciplinare e per facilitare la comunicazione tra i membri del gruppo riabilitativo multidisciplinare attraverso un linguaggio standard. ICF-Recovery permette, oltre ad un accertamento mirato, anche di definire e valutare gli obiettivi da raggiungere nei

percorsi personalizzati⁶⁵. Questo cambiamento nell'approccio terapeutico in un'ottica biopsicosociale evidenzia la necessità di uno strumento in grado di valutare l'intero spettro di difficoltà di funzionamento che una persona può avere e tutte le variabili contestuali coinvolte, inoltre, che faciliti il coordinamento e il lavoro congiunto tra tutte le professioni coinvolte nel recupero processi.

Lo studio di Nuño, L. et al., (2018) evidenzia le principali problematiche relative al funzionamento che gli psichiatri incontrano nel loro lavoro con le persone affette da schizofrenia. Per quanto riguarda la componente "Funzioni corporee", 13 delle 16 categorie che hanno raccolto consensi appartengono al capitolo "Funzioni mentali". Le categorie più frequentemente citate di questo capitolo riguardano i sintomi classici della schizofrenia, come deliri e allucinazioni, sintomi negativi e altre alterazioni tipiche come i deficit cognitivi e le funzioni psicosociali, tutti obiettivi terapeutici chiave per gli psichiatri⁶⁶. Solo una categoria di questa componente che ha ottenuto il consenso nello studio Delphi, *b126 Funzioni del temperamento e della personalità*, non è inclusa nell'ICF-CS per la schizofrenia. Il 97% dei partecipanti concorda sul fatto che le persone che soffrono di schizofrenia mostrano cambiamenti nella loro struttura cerebrale. Ciò è supportato dalla letteratura, la quale afferma che il cervello è la struttura alterata più importante in questa malattia⁶⁷. Pertanto, dal punto di vista degli psichiatri, l'inclusione della categoria *s110 Struttura del cervello* nell' ICF-CS per la schizofrenia dovrebbe essere presa in considerazione.

"Attività e partecipazione" è stata la componente con il maggior numero di categorie che hanno ottenuto il consenso. Queste categorie coprono tutti i capitoli e si sono concentrate in particolare sulla cura di sé (es. *d570 Prendersi cura della propria salute*), sulla vita domestica (es. *d640 Fare i lavori di casa*), le interazioni interpersonali (es. *d720 Interazioni interpersonali complesse*) e le principali aree della vita come l'istruzione (es. *d825 Formazione professionale*). Tutte le categorie di questa

⁶⁵ Pasqualotto L. et al., 2023.

⁶⁶ Ahmed et al., 2018; Dragioti et al., 2017.

⁶⁷ Koychev et al., 2012.

componente per le quali è stato raggiunto un consenso sono incluse nell'ICF-CS per la schizofrenia.

La componente con il secondo maggior numero di categorie che ha ottenuto il consenso è stata quella dei “Fattori ambientali”. Le categorie concordate coprivano quasi tutti i suoi capitoli e riguardavano in particolare il sostegno e le relazioni, come il sostegno dei familiari più stretti (*e310 Familiari stretti*), gli atteggiamenti (*e420 Atteggiamenti individuali degli amici*) e l'accessibilità dei servizi sanitari (*e580 Servizi, sistemi e politiche sanitarie*). Questi risultati evidenziano l'importanza che gli psichiatri attribuiscono all'impatto dei fattori ambientali sul funzionamento di una persona con schizofrenia. Delle 34 categorie di questa componente che hanno ottenuto il consenso nello studio Delphi, solo due non sono incluse nell'ICF-CS per la schizofrenia (*e135 Prodotti e tecnologie per l'occupazione* ed *e140 Prodotti e tecnologie per la cultura, il tempo libero e lo sport*), entrambi appartenenti al capitolo *e1 Prodotti e tecnologie*. È stato proposto un elenco di 36 Fattori Personali, 31 dei quali hanno ottenuto un consenso nel terzo round. In letteratura, si ritiene che fattori personali come l'età di insorgenza⁶⁸, l'intelligenza premorbo⁶⁹e il funzionamento premorbo⁷⁰, influenzino il modo in cui le persone con schizofrenia affrontano la malattia. Sarebbe utile, quindi, che ICF includesse anche una classificazione di questa componente, in modo da consentire l'identificazione sistematica di tutti i fattori personali che influenzano il funzionamento e la salute. Dieci categorie che fanno parte dell'ICF-CS per la schizofrenia non hanno ottenuto consenso nello studio Delphi, e nove di esse corrispondono alla componente “Attività e partecipazione”. Ciò riflette probabilmente l'approccio multidisciplinare seguito nello sviluppo dell'ICF-CS, che mira a coprire i principali obiettivi di intervento di tutti gli operatori sanitari (non solo psichiatri) coinvolti nel trattamento di individui con schizofrenia⁷¹.

⁶⁸ O'Donoghue et al., 2015.

⁶⁹ Leeson et al., 2011.

⁷⁰ Brill et al., 2009.

⁷¹ Organizzazione Mondiale della Sanità, 2001.

In pratica, quindi, è improbabile che un ICF-CS menzioni tutti gli obiettivi specifici che potrebbero essere affrontati da una determinata disciplina professionale e allo stesso modo, potrebbe includere alcune categorie che non sono particolarmente rilevanti per alcuni professionisti.

In conclusione, la validità contenutistica dell'ICF-CS per la schizofrenia è ampiamente supportata dal punto di vista degli psichiatri, suggerendo che può essere uno strumento molto utile nella psichiatria clinica. Soprattutto in contesti clinici multidisciplinari, l'ICF-CS per la schizofrenia potrebbe fornire un quadro completo per organizzare le informazioni secondo la prospettiva biopsicosociale dell'ICF, e può anche servire a migliorare la comunicazione all'interno di gruppi multiprofessionali e a guidare la gestione e il trattamento dei pazienti da parte di diversi professionisti della salute.

Lo studio di validazione di Nuño, L. et al., (2019) evidenzia le problematiche legate al funzionamento che gli psicologi incontrano nel loro lavoro con individui affetti da schizofrenia e considera la misura in cui questi aspetti sono coperti dai Core Sets ICF per la schizofrenia. Per quanto riguarda la componente “Funzioni corporee”, tutte le categorie che hanno ottenuto consenso appartengono al capitolo *b1 Funzioni mentali*. Alcune delle categorie che hanno ottenuto un consenso maggiore si riferiscono alle funzioni cognitive, come *b164 Funzioni cognitive di livello superiore*. Gli interventi psicologici affrontano anche altre categorie associate ad un alto accordo, vale a dire funzioni psicosociali (*b122 Funzioni psicosociali globali*) funzioni influenzate da sintomi negativi (ad esempio, *b130 Funzioni energetiche e pulsionali* e *b152 Funzioni emotive*) e sintomi classici della schizofrenia come deliri e allucinazioni (ad esempio *b156 Funzioni percettive*). Questi risultati differiscono leggermente da quelli ottenuti dal punto di vista degli psichiatri.

Sebbene gli psichiatri abbiano sottolineato l'importanza di molte categorie del capitolo *b1 Funzioni mentali*, gli psicologi enfatizzato anche altre categorie della componente “Funzioni corporee”, come *b530 Funzioni di mantenimento del peso* o *b765 e Funzioni di movimento involontario*. Il 90% degli psicologi concorda sul fatto che la struttura del cervello (*s110 Struttura del cervello*) è un aspetto essenziale da considerare quando si trattano individui affetti da schizofrenia. L'importanza di questa categoria è stata rilevata anche nello studio Delphi dal punto di vista degli psichiatri, dove il consenso era ancora più elevato

(97%). Pertanto, dal punto di vista degli psicologi, dovrebbe essere presa in considerazione l'inclusione di questa categoria nell'ICF-CS per la schizofrenia.

La componente con il maggior numero di categorie che hanno ottenuto consenso è stata "Attività e Partecipazione". Queste categorie coprivano tutti i capitoli e si concentravano soprattutto sull'apprendimento e sull'applicazione della conoscenza (es. *d160 Focalizzare l'attenzione*), sulle interazioni interpersonali (es. *d720 Interazioni interpersonali complesse*) e sulle principali aree della vita come l'istruzione (es. *d830 Istruzione superiore*) e l'occupazione (es. *d845 Acquisire, mantenere e terminare un lavoro*).

Ancora una volta, questi risultati sono coerenti con quelli ottenuti nella validazione dell'ICF-CS per la schizofrenia dal punto di vista degli psichiatri. Sedici categorie incluse nella componente "Attività e Partecipazione" del Comprehensive ICF-CS per la schizofrenia sono state inizialmente citate da molti degli esperti ma non hanno raggiunto la soglia del consenso. Di queste, le categorie appartengono principalmente al capitolo *d6 Vita domestica* (es. *d640 Fare lavori domestici*) o sono legate all'occupazione (es. *d855 Non -impiego retribuito*).

Vale la pena notare che queste categorie hanno prodotto un accordo del 75% o superiore nello studio Delphi dal punto di vista degli psichiatri, evidenziando così come diversi punti di vista professionali possano completarsi a vicenda. Le categorie ICF-CS complete selezionate da meno del 50% degli psicologi si riferivano principalmente ad attività semplici come *d210 Intraprendere un singolo compito* e *d330 Parlare*, mentre è stato raggiunto il consenso per le categorie equivalenti più complesse (es. *d220 Intraprendere più compiti*). Questi risultati offrono una visione più positiva delle capacità delle persone con schizofrenia, poiché suggeriscono che le loro difficoltà dipendono principalmente dalla complessità del compito.

Come nello studio precedente, dal punto di vista degli psichiatri, la componente con il secondo maggior numero di categorie che mostravano un accordo di almeno il 75% era quella dei "Fattori Ambientali".

Le categorie concordate riguardavano in particolare il supporto e le relazioni (es. *e320 Amici*), gli atteggiamenti (*e410 Atteggiamenti individuali dei familiari prossimi*) e l'accessibilità dei servizi sanitari (*e580 Servizi, sistemi e politiche sanitarie*). Questi

risultati suggeriscono che gli psicologi attribuiscono una notevole importanza all'impatto dei fattori ambientali sul funzionamento di una persona affetta da schizofrenia.

Per quanto riguarda la componente “Fattori personali”, 28 hanno ottenuto il consenso nel terzo round Delphi. Fattori personali, come la resilienza, le abilità cognitive premorbose, le abilità sociali premorbose, la storia personale, l'uso di farmaci e lo stile di vita premorbo e la personalità premorbo influenzano il modo in cui le persone affette da schizofrenia affrontano la loro malattia.

I risultati di questo studio affermano come sia importante avere un insieme di categorie di base che si rivolga a una particolare popolazione di pazienti e che aiuti sia a migliorare la comunicazione all'interno di gruppi multiprofessionali, guidando la gestione e il trattamento dei pazienti da parte di diversi professionisti sanitari per garantire un'assistenza ottimale.

Nello studio Delphi di Nuño, L. et al., (2019) considera per questa analisi la prospettiva degli infermieri di salute mentale. Si evidenzia che, per quanto riguarda la componente “Funzioni corporee”, è stato raggiunto un accordo superiore al 75% per 17 categorie. Per quanto riguarda le “Strutture corporee”, l'ICF-CS per la schizofrenia non contiene alcuna categoria su questa componente, nonostante una delle sue categorie (*s110 Struttura del cervello*) abbia prodotto consenso nel presente studio Delphi.

Per la componente “Attività e partecipazione”, è stato raggiunto il consenso per 38 delle 48 categorie ICF-CS (79,1%) presentate agli esperti.

Per quanto riguarda i “Fattori ambientali”, è stato raggiunto un consenso del 75% o superiore per tutte le categorie (n = 32) incluse nell'ICF-CS per la schizofrenia.

Per quanto riguarda i “Fattori personali”, una componente che deve ancora essere classificata nell'ICF, il consenso è stato raggiunto per 29 dei 31 concetti (93,5%) presentati agli esperti. I risultati evidenziano gli aspetti del funzionamento che gli infermieri di salute mentale considerano più importanti nella cura delle persone con schizofrenia e, di conseguenza, supportano la validità internazionale degli ICF-CS per la schizofrenia dal punto di vista di questi professionisti sanitari.

Nello studio Nuño, L. et al., (2021) evidenzia che novantadue terapisti occupazionali provenienti da 29 paesi in tutte e sei le regioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno nominato 2.527 concetti significativi.

Dopo il processo di collegamento, 121 categorie ICF e 31 “Fattori personali” sono stati presentati al gruppo di esperti, che ha raggiunto il consenso (accordo $\geq 75\%$) su 97 categorie ICF e 27 fattori personali. È stato raggiunto il consenso su 89 delle 97 categorie del Comprehensive ICF –CS per la schizofrenia.

I Core Set ICF per la schizofrenia sono stati validati dal punto di vista dei terapisti occupazionali e sono strumenti potenzialmente utili per la pratica clinica perché coprono un’ampia varietà di problemi che i terapisti occupazionali affrontano negli interventi con persone affette da schizofrenia.

Nello studio Nuño, L. et al., (2021) si identificano i problemi, le risorse e i fattori ambientali che gli operatori sanitari incontrano più frequentemente quando trattano le persone affette da schizofrenia. Tutte le categorie che fanno parte degli ICF-CS per la schizofrenia hanno raggiunto un accordo dal punto di vista di almeno una professione e l’89,7% delle categorie della versione completa ha ottenuto il consenso degli esperti. Inoltre, il 100% delle categorie che compongono la versione breve dell’ICF-CS hanno ottenuto consensi da tutte le prospettive considerate.

Per quanto riguarda la versione completa dell’ICF-CS per la schizofrenia, nella componente “Funzioni corporee” 17 categorie hanno ottenuto il consenso degli esperti, in coincidenza con 16 delle 17 categorie di questa componente rappresentate nell’ICF-CS per la schizofrenia. Dodici di essi hanno raggiunto il consenso dal punto di vista di tutti i gruppi di esperti considerati, e tutte queste categorie appartengono al capitolo *b1 Funzioni mentali*, evidenziando la rilevanza di questo capitolo per definire il funzionamento nelle persone con schizofrenia dal punto di vista di tutte le professioni sanitarie.

Tutti i professionisti concordano – con un accordo da ciascun punto di vista superiore al 95% – che le categorie che si riferiscono ai sintomi classici della schizofrenia, come deliri e allucinazioni (es. *b156 Funzioni percettive* e *b160 Funzioni di pensiero*), sintomi negativi (*b130 Funzioni energetiche e pulsionali* e *b152 Funzioni emotive*) e altre alterazioni tipiche come deficit cognitivi (*b140 Funzioni di attenzione* e *b164 Funzioni cognitive di livello superiore*) e funzioni psicosociali (*b122 Funzioni psicosociali globali*), sono cruciali da considerare quando si valuta e si tratta questa popolazione.

Solo una categoria della componente “Funzioni del corpo” rappresentata nell'ICF-CS non ha ottenuto il consenso dalla maggior parte delle prospettive considerate. Questa categoria era *b530 Funzioni di mantenimento del peso*, che ha raggiunto il consenso solo dal punto di vista di psichiatri, infermieri e fisioterapisti. Ciò suggerisce che questa categoria è rilevante per la valutazione e gli interventi per le persone con schizofrenia, ma potrebbe non essere l'obiettivo più comune degli interventi di alcuni professionisti, come gli psicologi, che si concentrano principalmente sulle funzioni mentali piuttosto che su altre funzioni corporee.

L'ICF-CS per la schizofrenia non include alcuna categoria della componente “Strutture corporee”. Tuttavia, tutti i gruppi di esperti concordavano sul fatto che la struttura cerebrale è alterata negli individui con schizofrenia, con un accordo superiore al 90% da tutte le prospettive nella categoria *s110 Struttura cerebrale*.

La componente “Attività e Partecipazione” è quella con il maggior numero di categorie che ottengono il consenso degli esperti. In totale, 39 categorie hanno ottenuto il consenso degli esperti e, di queste, 31 hanno ottenuto il consenso tra tutti i panel professionali considerati, sette di loro hanno raggiunto un accordo medio superiore al 95%. Le categorie selezionate coprivano tutti i capitoli di questa componente e si concentravano in particolare sui capitoli *d6 Vita domestica*, *d7 Interazioni e relazioni interpersonali* e *d8 Aree principali della vita*, come l'istruzione e l'occupazione. Gli esperti hanno anche sottolineato i possibili problemi nelle aree coperte dai capitoli *d1 Apprendimento e applicazione delle conoscenze*, *d2 Compiti e richieste generali* e *d5 Cura di sé*.

La componente con il secondo maggior numero di categorie che hanno mostrato consenso è stata quella dei “Fattori ambientali”: 33 hanno ottenuto il consenso degli esperti e 21 hanno ottenuto il consenso da tutti i panel professionali considerati.

Le categorie selezionate hanno riguardato in particolare i capitoli *e3 Sostegno e relazioni*, *e4 Atteggiamenti*, e l'accessibilità dei servizi sanitari (*e5 Servizi, sistemi e politiche*). Questi risultati confermano che gli operatori sanitari attribuiscono particolare importanza all'impatto dei fattori ambientali sul funzionamento di una persona affetta da schizofrenia.

In totale, 28 “Fattori Personali” hanno raggiunto il consenso degli esperti. Di questi, 14 hanno ottenuto un consenso medio superiore al 95% tra le prospettive che hanno

ottenuto consenso. Ciò evidenzia l'importanza di considerare le caratteristiche personali nel trattamento dei soggetti affetti da schizofrenia, nonché l'importanza attribuita a questa componente da tutte le prospettive professionali.

Tutto ciò suggerisce che l'ICF e i ICF-CS validati, forniscono un quadro efficace all'interno del quale valutare e descrivere il funzionamento nelle persone con schizofrenia, possono quindi essere uno strumento utile nel trattamento completo di questa popolazione.

Nell'articolo di Pasqualotto, L. et al., (2023), si evidenziano i seguenti aggiornamenti rispetto alla precedente versione (2022) di ICF-Recovery:

- Sono stati inseriti due nuovi item, utili per individuare eventuali carenze nella sensorialità di base sulla categoria “Attività e Partecipazione”: *d110 sguardo*, *d115 ascolto*. Questi dati sono importanti nella pianificazione dei programmi di riabilitazione programmi di riabilitazione professionale.
- I capitoli “Funzioni e Strutture del corpo” sono stati eliminati dalla versione cartacea del questionario completo, ad eccezione delle *b1 Funzioni mentali*, che rimangono facoltative. Tutti gli item della versione precedente rimangono disponibili nella versione online.
- I “Fattori Ambientali” preimpostati nella versione cartacea completa del questionario sono stati ridotti, poiché alcuni di essi venivano utilizzati raramente. Tuttavia, è ancora possibile inserire i fattori ambientali necessari per completare la valutazione del funzionamento della persona, sia nella versione cartacea che in quella online.
- Nel complesso, la versione 2023 del questionario completo ICF-Recovery è più leggera e pragmatica della precedente. È stato ridefinito il questionario dedicato ai familiari, più semplice da compilare rispetto a quello rivolto ai professionisti, in modo che possa essere utilizzato da tutti i caregiver, compresi gli operatori.

Gli strumenti ICF-Recovery open access offrono un modello di valutazione che, grazie a una serie di algoritmi, produce elaborazioni grafiche in grado di evidenziare le priorità di intervento, permettendo di verificare gli esiti nel tempo.

Nella revisione 2023 degli strumenti, il gruppo ha rivisto in profondità questi calcoli in modo che fossero più utili per il processo di recovery, anche quando la malattia diventa più cronica.

Si è deciso di realizzare una tabella (Tabella n.3). Lo scopo è quello di evidenziare, in modo semplice e schematico, il numero di categorie ICF-CS per la schizofrenia per il quale è stato raggiunto il consenso degli esperti, in base al numero di categorie proposte e già presenti sulla versione completa dell'ICF-CS per la schizofrenia.

Tabella n.3 – *Numero di categorie in ICF-CS per la schizofrenia validate dai professionisti sanitari:*

Categorie presenti in ICF-CS per la schizofrenia per il quale è stato raggiunto il consenso degli esperti.	FUNZIONI CORPOREE	STRUTTURE CORPOREE	ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE	FATTORI AMBIENTALI	TOTALE
Psichiatri. Nuño, L. et al., (2018)	16/17	0/0	39/48	32/32	87
Psicologi. Nuño, L. et al., (2019)	13/17	0/0	32/48	28/32	73
Infermieri Nuño, L. et al., (2019)	17/17	0/0	38/48	32/32	87
Terapisti occupazionali. Nuño, L. et al., (2021)	17/17	0/0	39/48	32/32	88

5.1 Discussione

La schizofrenia è un disturbo mentale cronico e invalidante caratterizzato da sintomi eterogenei, sia positivi (es. deliri e pensiero disorganizzato) che negativi (es. affetto attenuato e anedonia), nonché deterioramento cognitivo e deficit funzionali multipli⁷². Sebbene il recupero sia possibile e dovrebbe essere un obiettivo prioritario nel trattamento di questa popolazione, rimane una sfida in quanto le persone con diagnosi di schizofrenia di solito sperimentano importanti disabilità nel funzionamento personale, sociale e lavorativo nel corso della loro vita.

Tuttavia, la ricerca suggerisce che i gruppi interdisciplinari di salute mentale che forniscono cure integrative agli individui affetti da schizofrenia possono ottenere miglioramenti sostanziali nei risultati clinici, sociali e sanitari⁷³.

Fornire un'assistenza integrata richiede un linguaggio comune, che consenta ai membri del gruppo interdisciplinare di sviluppare una comprensione condivisa dei problemi di funzionamento del paziente, considerando le funzioni corporee, la partecipazione alle attività, gli aspetti ambientali e i fattori personali⁷⁴. È proprio in base a questi requisiti che risponde ICF-Recovery.

La revisione bibliografica condotta evidenzia che ICF-Recovery, basato sul modello ICF, rappresenta un fondamentale strumento nell'accertamento del paziente schizofrenico in quanto, favorisce un notevole miglioramento della qualità di vita basata sul concetto della recovery.

Tuttavia, nel contesto italiano, si è riscontrata una limitata presenza di studi scientifici su questo tema, soprattutto per quanto riguarda il paziente con diagnosi di schizofrenia, con l'eccezione dell'articolo di Pasqualotto L. et al., 2023. Questo indica che ICF-Recovery è ancora oggetto di studio e di definizione nel panorama nazionale, ma,

⁷² Organizzazione Mondiale della Sanità. *Classificazione internazionale delle malattie per le statistiche sulla mortalità e morbidità (11a revisione)*, 2022.

⁷³ Schöttle, D. et al., 2018.

⁷⁴ Nuño, L. et al., 2021.

nonostante la limitata disponibilità in letteratura, questi studi costituiscono un prezioso punto di partenza per le prospettive future in questo campo.

La validità teoretica del contenuto di ICF-Recovery è assicurata dal rispetto delle indicazioni dell'OMS e del gruppo di ricerca sull'ICF per quanto riguarda la produzione di Core Set (<https://www.icf-core-sets.org/>). In particolare, gli studi di Nuño, L. et al., (2018-2021) suggeriscono gli ICF-Core Set che gli esperti hanno identificato per la valutazione del funzionamento del paziente affetto da schizofrenia, mentre, dall'articolo di Pasqualotto, L. et al., (2023), emerge come gli strumenti ICF-Recovery siano funzionali alla guarigione della persona, anche quando la malattia è in via di cronicizzazione.

In conclusione, ICF-Recovery è avvalorato dalla scelta di non omettere, all'interno di ciascuna componente del funzionamento, alcun capitolo che lo specifica e analizza. Pertanto, sono indagate tutte le dimensioni della vita quotidiana, anche quegli aspetti che in genere non sono compresi dai Servizi ambulatoriali e diurni o nelle comunità residenziali⁷⁵.

Attraverso ICF-Recovery si ottiene una valutazione valida ed attendibile dei pazienti nel loro funzionamento in diverse attività della vita quotidiana, che mette in luce punti di forza e le necessità di supporto per una vita dignitosa e di qualità, anche nei casi in cui diagnosi, storie di ricadute e cronicità sembrano chiudere ad ogni speranza⁷⁶.

5.2 Limiti dello studio

Nella stesura della seguente revisione, al fine di individuare il modello di accertamento che permettesse di stabilire un linguaggio comune tra i diversi professionisti che operano al Centro di Salute Mentale, ci si è imbattuti in alcune limitazioni.

In primo luogo, è stato individuato un solo articolo che ha come oggetto ICF-Recovery, ovvero Pasqualotto, L. et al., (2023). Questo articolo si presenta come una revisione degli strumenti *open access* dei pazienti con disturbo mentale, ciò si traduce nella necessità di ulteriori studi nel contesto italiano per valutare l'efficacia degli

⁷⁵ Pasqualotto, L. (2020).

⁷⁶ Pasqualotto, L. (2020).

strumenti ICF-Recovery, in particolare per quanto riguarda il paziente con diagnosi di schizofrenia.

In secondo luogo, non sono stati individuati altri studi che prendessero in considerazione il punto di vista degli assistenti sociali e educatori, figure presenti nel contesto di Centro Salute Mentale. Sono quindi necessari ulteriori studi di validazione dal punto di vista di un'ampia gamma di professioni sanitarie coinvolte nel trattamento delle persone con schizofrenia per ottenere una visione completa e integrativa dei bisogni dei pazienti e per produrre l'ICF-CS definitivo per la schizofrenia.

Rispetto alla strategia di ricerca per individuare gli articoli, sono state consultate le banche dati online messe a disposizione dal Sistema bibliotecario di Ateneo, usufruendo del servizio di Auth-Proxy, che ha permesso di reperire i free full-text per il cui download era necessaria l'autorizzazione; tuttavia, non sono state considerate altre banche dati, e ciò può aver impedito la consultazione di ulteriori articoli potenzialmente eleggibili.

6.1 Implicazioni per la pratica

La ricerca effettuata attraverso questa revisione bibliografica ha permesso di evidenziare che la schizofrenia è un disturbo mentale cronico con un enorme impatto sul funzionamento e sulla vita quotidiana delle persone che vivono con questa patologia. La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) offre uno standard riconosciuto a livello internazionale per descrivere lo stato di funzionamento di queste persone.

Nel trattamento della sofferenza mentale, la riabilitazione psicosociale dovrebbe essere considerata parte integrante del processo terapeutico. Ciò richiederebbe un investimento almeno pari a quello destinato al trattamento dei sintomi.

Da un punto di vista clinico esistono indicazioni sull'appropriatezza e sull'efficacia dei trattamenti. Attualmente non è lo stesso dal punto di vista psicosociale, dove è appena iniziato un approccio che orienta la riabilitazione verso i bisogni oggettivi dei pazienti. Gli strumenti ICF-Recovery offrono un modello di valutazione che, grazie a una serie di algoritmi, produce elaborazioni grafiche in grado di evidenziare le priorità di intervento, permettendo di verificarne gli esiti nel tempo. Nella revisione 2023 degli strumenti⁷⁷, il gruppo di ricerca ha riconsiderato in profondità questi calcoli, in modo da renderli più funzionali al recupero della persona, anche quando la malattia è in via di cronicizzazione. Inoltre, si evince dagli studi proposti, che i Core Set per la schizofrenia hanno un potenziale utilizzo nel supportare la pratica riabilitativa, ad esempio per pianificare servizi di salute mentale e altri interventi, definire obiettivi riabilitativi e documentare la cura del paziente.

6.2 Implicazioni per la ricerca

I risultati emersi da questa revisione bibliografica riguardano principalmente il contesto italiano e spagnolo, questo suggerisce un'area di ricerca ancora poco esplorata, soprattutto rispetto a ICF-Recovery. Lo stesso discorso vale anche per quanto riguarda gli studi Delphi proposti (Nuño, L. et al., 2018-2021), che

⁷⁷ Pasqualotto, L. et al., (2023)

documentano le aree e gli aspetti che gli operatori sanitari considerano importanti in relazione alla valutazione e al trattamento degli individui con schizofrenia; sarebbero infatti necessari ulteriori studi di validazione anche dal punto di vista delle famiglie, dei caregiver e delle persone affette da schizofrenia, nonché studi che esaminino altre fonti di evidenza di validità, al fine di integrare i risultati attuali e procedere verso una versione definitiva dell'ICF-CS per la schizofrenia.

CAPITOLO VII – APPENDICE

7.1 Caratteristiche degli studi inclusi

1. Nuño, L. et al., 2018; Barcellona (Spagna).

Obiettivi	Gli obiettivi di questo studio erano di esplorare la validità del contenuto di questi Core Set dal punto di vista degli psichiatri e di identificare - da questa prospettiva e utilizzando il quadro ICF - i problemi più comuni dei pazienti con schizofrenia.
Metodologia	Studio con tecnica Delphi.
Setting	Area di Salute mentale.
Partecipanti	Psichiatri con almeno due anni di esperienza nel trattamento diretto di persone affette da schizofrenia.
Dati emersi	Dalle risposte del primo turno sono stati estratti 7133 concetti e collegati a 387 categorie ICF e 35 fattori personali. Di questi, il consenso (accordo $\geq 75\%$) è stato raggiunto per 91 categorie ICF e 31 fattori personali. In questo elenco erano rappresentate ottantasette delle 97 categorie ICF che formano il Comprehensive ICF Core Set per la schizofrenia. Solo quattro delle categorie per le quali è stato raggiunto il consenso non figurano nel Comprehensive Core Set.

Outcomes	Dal punto di vista degli psichiatri, la validità del contenuto dei Core Sets ICF per la schizofrenia è stata ampiamente supportata. Ciò suggerisce che questi Core Sets offrono un quadro efficace per descrivere il funzionamento e la disabilità negli individui con schizofrenia
-----------------	---

2. *Nuño, L. et al., 2019; Barcellona (Spagna).*

Obiettivi	Questo studio mirava a esplorare la validità del contenuto di questi Core Sets ICF e a identificare i problemi più comuni nelle persone con schizofrenia dal punto di vista degli psicologi.
Metodologia	Studio con tecnica Delphi.
Setting	Area di Salute mentale.
Partecipanti	Psicologi con esperienza nel trattamento della schizofrenia da almeno un anno.
Dati emersi	I 7.526 concetti estratti dalle risposte del primo turno sono stati collegati a 412 categorie ICF e 53 fattori personali. È stato raggiunto il consenso (accordo $\geq 75\%$) per 76 categorie ICF e 28 fattori personali. Settantatré delle 97 categorie ICF che formano il Comprehensive ICF Core Set per la schizofrenia hanno ottenuto il consenso, e solo tre categorie che hanno ottenuto il consenso non sono presenti in questo Core Set.

Outcomes	Questi risultati supportano la validità del contenuto di questi Core Set ICF dal punto di vista degli psicologi. Ciò fornisce un'ulteriore prova dell'idoneità del quadro ICF per descrivere il funzionamento e la disabilità nelle persone con schizofrenia.
-----------------	---

3. *Nuño, L. et al., 2019; Barcellona (Spagna).*

Obiettivi	Questo studio esamina la validità dei contenuti di questi Core Sets e mira a identificare i problemi più frequenti affrontati dalle persone con schizofrenia, considerando per questa analisi la prospettiva degli infermieri di salute mentale e psichiatrica.
Metodologia	Studio con tecnica Delphi.
Setting	Area di Salute mentale.
Partecipanti	Infermieri di salute mentale e psichiatrica
Dati emersi	Nel Round 1 sono stati estratti un totale di 2327 concetti e collegati alle categorie ICF. A seguito dell'analisi, 125 categorie e 31 fattori personali sono stati presentati agli esperti nei turni 2 e 3. Il consenso (definito come accordo $\geq 75\%$) è stato raggiunto per 97 di queste categorie e 29 fattori personali. Queste categorie corrispondevano a tutte quelle ($N = 25$) del Brief Core Set e a 87 delle 97

	categorie del Comprehensive Core Set per la schizofrenia
Outcomes	Sono emerse dieci nuove categorie. Il processo Delphi ha identificato i problemi di funzionamento che gli infermieri incontrano quando trattano individui con schizofrenia, e i risultati hanno supportato la validità del contenuto dei Core Set. Questi Core Set offrono un quadro completo per strutturare le informazioni cliniche e guidare il processo di trattamento.

4. *Nuño, L. et al., 2021; Barcellona (Spagna).*

Obiettivi	Identificare i problemi che i terapisti occupazionali incontrano comunemente nel trattamento di persone affette da schizofrenia e convalidare gli ICF-CS per la schizofrenia dal loro punto di vista.
Metodologia	Studio con tecnica Delphi.
Setting	Area di Salute mentale.
Partecipanti	Terapisti occupazionali esperti nel trattamento di persone affette da schizofrenia.
Dati emersi	Novantadue terapisti occupazionali provenienti da 29 paesi in tutte e sei le regioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno nominato 2.527 concetti significativi. Dopo il processo di

	collegamento, 121 categorie ICF e 31 fattori personali sono stati presentati al gruppo di esperti, che ha raggiunto il consenso (accordo $\geq 75\%$) su 97 categorie ICF e 27 fattori personali. È stato raggiunto il consenso sulle 25 categorie del Brief ICF-CS per la schizofrenia e su 89 delle 97 categorie del Comprehensive ICF-CS per la schizofrenia.
Outcomes	I Core Set ICF per la schizofrenia sono stati validati dal punto di vista dei terapisti occupazionali e sono strumenti potenzialmente utili per la pratica clinica perché coprono un'ampia varietà di problemi che i terapisti occupazionali affrontano negli interventi con persone affette da schizofrenia.

5. Nuño, L. et al., 2021; Barcellona (Spagna).

Obiettivi	Questo studio mirava a valutare la validità del contenuto degli ICF-CS per la schizofrenia dal punto di vista degli esperti.
Metodologia	Studio con tecnica Delphi.
Setting	Area di Salute mentale.
Partecipanti	Gruppi di esperti che hanno svolto un ruolo significativo nel trattamento di individui affetti da schizofrenia

	(psichiatria, psicologia, infermieristica, terapia occupazionale e fisioterapia).
Dati emersi	Al primo turno hanno partecipato in totale 790 esperti provenienti da 85 paesi diversi. In totale, 90 categorie ICF e 28 fattori personali hanno raggiunto il consenso degli esperti (raggiunto il consenso da quattro o più punti di vista professionali). Tutte le categorie della versione breve dell'ICF-CS per la schizofrenia hanno raggiunto il consenso da tutte le prospettive professionali considerate. Per quanto riguarda la versione completa, l'89,7% delle sue categorie ha raggiunto il consenso degli esperti.
Outcomes	I risultati supportano la validità del contenuto mondiale degli ICF-CS per la schizofrenia dal punto di vista degli esperti e sottolineano l'importanza di valutare il funzionamento considerando tutte le componenti implicate.

6. *Pasqualotto, L. et al., 2023; Veneto (Italia).*

Obiettivi	Lo scopo è di presentare la revisione 2023 degli strumenti ICF-Recovery. La revisione si è basata sulle osservazioni raccolte da ampi corsi di formazione sugli strumenti di recupero ICF.
------------------	--

Metodologia	Revisione Bibliografica della letteratura.
Setting	Italia, presso SerD, Servizi di Salute Mentale e Comunità Terapeutiche.
Partecipanti	I professionisti di queste istituzioni che stanno sperimentando gli strumenti di ICF-Recovery.
Dati emersi	Sono stati inseriti due nuovi item, utili per individuare eventuali carenze nella sensorialità di base sulla categoria “Attività e Partecipazione, I capitoli “Funzioni e Strutture del corpo” sono stati eliminati dalla versione cartacea del questionario completo, ad eccezione delle <i>b1 Funzioni mentali</i> , che rimangono facoltative. I “Fattori Ambientali” preimpostati nella versione cartacea completa del questionario sono stati ridotti, poiché alcuni di essi venivano utilizzati raramente. È stato ridefinito il questionario dedicato ai familiari, più semplice da compilare rispetto a quello rivolto ai professionisti, in modo che possa essere utilizzato da tutti i caregiver, compresi gli operatori.
Outcomes	Gli strumenti open access ICF-Recovery offrono un modello di valutazione che, grazie a una serie di algoritmi, produce elaborazioni grafiche in grado di evidenziare le priorità di intervento,

	consentendo di verificare gli esiti nel tempo.
--	--

7.2 Caratteristiche degli studi esclusi

1. Maritz, R. et al., 2017; Svizzera.

Obiettivi	Fornire una revisione sistematica della letteratura sottoposta a revisione paritaria sull'uso dell'ICF nelle cartelle cliniche elettroniche, comprese le sfide e i vantaggi correlati.
Metodologia	Revisione sistematica della letteratura.
Setting	Ambiente sanitario.
Partecipanti	Le cartelle cliniche elettroniche (EHR) che supportano sia informazioni strutturate che di testo libero.
Dati emersi	Sono state riassunte le informazioni riguardanti il quadro di valutazione HOT-fit. I principali vantaggi derivanti dall'utilizzo dell'ICF nelle cartelle cliniche elettroniche sono stati la sua prospettiva globale unica sulla salute e il suo focus interdisciplinare. Le sfide principali includevano il fatto che l'ICF non è strutturato come una terminologia formale, nonché la necessità di un numero ridotto di codici ICF per un uso più fattibile e pratico.

Outcomes	Esistono diversi approcci e soluzioni tecniche per integrare l'ICF nelle cartelle cliniche elettroniche, come la combinazione dell'ICF con altri standard esistenti per le cartelle cliniche elettroniche o la selezione dei codici ICF con l'elaborazione del linguaggio naturale. Sebbene l'uso dell'ICF nelle cartelle cliniche elettroniche sia vantaggioso, come ha rivelato questa revisione, l'ICF potrebbe trarre vantaggio da ulteriori miglioramenti come la formalizzazione della rappresentazione della conoscenza nell'ICF per supportare e migliorare l'interoperabilità.
-----------------	---

2. *Nuño, L. et al., 2022; Barcellona (Spagna).*

Obiettivi	<p>a) stimare la struttura della rete del Breve ICF-CS per la schizofrenia;</p> <p>b) esaminare la struttura della comunità (categorie fortemente raggruppate insieme) alla base di questa rete;</p> <p>c) identificare le categorie più centrali all'interno di questa rete.</p>
Metodologia	Studio con tecnica Delphi.
Setting	Area di Salute mentale.
Partecipanti	Professionisti sanitari provenienti da contesti diversi e con un ruolo

	significativo nel trattamento di individui affetti da schizofrenia.
Dati emersi	La rete risultante ha rivelato forti associazioni tra le singole categorie all'interno dei componenti dell'ICF (ad esempio, <i>funzioni del corpo, attività e partecipazione e fattori ambientali</i>). I risultati hanno mostrato anche tre distinti gruppi di categorie corrispondenti agli stessi tre componenti. Le categorie <i>e410 Atteggiamenti individuali dei familiari più stretti, e450 Atteggiamenti individuali degli operatori sanitari, d910 Vita comunitaria e d175 Risoluzione dei problemi</i> erano tra le categorie più centrali nella rete Brief ICF-CS.
Outcomes	Questi risultati dimostrano l'utilità di un approccio di rete per stimare la struttura degli ICF-CS. Vengono discusse le implicazioni di questi risultati per gli interventi clinici e lo sviluppo di nuovi strumenti.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*, American Psychiatric Publishing, Washington DC, London, quinta edizione, 2013, pag. 652-659. Ultima consultazione: 27/09/2023
- Invernizzi G., Bressi C., *Manuale di psichiatria e psicologia clinica*, McGraw-Hill, Milano (Italia), quinta edizione, 2017. Ultima consultazione: 18/09/2023
- Pasqualotto L., Carozza P., Cibir M., *ICF, Salute mentale e dipendenze— Strumenti per la riabilitazione orientata alla recovery*, Carocci editore, Roma (Italia), 2020. Ultima consultazione: 18/09/2023
- Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.), *International classification of functioning, disability and health: ICF Short version*, Edizioni Erickson, Gardolo (Italia), 2004. Ultima consultazione: 18/09/2023
- Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.), *ICF: International classification of functioning, disability and health*, Edizioni Erickson, Gardolo (Italia), 2002. Ultima consultazione: 15/09/2023
- Bickenbach j., Cieza A., Rauch A., Stucki G., *Core Set ICF. Manuale per la pratica clinica*, Giunti Psychometrics, Firenze (Italia), 2012. Ultima consultazione: 15/09/2023
- Nuño, L., Barrios, M., Moller, M. D., Calderón, C., Rojo, E., Gómez-Benito, J., & Guiler, G. (2019). An international survey of Psychiatric-Mental-Health Nurses on the content validity of the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for Schizophrenia. *International journal of mental health nursing*, 28(4), 867–878. <https://doi.org/10.1111/inm.12586>. Ultima consultazione: 27/09/2023

- Pasqualotto, L., Cibir, M., Barban, D., Perrelli, E., & Cazzin, A. (2023). THE DEVELOPMENT OF ICF-RECOVERY TOOLS TO SUPPORT AN EVIDENCE-BASED PSYCHOSOCIAL REHABILITATION. *Journal of Advanced Health Care*, 5(2). <https://doi.org/10.36017/jahc202352227>. Ultima consultazione: 27/09/2023

- Nuño, L., Guilera, G., Bell, M., Rojo, E., Gómez-Benito, J., Calderón, C., & Barrios, M. (2021). Occupational Therapists' Perspective on the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets (ICF-CS) for Schizophrenia. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 75(2), 7502205060p1–7502205060p10. <https://doi.org/10.5014/ajot.2021.041509>. Ultima consultazione: 27/09/2023

- Nuño, L., Guilera, G., Rojo, E., Gómez-Benito, J., & Barrios, M. (2021). An Integrated Account of Expert Perspectives on Functioning in Schizophrenia. *Journal of clinical medicine*, 10(18), 4223. <https://doi.org/10.3390/jcm10184223>; Ultima consultazione: 27/09/2023

- Maritz, R., Aronsky, D., & Proding, B. (2017). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Electronic Health Records. A Systematic Literature Review. *Applied clinical informatics*, 8(3), 964–980. <https://doi.org/10.4338/ACI-2017050078>. Ultima consultazione: 27/09/2023

- Nuño, L., Barrios, M., Moller, M. D., Calderón, C., Rojo, E., Gómez-Benito, J., & Guilera, G. (2019). An international survey of Psychiatric-Mental-Health Nurses on the content validity of the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Sets for Schizophrenia. *International journal of mental health nursing*, 28(4), 867–878. <https://doi.org/10.1111/inm.12586>. Ultima consultazione: 27/09/2023

- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., & Lysaker, P. H. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia research*, 131(1-3), 133–138. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.05.023>. Ultima consultazione: 27/09/2023

- Gómez-Benito, J., Guilera, G., Barrios, M., Rojo, E., Pino, O., Gorostiaga, A., Balluerka, N., Hidalgo, M. D., Padilla, J. L., Benítez, I., & Selb, M. (2018). Beyond diagnosis: the Core Sets for persons with schizophrenia based on the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Disability and rehabilitation*, 40(23), 2756–2766. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1356384>. Ultima consultazione: 11/10/2023

- Bjørnshave Noe B, Angel S, Bjerrum M. (2022). *Il modello ICF come strumento pratico per facilitare la comunicazione olistica con le persone durante la riabilitazione: uno studio qualitativo*. Giornale nordico di ricerca infermieristica. 42(1):42-50. doi: 10.1177/20571585211015792. Ultima consultazione: 27/09/2023

- Nuño, L., Guilera, G., Barrios, M., Gómez-Benito, J., & Abdelhamid, G. S. M. (2022). Network Analysis of the Brief ICF Core Set for Schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 13, 852132. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.852132>. Ultima consultazione: 11/10/2023

SITOGRAFIA

- World Health Organization (WHO): *2018 Guidelines for the management of physical health conditions in adults with severe mental disorders*. <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155038-3>
Ultima consultazione: 14/09/23

- ISSalute-Istituto Superiore della Sanità: *salute mentale*
<https://www.iss.it/salute-mentale>
Ultima consultazione: 10/09/2023

- ISS-Istituto Superiore di Sanità, EpiCentro: *schizofrenia*.
<https://www.epicentro.iss.it/schizofrenia/>
Ultima consultazione: 14/09/2023

- Ministero della salute: *linee Guida – Interventi precoci sulla schizofrenia*.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_714_allegato.pdf
Ultima consultazione: 14/09/2023

- Ministero della salute: *le strutture residenziali psichiatriche*.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2460_allegato.pdf
Ultima consultazione 10/09/2023

NORMATIVA

- Decreto DG (Regione Veneto) n. 59 del 03 giugno 2019, “*Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il trattamento dei disturbi schizofrenici*”. Ultima consultazione: 14/09/2023


- DM, 12 marzo 2019, n. 138 “*Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*”. Ultima consultazione: 14/09/2023

ALLEGATI

Allegato n.1 – Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale

PROGETTO TERAPEUTICO-RIABILITATIVO

di



Strumenti e modalità utilizzati per la definizione del Progetto

Es. ICF-Recovery, altri strumenti, colloqui etc.

Desideri, priorità, obiettivi della persona e dei famigliari

Si raccomanda di riportare fedelmente le parole degli interessati

OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO

Obiettivo n. 1		da raggiungere entro		
Riguarda <input type="checkbox"/> Autodeterminazione <input type="checkbox"/> Vita indipendente <input type="checkbox"/> Cittadinanza attiva <input type="checkbox"/> Relazioni e vita affettiva <input type="checkbox"/> Lavoro/Occupazione				
Descrizione ¹ :				
Indicatori/criteri di verifica dell'obiettivo		dato atteso		
Item ICF implicati o altri sotto-obiettivi		Codice ICF ²	Valutazioni dal Profilo di Funz.	
			PF	Cap
			F	
1.				
2.				
3.				
Azioni/interventi nel dettaglio ³				
Riguardano il miglioramento di: <input type="checkbox"/> funzioni <input type="checkbox"/> capacità <input type="checkbox"/> performance, attraverso		<input type="checkbox"/> introduzione di facilitatori <input type="checkbox"/> disattivazione di barriere <input type="checkbox"/> intervento su fattori personali		
1.				
2.				
3.				
Risorse di contesto di vita attivabili (<i>fattori ambientali</i>)		Codice ICF*		
Fattori personali rilevanti per l'obiettivo (motivazioni, interessi, desideri, difficoltà, paure etc.)				

¹ Formulare in modo che sia la persona come soggetto del suo obiettivo di miglioramento, così pure negli indicatori

² Compilare solo in caso di utilizzo degli strumenti ICF-Recovery. "F" indica la valutazione delle Funzioni del corpo, ad esempio oggetto di trattamento farmacologico o psicoterapico

³ Definire chiaramente compiti e responsabilità, tempistiche

OAA8AA89-D164-4F90-BC7A-F772F0C9C81C.docx
1

Obiettivo n. 2		da raggiungere entro		
Riguarda <input type="checkbox"/> Autodeterminazione <input type="checkbox"/> Vita indipendente <input type="checkbox"/> Cittadinanza attiva <input type="checkbox"/> Relazioni e vita affettiva <input type="checkbox"/> Lavoro/Occupazione				
Descrizione:				
Indicatori/criteri di verifica dell'obiettivo		dato atteso		
Item ICF implicati o altri sotto-obiettivi		Codice ICF	Valutazioni dal Profilo di Funz.	
			PF	Cap
4.				
5.				
6.				
<u>Azioni/interventi nel dettaglio</u> Riguardano il miglioramento di: <input type="checkbox"/> funzioni <input type="checkbox"/> capacità <input type="checkbox"/> performance, attraverso		<input type="checkbox"/> introduzione di facilitatori <input type="checkbox"/> disattivazione di barriere <input type="checkbox"/> intervento su fattori personali		
4.				
5.				
6.				
Risorse di contesto di vita attivabili (<i>fattori ambientali</i>)		Codice ICF*		
Fattori personali rilevanti per l'obiettivo (motivazioni, interessi, desideri, difficoltà, paure etc.)				

RESPONSABILITÀ E PROGRAMMAZIONE

Responsabile del progetto ed eventuali altri operatori di riferimento

Date programmate per revisione in itinere del Progetto		
1. [Data pubblicazione]	2. [Data pubblicazione]	3. [Data pubblicazione]

Il Progetto è stato discusso e concordato con l'interessata/o		si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Se no, perché?			
Il Progetto è stato discusso anche con		ruolo/organizzazione	
Eventuali osservazioni e suggerimenti dei familiari o di altri soggetti			
Altre annotazioni			

Data:

Firme

VERIFICA IN ITINERE n.

A cura di: ...

Obiettivo n. 1				
Item ICF implicati o altri sotto-obiettivi	Codice ICF	Valutazioni intermedie		
		PF	Cap	F
1.				
2.				
3.				

Obiettivo n. 2				
Item ICF implicati o altri sotto-obiettivi	Codice ICF	Valutazioni intermedie		
		PF	Cap	F
4.				
5.				
6.				

Annotazioni: ...

Data:

Firme

VALUTAZIONE FINALE (ad es. al termine di un Programma in CT, di un Progetto di Tirocinio etc.)

A cura di:

Obiettivo n. 1							
<i>Indicatori</i>						<i>dati osservati</i>	
Item ICF implicati o altri sotto-obiettivi	Codice ICF	Valori iniziali			Valori finali		
		PF	Cap	F	PF	Cap	F
1.							
2.							
3.							

Obiettivo n. 2							
<i>Indicatori</i>						<i>dati osservati</i>	
Item ICF implicati o altri sotto-obiettivi	Codice ICF	Valori iniziali			Valori finali		
		PF	Cap	F	PF	Cap	F
4.							
5.							
6.							

Valutazione complessiva del progetto ed eventuale riprogettazione

--

Data:

Firme

Allegato n.2 – Scala HoNOS

HoNOS - scheda di valutazione

Nome e cognome Paziente: _____ data : _____
gg mm aa

U.O.: _____ N° archivio cartella territoriale (o IdCartella EFESO): _____

**LUOGO DI
VALUTAZIONE:**

- ① CSM/ambulatorio
① DH
② Domicilio

- ③ SPDC
④ Centro Diurno

⑤ Struttura residenziale → specificare tipologia: _____

HoNOS		PUNTEGGIO									
0= nessun problema 1= problema lieve, che non richiede interventi 2= problema di gravità modesta ma sicuramente presente 3= problema di media gravità 4= problema da grave a gravissimo 9= mancano informazioni		Lieve ← → grave					NON NOTO				
		0	1	2	3	4	9				
1.	Comportamenti iperattivi, aggressivi, distruttivi o agitati										
2.	Comportamenti deliberatamente autolesivi										
3.	Problemi legati all'assunzione di alcool o droghe										
4.	Problemi cognitivi										
5.	Problemi di malattia somatica o disabilità fisica										
6.	Problemi legati ad allucinazioni o deliri										
7.	Problemi legati all'umore depresso										
8.	Altri problemi psichici e comportamentali*										
	Problema più grave	AN	OC	DI	SS	AL	SO	SE	MA	AP	
9.	Problemi relazionali										
10.	Problemi nelle attività della vita quotidiana										
11.	Problemi nelle condizioni di vita										
12.	Problemi nella disponibilità di risorse per attività lavorative e ricreative										

*SEGNARE SIA IL PUNTEGGIO CHE IL CODICE DEL PROBLEMA PIÙ GRAVE:

AN= ansia e fobie	SS= sintomi somatoformi	SE= problemi sessuali
OC= ossessioni compulsioni	AL= problemi dell'alimentazione	MA= umore euforico
DI= sintomi dissociativi ("di conversione")	SO= disturbi del sonno	AP= altri problemi

Punteggio totale: _____

COMPILATO DA:

FIRMA
