

Proprietà psicometriche della Scheda di Monitoraggio del Percorso Riabilitativo (MPR)

ALESSANDRA MARTINELLI^{1,2}, TECLA POZZAN⁵, ELISA DAL CORSO³, ELENA PROCURA⁴, CAMILLA D'ASTORE⁵, DORIANA CRISTOFALO¹, MIRELLA RUGGERI^{1,5}, CHIARA BONETTO¹

¹Dipartimento di Neuroscienze, Biomedicina e Movimento, Università di Verona; ²IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia; ³ICISS - Istituti Civici di Servizio Sociale, Verona; ⁴Centro di Salute Mentale, Isola della Scala, UOC Psichiatria 2 Bussolengo, Verona; ⁵Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata - AOUI, Verona.

Riassunto. Scopo. Il corretto inserimento degli individui con disturbi mentali nelle strutture residenziali psichiatriche (SRP) e il monitoraggio del loro percorso nelle stesse risulta una criticità non compiutamente risolta del sistema italiano. Per ovviare a tale criticità si utilizzano alcuni strumenti validati che per lo più valutano il funzionamento/disabilità del paziente in setting aspecifico, mentre nella platea internazionale non sono stati predisposti strumenti che valutino l'autonomia funzionale dei pazienti psichiatrici ospiti in SRP. Il Dipartimento di Salute Mentale di Verona ha creato la Scheda di Monitoraggio del Percorso Riabilitativo (MPR) con l'obiettivo di valutare l'autonomia funzionale dei pazienti per inserirli e monitorarli adeguatamente nei loro percorsi residenziali. L'obiettivo di questo studio è testare le principali proprietà psicometriche della Scheda MPR. **Metodi.** Lo studio delle proprietà psicometriche della Scheda MPR è stato articolato in tre passaggi: una valutazione condotta a distanza di più di 15 giorni da due valutatori indipendenti su 18 casi clinici per indagare la riproducibilità dello strumento (test-retest); un test dei 18 casi clinici da parte dei due valutatori per misurare la concordanza tra valutatori (inter-rater); una misurazione della validità concorrente utilizzando la Scala di Funzionamento Personale e Sociale. Otto professionisti hanno compilato un questionario di gradimento inerente all'accettabilità della Scheda MPR. Le analisi di inter-rater e di test-retest sono state condotte utilizzando coefficienti di correlazione intraclassa. La validità concorrente è stata studiata tramite il coefficiente di correlazione tau-b rank di Kendall e l'accettabilità tramite un'analisi delle frequenze. **Risultati.** L'affidabilità inter-rater e test-retest sono risultate buone, così come la validità concorrente e l'accettabilità. **Conclusioni.** I dati presentati in questo articolo dimostrano che è possibile misurare l'autonomia funzionale dei pazienti ospiti nelle SRP italiane utilizzando la Scheda MPR.

Parole chiave. Accettabilità, affidabilità, autonomia funzionale, piano terapeutico individuale, proprietà psicometriche, strutture residenziali psichiatriche, validità concorrente.

Psychometric properties of the Monitoring of the Path of Rehabilitation (MPR) Form.

Summary. Purpose. The correct placement of people with mental disorders in psychiatric residential facilities (PRF) and the monitoring of their progress in these facilities is a critical issue that has not been fully settled in the Italian system. To overcome this problem, some validated instruments are used, which mostly assess the patient's functioning/disability, while no instruments have been set up to assess functional autonomy in patients with a psychiatric disorder residents in RFs. The Verona Department of Mental Health has created the Monitoring of the Path of Rehabilitation (MPR) Form with the aim of assessing the functional autonomy of patients to admit and monitor them adequately in their residential pathways. The aim of this study is to test the main psychometric properties of the MPR Form. **Methods.** The study of the psychometric properties of the MPR Form consisted of three steps: an evaluation conducted more than 15 days apart by two independent evaluators on 18 clinical cases to investigate the test-retest reliability; a test of the 18 clinical cases by the two evaluators to measure the inter-rater reliability; a measure of convergent validity using the Personal and Social Functioning Scale. Eight professionals completed a satisfaction questionnaire regarding the acceptability of the MPR Form. Inter-rater and test-retest analyses were conducted using intraclass correlation coefficients. Convergent validity was investigated using Kendall's tau-b rank correlation coefficient and acceptability using a frequency analysis. **Results.** Inter-rater and test-retest reliability were good, as well for concurrent validity and acceptability. **Conclusions.** The data presented in this article demonstrate that it is possible to measure the functional autonomy of patients in Italian SRPs using the MPR Form.

Key words. Acceptability, concurrent validity, functional autonomy, individualised treatment plan, psychometric properties, reliability, residential facilities.

Introduzione

Le strutture residenziali psichiatriche (SRP) italiane^{1,2} rappresentano una componente fondamentale

del sistema di salute mentale, in quanto accolgono quei pazienti che, con disturbo mentale grave (DMG), prima della deistituzionalizzazione sarebbero stati ricoverati a lungo in un ospedale psichiatrico³⁻⁵.

Le SRP hanno l'obiettivo di riabilitare le persone con DMG, ovvero di supportarle nell'apprendere o riapprendere quelle abilità della vita quotidiana e quella fiducia necessarie per raggiungere l'inclusione sociale e una vita indipendente presso il proprio domicilio⁶⁻⁸. Tale obiettivo dovrebbe essere raggiunto tramite il passaggio da una SRP all'altra a seconda dell'intensità dei programmi riabilitativi e del livello di supporto forniti. Le SRP italiane possono essere classificate in cinque tipologie principali, secondo la classificazione del Ministero della Salute: SRP1, supporto ad alta intensità e riabilitazione ad alta intensità; SRP2, supporto ad alta intensità e riabilitazione a media intensità; SRP3.1, supporto e riabilitazione a media intensità; SRP3.2, supporto ad alta intensità e riabilitazione a bassa intensità; SRP3.3, supporto a bassa intensità e riabilitazione a media intensità. Il percorso assistenziale è quindi organizzato in modo che le persone passino da SRP che forniscono un supporto maggiore (SRP1 e SRP2) a quelle che forniscono un supporto intermedio (SRP3.1) a quelle che forniscono un supporto minimo (SRP3.3). La SRP3.2 è pensata per i pazienti con problemi di salute mentale gravi ma stabili, che hanno meno probabilità di passare a un contesto più indipendente^{9,10}.

Standard di cura ministeriali¹⁰ richiedono alle SRP la risposta a specifici requisiti e linee guida che non mirano a fornire servizi puramente assistenzialistici, ma anche orientati alla recovery personale e all'empowerment, ovvero alla promozione della qualità di vita e soddisfazione dei bisogni delle persone con DMG attraverso processi di definizione condivisa dei percorsi socio-terapeutico-riabilitativi tra utenti e professionisti^{6,11}.

Una criticità non compiutamente risolta del sistema delle SRP italiane riguarda il corretto inserimento degli utenti nelle stesse e il monitoraggio del loro percorso di autonomizzazione al fine di programmare, se possibile, il passaggio alla struttura residenziale caratterizzata da minore supporto o al domicilio.

Per risolvere questa difficoltà di solito si eseguono due passaggi: 1) la valutazione della "capacità funzionale o prestazionale", variamente intesa come funzionamento sociale o disabilità o autonomia funzionale (intesa come "la capacità di una persona di eseguire in modo indipendente i vari compiti richiesti nella vita quotidiana"¹²) degli utenti ospiti di queste strutture; 2) la correlazione del livello di funzionamento/disabilità/autonomia funzionale a obiettivi realistici e misurabili da programmare nei piani terapeutici individuali (PTI).

Dalla revisione della letteratura¹³⁻²⁵ (vedi materiale supplementare) emerge l'esistenza a livello internazionale di 60 strumenti che studiano la "capacità funzionale o prestazionale" dei pazienti con disturbo psichiatrico e che possono essere utilizzati nel setting residenziale. Questi strumenti presentano variamen-

te specificità per età, diagnosi, tipologia di presa in carico e tema investigato. I temi indagati possono riguardare in maniera specifica o aspecifica attività quotidiane, attività produttive, relazioni, attività ricreative, comportamento aggressivo, sintomi, auto-stima ed empowerment. Si tratta di strumenti che per lo più indagano funzionamento e/o disabilità, mentre l'autonomia funzionale viene valutata solo in certe categorie di pazienti anziani (disturbi cognitivi). Inoltre, la valutazione in alcuni casi è effettuata dai professionisti, mentre in altri casi dagli utenti stessi. Di questi strumenti, 15 sono fruibili anche in lingua italiana (tabella supplementare 1).

Tuttavia, nel panorama nazionale, attualmente non ci sono strumenti che, facilmente fruibili nella pratica clinica quotidiana da tutti i professionisti delle SRP, permettano di valutare l'autonomia funzionale dei pazienti con disturbo mentale specificatamente ospiti di queste strutture e che facilitino il processo di negoziazione di obiettivi e interventi socio-terapeutico-riabilitativi tra professionisti e utenti.

Lo strumento che presentiamo in questo articolo è stato denominato "Scheda di Monitoraggio del Percorso Riabilitativo" (MPR) ed è stato ideato dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di Verona. Nel 2015 il DSM, all'interno di alcuni "Progetti di miglioramento" finalizzati ad adeguare lo standard dei servizi di salute mentale alle principali linee guida nazionali e regionali, coinvolse coordinatori, responsabili e professionisti delle SRP veronesi nella creazione di uno strumento che sopperisse alla grande eterogeneità nelle modalità di intervento e di presa in carico degli utenti nelle SRP e che rispondesse a requisiti precisi per il processo di autorizzazione e accreditamento delle SRP come stabilito dal Ministero della Salute¹⁰.

Secondo un modello di ricerca-azione partecipativa venne sviluppato lo strumento in studio, che, dopo alcuni progetti di miglioramento, ha iniziato a essere utilizzato in maniera sperimentale da gennaio 2016 in alcune SRP del DSM di Verona (nell'area denominata "ULSS 20")²⁶.

Lo strumento ha perseguito quattro obiettivi:

1. valutare la reale autonomia funzionale dei pazienti nelle abilità di base prima dell'inserimento in struttura - per inserirli in maniera adeguata -, all'ingresso e monitorarli durante il loro percorso;
2. uniformare le valutazioni riguardanti l'autonomia funzionale nelle aree più rilevanti della vita dei pazienti delle SRP;
3. erogare interventi socio-terapeutico-riabilitativi SMART - Specific (Specifico), Measurable (Misurabile), Achievable (Raggiungibile), Realistic (Realistico), Time-bound (Definito nel tempo)²⁷ e in sintonia e continuità con gli obiettivi esplicitati dal PTI, che viene compilato all'ingresso dell'utente nella struttura e aggiornato periodicamente dal servizio inviante¹⁰;

4. essere facile da utilizzare e veloce nei tempi di compilazione.

Il presente studio si propone di esplorare le caratteristiche psicometriche della Scheda MPR mediante validità concorrente, affidabilità (inter-rater e test-retest) e accettabilità.

Metodi

DESCRIZIONE DELLA SCHEDA DI MONITORAGGIO DEL PERCORSO RIABILITATIVO (MPR)

La scheda MPR si prefigge l'obiettivo di fornire una sintesi della presa in carico dell'utente. Essa viene compilata all'ingresso dell'utente in SRP e, in seguito, due volte l'anno (a distanza di almeno 6 mesi). Gli aspetti indagati riguardano la valutazione del livello di autonomia funzionale dell'utente nelle abilità di base, la progettazione e, successivamente, la verifica del percorso terapeutico-riabilitativo attivato attraverso obiettivi, interventi ed esiti definiti.

In dettaglio, l'autonomia dell'utente tramite la scheda MPR è valutata nelle seguenti 10 aree di abilità:

1. *cura di sé*: la capacità di occuparsi autonomamente della propria igiene personale, del proprio aspetto e del proprio abbigliamento;
2. *cura dello spazio abitativo*: la capacità di occuparsi autonomamente dell'ambiente personale di vita, della pulizia e riordino della camera da letto e della personalizzazione dei propri spazi;
3. *alimentazione*: la capacità di alimentarsi correttamente in modo autosufficiente;
4. *orientamento/movimento*: la capacità di uscire e rientrare dalla comunità, orientarsi sul territorio e utilizzare i servizi pubblici in maniera indipendente;
5. *altre autonomie*: la capacità di gestire autonomamente alcune azioni quotidiane di particolare interesse relative a denaro, sigarette, telefono e tempo libero;
6. *capacità relazionali*: la capacità di avere relazioni interpersonali autonome e appropriate;
7. *capacità socio-ricreative*: l'interesse e la capacità di partecipare ad attività socio-ricreative;
8. *capacità occupazionali-lavorative*: la capacità di svolgere lavori domestici e di mantenere una routine lavorativa;
9. *gestione della propria salute fisica*: l'abilità individuale di occuparsi della propria salute fisica;
10. *gestione della propria salute mentale*: l'abilità individuale di occuparsi del proprio benessere psichico ed emotivo.

Ciascuna area di abilità è composta da 4 item che descrivono nel dettaglio l'abilità stessa. Per ciascun item, il valutatore è tenuto a definire il livello di au-

tonomia su una scala Likert che si articola nei punteggi 0 ("non autonomo"), 1 ("talvolta autonomo"), 2 ("il più delle volte autonomo") e 3 ("autonomo"). Le abilità che non possono essere valutate vengono segnalate con la sigla N.V. ("non valutabile"). Il livello di autonomia per ogni abilità indagata viene riassunto sommando i punteggi assegnati a ogni singolo item che la compone (range 0-12). Maggiore è il punteggio e maggiore sarà la capacità dell'utente di essere autonomo rispetto a quell'abilità specifica. I risultati vengono successivamente rappresentati, per comodità e facilità di lettura, in un diagramma a radar.

Al termine di questa prima parte valutativa viene stilato il progetto terapeutico-riabilitativo in termini di operatività, ovvero attraverso una pianificazione dettagliata delle principali aree sulle quali lavorare, i sotto-obiettivi specifici e gli interventi da attuare. Nel dettaglio, si definiscono gli:

- *obiettivi terapeutico-riabilitativi specifici*;
- *interventi che si intendono adottare* (ovvero le metodiche riabilitative descritte in maniera accurata ed esaustiva in termini di azioni, tempi di erogazione, professionisti e risorse coinvolte, setting, ecc.);
- *esiti attesi e note* (risultati previsti, modalità di valutazione e conclusioni).

L'elaborazione del progetto terapeutico-riabilitativo così definito permette di individuare obiettivi misurabili e facilmente verificabili, oltre a evidenziare nel tempo le capacità dell'utente, i suoi bisogni e le risorse disponibili²⁷.

Le valutazioni possono essere effettuate da tutti i professionisti della salute mentale (educatore, tecnico della riabilitazione psichiatrica, infermiere, assistente sanitario, assistente sociale, psichiatra, psicologo, referente della struttura, in collaborazione con gli operatori socio-sanitari) precedentemente formati per l'utilizzo dello strumento.

La scheda MPR contiene, come allegati, i seguenti materiali:

- *Scheda MPR - auto-valutazione*, che viene compilata dall'utente solo nel caso di elevata consapevolezza del proprio quadro psicopatologico e del proprio percorso terapeutico-riabilitativo, e consiste in una versione della Scheda MPR che presenta la stessa struttura di quella sopra descritta, ma è adattata alla prospettiva dell'utente, che è tenuto ad auto-valutare le proprie competenze nelle specifiche abilità. Gli scopi dell'autovalutazione sono quelli di "misurare" la consapevolezza del paziente rispetto alla propria autonomia e il confronto delle sue valutazioni con quelle date dall'équipe, così da pianificare insieme e in maniera condivisa le azioni necessarie per raggiungere gli obiettivi identificati.

- *Scheda Registro Attività e Interventi*, che rileva quotidianamente, su una tabella mensile che può essere compilata da 11 diverse figure professionali che lavorano all'interno della SRP (definiti "operatori interni"), tutti gli interventi assistenziali, educativi e riabilitativi svolti all'interno e all'esterno della struttura (23 "interventi assistenziali educativi riabilitativi interni", 16 "interventi assistenziali educativi riabilitativi esterni", 8 "riunioni/incontri/attività interne", 12 "riunioni/incontri/attività esterne"). Vi è, inoltre, una sezione dedicata alle osservazioni mensili dei professionisti sull'andamento clinico, riabilitativo e sociale del paziente. Nel complesso, la Scheda Registro Attività e interventi consente al servizio psichiatrico territoriale di valutare e monitorare le risorse impiegate e il peso assistenziale dei singoli utenti seguiti.

La Scheda MPR, come tutte le sue appendici, diventa parte della cartella clinica integrata dell'utente²⁸.

DISEGNO DELLO STUDIO

Lo studio è stato approvato dal CESC di Verona con il protocollo n° 39182 (15/07/2019).

Lo studio delle proprietà psicometriche si è articolato in due valutazioni (T0 e T1) condotte a distanza di circa due settimane da due valutatori indipendenti utilizzando la Scheda MPR su 18 casi clinici. I casi clinici sono stati creati *ad hoc* da due professionisti della salute mentale con esperienza lavorativa nell'ambito delle SRP e conoscitori della Scheda MPR, avendo partecipato alla sua creazione. I casi clinici sono stati sviluppati a partire da PTI di pazienti ospiti in SRP del territorio veronese e adattati alle necessità dello studio.

VALIDITÀ CONCORRENTE

Al T1 è stata utilizzata anche la Scala di Funzionamento Personale e Sociale (FPS)²⁹ che presenta una valutazione che si articola da 0 a 100, dove un punteggio più alto denota un migliore funzionamento personale e sociale. La FPS valuta quattro aree principali: 1) attività socialmente utili (inclusi lavoro e studio); 2) rapporti personali e sociali (inclusi i rapporti con i familiari); 3) cura dell'aspetto e dell'igiene; 4) comportamenti disturbanti e aggressivi. La FPS è stata individuata come strumento valutativo che potesse favorire il confronto specifico con quattro aree della Scheda MPR (Cura di sé, Capacità relazionali, Capacità socio-ricreative, Capacità occupazionali-lavorative).

ACCETTABILITÀ

L'accettabilità dello strumento, soggettivamente percepita dall'operatore, è stata indagata su 8 pro-

fessionisti della salute mentale che lavorano in SRP tramite la compilazione di 3 item costruiti *ad hoc* su una scala Likert a 5 punti (1= molto in disaccordo, 5= molto in accordo). Il primo item rileva il livello di difficoltà dello strumento, il secondo la ragionevolezza dei tempi di compilazione e il terzo la facilitazione dell'attività quotidiana. Inoltre, tutti gli 8 professionisti hanno compilato una Scheda MPR in merito a un caso clinico descritto al fine di testare la durata di compilazione.

Tutti i professionisti sono stati formati all'utilizzo della Scheda MPR e allineati all'uso della Scala FPS.

ANALISI STATISTICHE

I dati sono presentati come frequenze e percentuali.

Il punteggio originale di ciascun item è stato ricodificato mediante le categorie binarie 0 ("non autonomo" o "talvolta autonomo") e 1 ("il più delle volte autonomo" o "autonomo"). Alle risposte N.V., pur non esistenti nei 18 casi clinici presentati, andrebbe attribuito, in maniera conservativa, punteggio 0, assimilando la non valutabilità alla mancanza/parzialità di autonomia. Il punteggio totale di ciascuna delle 10 aree di autonomia si ottiene conteggiando il numero di item pertinenti in cui l'utente ottiene punteggio 1 (range 0-4).

La validità concorrente fra le 10 aree di autonomia e lo strumento FPS è stata valutata utilizzando il coefficiente di correlazione tau-b di Kendall.

Le analisi di inter-rater e di test-retest per i totali delle 10 aree di autonomia sono state condotte utilizzando il coefficiente di correlazione intraclassa (ICC) stimato mediante un modello misto a due vie che ha tenuto conto dell'accordo assoluto. I singoli item sono stati valutati mediante il coefficiente kappa di Cohen, che tiene conto della proporzione di accordo dovuta all'effetto del caso. I valori assunti per definire la bontà dell'accordo sono quelli definiti da Landis e Koch (1977)³⁰: povero (<0,21), modesto (0,21-0,40), moderato (0,41-0,60), buono (0,61-0,80) e molto buono (0,81-1,00). Un valore di kappa >0,70 è considerato rappresentare un accordo adeguato.

L'accettabilità è stata studiata tramite un'analisi delle frequenze dei 3 item contenuti nel questionario di gradimento.

Tutti i test applicati sono bilaterali con livello di significatività pari a 0,05. Le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando il programma Stata 17.

Risultati

VALIDITÀ CONCORRENTE

Correlazioni significative sono state rilevate fra la Scheda MPR e la FPS (tabella 1).

Tabella 1. Validità concorrente: coefficiente di correlazione tau-b di Kendall tra le aree di autonomia dello strumento MPR (punteggi totali) e la scala FPS (n=18).

Totale aree di autonomia MPR	Punteggio FPS	p-value
Cura di sé	0,550	0,005
Cura dello spazio abitativo	0,540	0,006
Alimentazione	0,207	0,277
Orientamento/Movimento	-0,025	0,897
Altre autonomie	0,341	0,090
Capacità relazionali	0,374	0,068
Capacità socio-ricreative	0,186	0,364
Capacità occupazionali-lavorative	0,202	0,356
Gestione della propria salute fisica	0,630	0,002
Gestione della propria salute mentale	0,145	0,493

Come mostrato in tabella 1, il punteggio dello strumento FPS è significativamente associato a tre aree della Scheda MPR: “cura di sé” (tau-b=0,550, p=0,005), “cura dello spazio abitativo” (tau-b=0,540, p=0,006) e “gestione della propria salute fisica” (tau-b=0,630, p=0,002). Si tratta di aree di autonomia che possono essere ricondotte tutte alla dimensione “cura dell’aspetto e igiene” misurata dallo strumento FPS. Le due aree “capacità relazionali” (tau-b=0,374, p=0,068) e “altre autonomie” (tau-b=0,341, p=0,090), pur non raggiungendo la significatività statistica, mostrano comunque un valore di correlazione moderatamente elevato. In particolare, “capacità relazionali” sembra indicare un certo grado di associazione con lo strumento FPS, andando a convergere sulla dimensione “rapporti personali e sociali” misurata dallo stesso. Le restanti aree di autonomia non mostrano di essere correlate con il punteggio FPS.

CONCORDANZA TRA VALUTATORI (ATTENDIBILITÀ INTER-RATER)

Come mostrato nella tabella 2, i coefficienti di correlazione intraclassa, che misurano la concordanza tra i due valutatori al tempo T0 rispetto ai punteggi totali delle aree di autonomia, mostrano valori molto buoni (tutti ampiamente superiori a 0,70), tranne che nell’area “gestione della propria salute fisica”, dove l’ICC è 0,57 (p=0,047), denotando una concordanza moderata.

La tabella 3 esplora il numero e la percentuale dei casi clinici ai quali è stato assegnato dai due valutatori la categoria “non autonomo” (punteggio= 0) o “talvolta autonomo” (punteggio= 1) per ciascuno dei 40 item della Scheda MPR. Si evidenzia un accordo perfetto (100%) in tutti gli item relativi all’area

Tabella 2. Concordanza tra valutatori (attendibilità inter-rater) dei punteggi totali di ciascuna area di autonomia al tempo T0 (2 valutatori; 10 aree; 18 casi).

Totale aree di autonomia MPR a T0	Concordanza tra valutatori	
	Coefficiente di correlazione intraclassa (ICC)	p-value
Cura di sé	0,82	0,001
Cura dello spazio abitativo	0,92	<0,001
Alimentazione	1,00	-
Orientamento/movimento	0,98	<0,001
Altre autonomie	0,85	<0,001
Capacità relazionali	0,83	<0,001
Capacità socio-ricreative	0,77	0,002
Capacità occupazionali-lavorative	0,89	<0,001
Gestione della propria salute fisica	0,57	0,047
Gestione della propria salute mentale	0,90	<0,001

“alimentazione”, in metà degli item appartenenti alle aree “orientamento/movimento” e “gestione della propria salute mentale” e in 1 item che pertiene all’area “capacità occupazionali-lavorative”. C’è un accordo superiore al 90% nei restanti 2 item dell’area “orientamento/movimento” e in 2 appartenenti all’area “cura dello spazio abitativo”. Tutti gli item appartenenti all’area “gestione della propria salute fisica” mostrano percentuali di accordo fra i due valutatori che sono le più basse (dal 55,5% al 66,7%); a questi, si aggiunge un item dell’area “capacità relazionali” (61,1%).

Il kappa di Cohen conferma l’andamento sopra evidenziato, con percentuali di item che si ripartiscono nelle fasce che definiscono la bontà dell’accordo nel modo seguente: molto buono 32,5% (13 item), buono 35% (14 item), moderato 15% (6 item), modesto 10% (4 item) e povero 7,5% (3 item). I 7 item che hanno un accordo modesto o povero sono tutti quelli dell’area “gestione della propria salute fisica”, 2 dell’area “gestione della propria salute mentale” e 1 che pertiene alle “capacità relazionali”.

CONCORDANZA TRA TEMPI (ATTENDIBILITÀ TEST-RETEST)

Come mostrato nella tabella 4, i coefficienti di correlazione intraclassa, che misurano la concordanza tra i due tempi T0 e T1 dei punteggi attribuiti, nelle aree di autonomia, dal valutatore 1, mostrano valori molto buoni (tutti ampiamente superiori a 0,70), tranne che nell’area “capacità socio-ricreative”, dove

Tabella 3. Concordezza tra valutatori (attendibilità inter-rater) delle frequenze di ciascun item al tempo T0 (2 valutatori; 10 aree; 40 item; 18 casi).

Frequenze item MPR a T0	Concordezza tra valutatori			
	Non autonomo o talvolta autonomo (punteggio originale 0-1)			
	Valutatore 1 n (%)	Valutatore 2 n (%)	Accordo (%)	Kappa
1. Cura di sé				
1.1 lavarsi i denti	9 (50,0)	9 (50,0)	88,8	0,78
1.2 farsi la doccia regolarmente	8 (44,4)	7 (38,9)	83,3	0,66
1.3 prendersi cura di barba e/o capelli	9 (50,0)	8 (44,4)	83,3	0,67
1.4 vestirsi adeguatamente	8 (44,4)	7 (38,9)	83,3	0,66
2. Cura dello spazio abitativo				
2.1 riordinare la propria stanza (per es., rifare il letto, tenere in ordine l'armadio)	11 (61,1)	12 (66,7)	94,4	0,89
2.2 tenere pulito il bagno	10 (55,6)	12 (66,7)	88,9	0,77
2.3 personalizzare il proprio spazio	9 (50,0)	10 (55,6)	94,4	0,89
2.4 pulire e/o tenere in ordine gli spazi comuni	10 (55,6)	12 (66,7)	88,9	0,77
3. Alimentazione				
3.1 alimentarsi correttamente	8 (44,4)	8 (44,4)	100,0	1,00
3.2 bere in modo equilibrato	4 (22,2)	4 (22,2)	100,0	1,00
3.3 mantenere un comportamento adeguato a tavola	3 (16,7)	3 (16,7)	100,0	1,00
3.4 prepararsi da mangiare	13 (72,2)	13 (72,2)	100,0	1,00
4. Orientamento/movimento				
4.1 autonomia nell'uscire e tornare in Struttura	4 (22,2)	3 (16,7)	94,5	0,82
4.2 usare i mezzi pubblici	4 (22,2)	4 (22,2)	100,0	1,00
4.3 raggiungere luoghi e sapersi orientare nel territorio	5 (27,8)	4 (22,2)	94,4	0,85
4.4 prendere iniziativa nel muoversi/raggiungere luoghi	4 (22,2)	4 (22,2)	100,0	1,00
5. Altre autonomie				
5.1 gestire il denaro	8 (44,4)	5 (27,8)	83,4	0,65
5.2 gestire le sigarette	9 (50,0)	6 (33,3)	83,3	0,67
5.3 gestire il telefono	8 (44,4)	5 (27,8)	83,4	0,65
5.4 gestire il tempo libero (mostra iniziative o interessi)	9 (50,0)	6 (33,3)	83,3	0,67
6. Capacità relazionali				
6.1 conversare e/o telefonare a familiari in modo appropriato	7 (38,9)	8 (44,4)	61,1	0,20
6.2 conversare e/o telefonare ad amici/altri ospiti in modo appropriato	11 (61,1)	11 (61,1)	77,8	0,53
6.3 visitare e/o uscire con familiari e/o amici in modo appropriato	11 (61,1)	10 (55,6)	83,3	0,66
6.4 instaurare relazioni affettive stabili e significative	11 (61,1)	12 (66,7)	83,4	0,64
7. Capacità socio-ricreative				
7.1 partecipare ad attività socio-ricreative interne alla Comunità	6 (33,3)	9 (50,0)	72,2	0,44
7.2 partecipare ad attività socio-ricreative esterne alla Comunità (volontariato, parrocchia, associazioni, ecc.)	9 (50,0)	10 (55,6)	83,3	0,67
7.3 socializzare con gli altri durante le attività	6 (33,3)	9 (50,0)	72,2	0,44
7.4 mostrare interesse o iniziativa per attività	9 (50,0)	11 (61,1)	77,7	0,56
8. Capacità occupazionali-lavorative				
8.1 rispettare le regole	11 (61,1)	8 (44,4)	81,3	0,63
8.2 rispettare gli impegni (per es., corvé o appuntamenti)	11 (61,1)	9 (50,0)	75,0	0,46
8.3 partecipare ad attività pre-lavorative (per es., tirocinio SIL)	10 (55,6)	10 (55,6)	100,0	1,00
8.4 avere un lavoro	11 (61,1)	9 (50,0)	75,0	0,48
9. gestione della propria salute fisica				
9.1 riconoscere di avere un problema fisico	5 (27,8)	11 (61,1)	66,7	0,40
9.2 curarsi o rivolgersi a chi di dovere se ha un problema fisico	7 (38,9)	13 (72,2)	55,5	0,20
9.3 andare alle visite specialistiche	6 (33,3)	13 (72,2)	61,1	0,32
9.4 riconoscere e assumere correttamente le medicine	7 (38,9)	13 (72,2)	55,5	0,20

(Segue) **Tabella 3**

(Segue) **Tabella 3**

Frequenze item MPR a T0	Concordanza tra valutatori			
	Non autonomo o talvolta autonomo (punteggio originale 0-1)			
	Valutatore 1 n (%)	Valutatore 2 n (%)	Accordo (%)	Kappa
10. Gestione della propria salute mentale				
10.1 riconoscere di avere un problema di natura psicologica/emotiva	12 (66,7)	11 (61,1)	70,5	0,30
10.2 chiedere aiuto esterno per gestire i propri sintomi psicologici/emotivi	12 (66,7)	12 (66,7)	100,0	1,00
10.3 impegnarsi per controllare e prevenire i propri sintomi psicologici/emotivi	11 (61,1)	10 (55,6)	70,6	0,40
10.4 riconoscere di avere la necessità di assumere la terapia farmacologica e/o assumerla adeguatamente	11 (61,1)	11 (61,1)	100,0	1,00

Tabella 4. Concordanza tra tempi (attendibilità test-retest) dei punteggi totali di ciascuna area di autonomia per il valutatore 1 (2 tempi; 10 aree; 18 casi).

Totale aree di autonomia MPR per il valutatore 1	Concordanza tra tempi	
	Coefficiente di correlazione intraclassa (ICC)	p-value
Cura di sé	0,97	<0,001
Cura dello spazio abitativo	0,92	<0,001
Alimentazione	0,98	<0,001
Orientamento/movimento	0,79	0,001
Altre autonomie	0,84	<0,001
Capacità relazionali	0,93	<0,001
Capacità socio-ricreative	0,58	0,042
Capacità occupazionali-lavorative	0,80	0,002
Gestione della propria salute fisica	0,92	<0,001
Gestione della propria salute mentale	0,95	<0,001

l'ICC è 0,58 (p=0,042), denotando una concordanza moderata.

La tabella 5 esplora il numero e la percentuale dei casi clinici ai quali è stato assegnato dal valutatore 1 la categoria “non autonomo” (punteggio= 0) o “talvolta autonomo” (punteggio= 1) per ciascuno dei 40 item della Scheda MPR al tempo 0 e al tempo 1 (circa due settimane più tardi). Si evidenzia un accordo perfetto (100%) in metà degli item relativi all'area “alimentazione” e in 1 item che pertiene alle aree “cura di sé” e “gestione della propria salute mentale”, rispettivamente. C'è un accordo superiore al 90%

nei restanti item delle aree “alimentazione” e “cura di sé”, in 2 appartenenti all'area “gestione della propria salute fisica” e in 1 item che pertiene alle aree “cura dello spazio abitativo” e “capacità occupazionali-lavorative”, rispettivamente. La concordanza tra tempi più bassa si evidenzia in 2 item delle “capacità socio-ricreative” (61,1% e 55,5%).

Il kappa di Cohen conferma l'andamento sopra evidenziato, con percentuali di item che si ripartiscono nelle fasce che definiscono la bontà dell'accordo nel modo seguente: molto buono 35% (14 item), buono 37,5% (15 item), moderato 17,5% (7 item), modesto 7,5% (3 item) e povero 2,5% (1 item). I 4 item che hanno un accordo modesto o povero sono 3 dell'area “capacità socio-ricreative” e 1 che pertiene a “orientamento/movimento”.

ACCETTABILITÀ

La Scheda MPR è stata ritenuta uno strumento gradito e di facile compilazione per il professionista. Nel dettaglio, considerando la scala Likert a 5 punti (1= molto in disaccordo, 5= molto in accordo), 5 (62,5%) professionisti erano d'accordo/molto d'accordo nel considerare l'MPR uno strumento facile da utilizzare e 3 (37,5%) non erano né in accordo/né in disaccordo. Sei (75%) professionisti erano d'accordo/molto d'accordo sul fatto che la Scheda MPR si compilasse in un tempo ragionevole e 2 (25%) non erano né in accordo/né in disaccordo. Infine, tutti i professionisti erano d'accordo/molto d'accordo nel considerare l'MPR uno strumento che facilitasse lo svolgimento dell'attività clinica quotidiana.

La compilazione della Scheda MPR relativa a uno specifico caso clinico è stata condotta in meno di 30 minuti da tutti i professionisti partecipanti allo studio.

Tabella 5. Concordezza tra tempi (attendibilità test-retest) delle frequenze di ciascun item per il valutatore 1 (2 tempi; 10 aree; 40 item; 18 casi).

Frequenze item MPR per il valutatore 1	Concordezza tra tempi			
	Non autonomo o talvolta autonomo (punteggio originale 0-1)			
	Tempo 0 n (%)	Tempo 1 n (%)	Accordo (%)	Kappa
1. Cura di sé				
1.1 lavarsi i denti	9 (50,0)	9 (50,0)	100,0	1,00
1.2 farsi la doccia regolarmente	8 (44,4)	7 (38,9)	94,5	0,89
1.3 prendersi cura di barba e/o capelli	9 (50,0)	8 (44,4)	94,4	0,89
1.4 vestirsi adeguatamente	8 (44,4)	7 (38,9)	94,5	0,89
2. Cura dello spazio abitativo				
2.1 riordinare la propria stanza (per es., rifare il letto, tenere in ordine l'armadio)	11 (61,1)	12 (66,7)	94,4	0,88
2.2 tenere pulito il bagno	10 (55,6)	12 (66,7)	88,9	0,77
2.3 personalizzare il proprio spazio	9 (50,0)	11 (61,1)	88,9	0,78
2.4 pulire e/o tenere in ordine gli spazi comuni	10 (55,6)	12 (66,7)	88,9	0,77
3. Alimentazione				
3.1 alimentarsi correttamente	8 (44,4)	8 (44,4)	100,0	1,00
3.2 bere in modo equilibrato	4 (22,2)	3 (16,7)	94,5	0,82
3.3 mantenere un comportamento adeguato a tavola	3 (16,7)	3 (16,7)	100,0	1,00
3.4 prepararsi da mangiare	13 (72,2)	14 (77,8)	94,4	0,85
4. Orientamento/movimento				
4.1 autonomia nell'uscire e tornare in Struttura	4 (22,2)	7 (38,9)	72,3	0,37
4.2 usare i mezzi pubblici	4 (22,2)	7 (38,9)	83,3	0,62
4.3 raggiungere luoghi e sapersi orientare nel territorio	5 (27,8)	7 (38,9)	77,8	0,51
4.4 prendere iniziativa nel muoversi/raggiungere luoghi	4 (22,2)	6 (33,3)	88,9	0,73
5. Altre autonomie				
5.1 gestire il denaro	8 (44,4)	6 (33,3)	88,9	0,77
5.2 gestire le sigarette	9 (50,0)	7 (38,9)	77,7	0,56
5.3 gestire il telefono	8 (44,4)	6 (33,3)	88,9	0,77
5.4 gestire il tempo libero (mostra iniziative o interessi)	9 (50,0)	7 (38,9)	77,7	0,56
6. Capacità relazionali				
6.1 conversare e/o telefonare a familiari in modo appropriato	7 (38,9)	8 (44,4)	94,5	0,89
6.2 conversare e/o telefonare ad amici/altri ospiti in modo appropriato	11 (61,1)	8 (44,4)	83,3	0,68
6.3 visitare e/o uscire con familiari e/o amici in modo appropriato	11 (61,1)	11 (61,1)	88,9	0,77
6.4 instaurare relazioni affettive stabili e significative	11 (61,1)	8 (44,4)	83,3	0,68
7. Capacità socio-ricreative				
7.1 partecipare ad attività socio-ricreative interne alla Comunità	6 (33,3)	11 (61,1)	61,1	0,28
7.2 partecipare ad attività socio-ricreative esterne alla Comunità (volontariato, parrocchia, associazioni, ecc.)	9 (50,0)	10 (55,6)	72,2	0,44
7.3 socializzare con gli altri durante le attività	6 (33,3)	10 (55,6)	55,5	0,14
7.4 mostrare interesse o iniziativa per attività	9 (50,0)	9 (50,0)	77,8	0,56
8. Capacità occupazionali-lavorative				
8.1 rispettare le regole	11 (61,1)	10 (55,6)	81,3	0,58
8.2 rispettare gli impegni (per es., corvé o appuntamenti)	11 (61,1)	11 (61,1)	75,1	0,42
8.3 partecipare ad attività pre-lavorative (per es., tirocinio SIL)	10 (55,6)	11 (61,1)	96,8	0,86
8.4 avere un lavoro	11 (61,1)	11 (61,1)	75,1	0,42
9. Gestione della propria salute fisica				
9.1 riconoscere di avere un problema fisico	5 (27,8)	8 (44,4)	83,4	0,65
9.2 curarsi o rivolgersi a chi di dovere se ha un problema fisico	7 (38,9)	8 (44,4)	94,5	0,89
9.3 andare alle visite specialistiche	6 (33,3)	7 (38,9)	83,4	0,64
9.4 riconoscere e assumere correttamente le medicine	7 (38,9)	8 (44,4)	94,5	0,89

(Segue) **Tabella 5**

Frequenze item MPR per il valutatore 1	Concordanza tra tempi			
	Non autonomo o talvolta autonomo (punteggio originale 0-1)			
	Tempo 0 n (%)	Tempo 1 n (%)	Accordo (%)	Kappa
10. Gestione della propria salute mentale				
10.1 riconoscere di avere un problema di natura psicologica/emotiva	12 (66,7)	12 (66,7)	88,2	0,72
10.2 chiedere aiuto esterno per gestire i propri sintomi psicologici/emotivi	12 (66,7)	10 (55,6)	88,2	0,75
10.3 impegnarsi per controllare e prevenire i propri sintomi psicologici/emotivi	11 (61,1)	11 (61,1)	100,0	1,00
10.4 riconoscere di avere la necessità di assumere la terapia farmacologica e/o assumerla adeguatamente	11 (61,1)	9 (50,0)	88,2	0,76

Discussione

L'obiettivo di questo studio ha riguardato la definizione delle proprietà psicometriche della scheda MPR.

Nella loro globalità, i dati relativi alla concordanza tra valutatori dello strumento sono buoni.

I dati ottenuti sottolineano la riproducibilità della valutazione dell'autonomia funzionale di utenti ospiti delle SRP da parte dei professionisti.

La validità concorrente della Scheda MPR è apparsa accettabile, con le dimensioni che presentavano moderate-alte correlazioni con la FPS se misuravano gli stessi costrutti o costrutti correlati a quelli misurati dalla FPS e basse correlazioni se misuravano costrutti diversi.

Globalmente l'esperienza dei professionisti intervistati in merito al gradimento dello strumento ha dimostrato che la Scheda MPR trova facilmente la collaborazione dei professionisti delle strutture residenziali.

Infine, i tempi di compilazione della Scheda MPR sono risultati adeguati.

VALUTAZIONI RISPETTO ALLA LETTERATURA DI RIFERIMENTO

La Scheda MPR risulta essere l'unico strumento che, nella platea internazionale, indaga l'autonomia funzionale dei pazienti con disturbo psichiatrico.

La ricerca secondo il modello di ricerca-azione partecipativa ha favorito lo sviluppo di uno strumento bottom-up che, sviluppato come un abito sartoriale sulle esperienze e le necessità dei professionisti delle SRP, risulta facilmente fruibile dagli stessi, indipendentemente dalla loro disciplina. Veloce da compilare, coniuga la caoticità dell'attività clinica quotidiana con i requisiti di autorizzazione e accre-

ditamento ministeriali, come altri strumenti presenti in lingua italiana non sono in grado di fare.

La possibilità di essere compilato da professionista e utente risponde alla necessità di considerare entrambe le prospettive per disegnare progetti socio-terapeutico-riabilitativi condivisi, come gli altri strumenti disponibili non danno la possibilità di fare in maniera congiunta.

La Scheda MPR risulta, inoltre, complementare a strumenti di valutazione già utilizzati in ambito residenziale (per es., VGF e HoNOS nella regione Veneto) dal momento che va a indagare elementi abitualmente non valutati dagli altri strumenti.

La Scheda MPR, infine, risulta essere l'unico strumento nazionale e internazionale specifico per i pazienti del setting residenziale, probabilmente perché risponde a un'esigenza tipicamente italiana. L'Italia, infatti, è uno dei pochi Paesi al mondo che presenta un modello residenziale progressivo che prevede che il paziente possa passare da una SRP all'altra in base alla capacità funzionale o prestazionale e al grado di recovery personale raggiunti dell'utente stesso⁸.

LIMITI E PUNTI DI FORZA

Nonostante la performance positiva dello strumento è importante segnalare alcuni limiti dello studio relativamente ai casi clinici utilizzati.

I casi clinici valutati sono stati descritti tramite testo (casi clinici creati *ad hoc* da esperti a partire da PTI di pazienti ospiti in SRP del territorio veronese e adattati alle necessità dello studio) e in numerosità inferiore a 20. Sarebbe servita la valutazione da parte dei valutatori indipendenti di casi clinici descritti direttamente dai professionisti stessi e in un maggiore numero per aumentare la rappresentatività del campione considerato rispetto all'utenza delle SRP veronesi. Nonostante questi limiti, i professionisti hanno

mostrato un'elevata accuratezza nelle valutazioni e ciò ha reso possibile indagare in maniera affidabile l'utilizzo della Scheda MPR.

Conclusioni

I dati riportati in questo articolo indicano che la Scheda MPR possiede buone proprietà psicometriche e facilità di utilizzo.

In conclusione, complessivamente questo studio consente di trarre indicazioni sull'applicabilità della Scheda MPR non solo in progetti di ricerca specificamente mirati allo studio dell'autonomia funzionale in utenti con disturbo mentale ospiti delle SRP, ma anche in valutazioni di routine della presa in carico di questi utenti per inserirli adeguatamente in struttura e monitorare il loro percorso socio-terapeutico-riabilitativo individuale secondo le linee guida ministeriali.

Contributo degli autori: AM ha redatto la concezione e la progettazione del lavoro, ha dato un contributo all'interpretazione dei dati, ha scritto il testo principale del manoscritto ed è responsabile di tutti gli aspetti del lavoro, assicurando che le questioni relative all'accuratezza o all'integrità di qualsiasi parte del lavoro siano state adeguatamente investigate e risolte. TP e EDC hanno redatto il lavoro, hanno dato un contributo all'interpretazione dei dati e lo hanno rivisto criticamente per importanti contenuti intellettuali. EP e CD hanno dato un contributo sostanziale all'acquisizione dei dati. DC ha dato un contributo sostanziale nell'inserimento dei dati in specifici dataset e nel controllo dell'integrità dei dati in qualsiasi parte del lavoro. MR ha accettato di essere responsabile di tutti gli aspetti del lavoro, ha redatto la concezione del lavoro e lo ha rivisto criticamente per importanti contenuti intellettuali, fornendo l'approvazione finale della versione da pubblicare. CB ha dato un contributo sostanziale alla concezione, alla progettazione del lavoro e alle analisi correlate, ha contribuito a scrivere il manoscritto e lo ha rivisto criticamente, fornendo l'approvazione finale della versione da pubblicare. Tutti gli autori hanno rivisto il manoscritto.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Ringraziamenti: ringraziamo i professionisti della salute mentale che hanno collaborato allo studio delle proprietà psicometriche dello strumento: dott.ssa E. Canova, dott. M. Chiarini, dott.ssa D. Confente, dott. G. Facincani, dott.ssa P. Murari, dott.ssa D. Pavani, dott.ssa A. Ruvolo.

Materiale supplementare

È stata intrapresa una revisione della letteratura con l'obiettivo di identificare revisioni o revisioni sistematiche o meta-analisi che ricercassero strumenti utilizzati per la valutazione della "capacità funzionale o prestazionale" dei pazienti con disturbo psichiatrico.

A tale scopo sono state utilizzate le banche dati PubMed e Scopus. I termini di ricerca includevano varianti di social funct*, psych* e measure, framework, concept (i termini di ricerca completi sono inclusi nella figura Supplementare 1). Ove possibile, i titoli MeSh (o equivalenti) sono stati utilizzati. Sono stati identificati i lavori realizzati negli ultimi 10 anni inerenti al tema trattato, selezionati come meta-analisi, revisioni e revisioni sistematiche della letteratura. Nella nostra revisione della letteratura sono stati inclusi 12 articoli¹⁻¹³ (nella figura Supplementare 2 è riportato il digramma PRISMA).

Nei manoscritti sono stati identificati 94 strumenti, ma di questi 34 sono stati esclusi perché non adatti alla valutazione della "capacità funzionale o prestazionale" dei pazienti con disturbo psichiatrico nei setting riabilitativi e specificatamente residenziali, oggetto del nostro manoscritto. Dei 60 strumenti identificati, di 15 è stata riscontrata una versione in lingua italiana. Di tali 15 strumenti è fornita una breve descrizione nella tabella Supplementare 1.

Bibliografia delle scale

1. Bingham KS, Kumar S, Dawson DR, Mulsant BH, Flint AJ. A systematic review of the measurement of function in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2018; 26: 54-72.
2. Baune BT, Malhi GS. A review on the impact of cognitive dysfunction on social, occupational, and general functional outcomes in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2015; 17: 41-55.
3. Montemagni C, Frieri T, Rocca P. Second-generation long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia:

(“social funct*” OR “patient funct**” OR “personal funct*” OR “community funct*” OR “functional status” OR “community participation” OR “social network” OR “social life” OR “social adjustment” OR “social adaption” OR “social integration” OR “social disability” OR “perceived social disability” OR “social dysfunc*”) AND (“mental health disorder*” OR “psychiatric” OR “psychiatry”) AND (“psychometric evaluat*” OR “psychometric properties” OR “outcome” OR “measure” OR “quiz” OR “instrument” OR “questionnaire” OR “analysis” OR “scale” OR “validity” OR “reliability” OR “responsiveness” OR “sensitivity” OR “concept*” OR “rationale” OR “theory” OR “model” OR “design” OR “develop*” OR “paradigm” OR “framework” OR “dimension” OR “defin**”)

Figura Supplementare 1. I termini di ricerca completi.

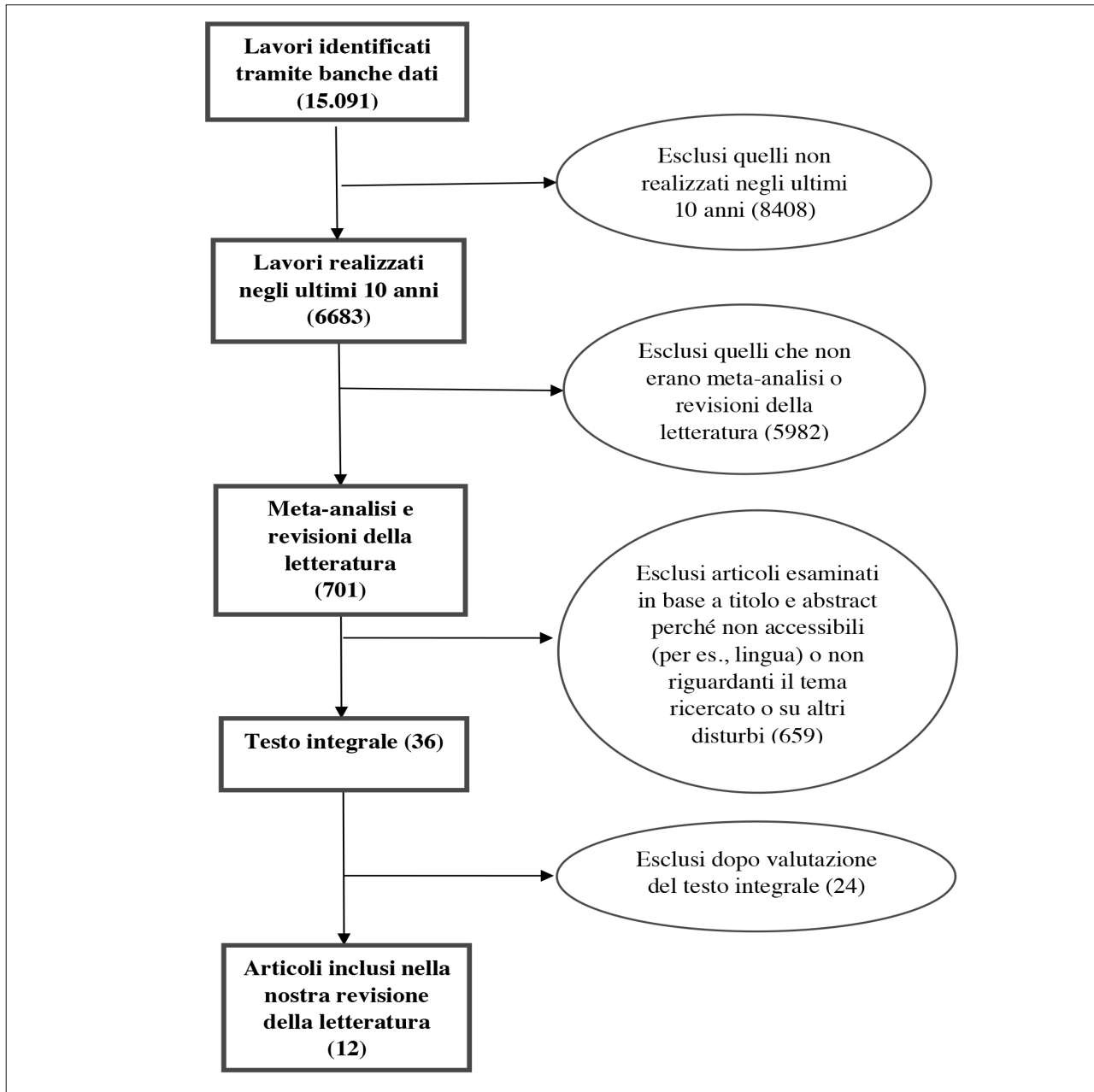


Figura Supplementare 2. Diagramma PRISMA.

Patient functioning and quality of life. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016; 12: 917-29.

4. Oeztuerk OF, Pigoni A, Antonucci LA, Koutsouleris N. Association between formal thought disorders, neurocognition and functioning in the early stages of psychosis: a systematic review of the last half-century studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2022; 272: 381-93.
5. Omachi Y, Sumiyoshi T. Dose reduction/discontinuation of antipsychotic drugs in psychosis: effect on cognition and functional outcomes. *Front Psychiatry* 2018; 2018; 9: 447.
6. Chen M, Fitzgerald HM, Madera JJ, Tohen M. Functional outcome assessment in bipolar disorder: A systematic literature review. *Bipolar Disord* 2019; 21: 194-214.
7. Devoe DJ, Farris MS, Townes P, Addington J. Interventions and social functioning in youth at risk of psychosis:

a systematic review and meta-analysis. *Early Interv Psychiatry* 2019; 13: 169-80.

8. Devoe DJ, Braun A, Seredynski T, Addington J. Negative symptoms and functioning in youth at risk of psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Harv Rev Psychiatry* 2020; 28: 341-55.
9. Fusar-Poli P, Rocchetti M, Sardella A, et al. Disorder, not just state of risk: meta-analysis of functioning and quality of life in people at high risk of psychosis. *Br J Psychiatry* 2015; 207: 198-206.
10. Smart EL, Brown L, Palmier-Claus J, Raphael J, Berry K. A systematic review of the effects of psychosocial interventions on social functioning for middle-aged and older-aged adults with severe mental illness. *Int Geriatr Psychiatry* 2020; 35: 449-62.

Tabella Supplementare 1. Strumenti fruibili in lingua italiana che possono essere utilizzati per valutare la “capacità funzionale o prestazionale” di pazienti con disturbo psichiatrico nel setting residenziale.

Strumento	Descrizione	Compilatore
FAST - Functioning Assessment Short Test ^{14,15}	Valuta la compromissione funzionale nei pazienti con disturbi mentali sulla base dei seguenti 6 domini: autonomia, funzionamento occupazionale, funzionamento cognitivo, questioni finanziarie, relazioni interpersonali e tempo libero.	Professionista
FPS - Scala di Funzionamento Personale e Sociale o PSP - Personal and Social Performance Scale ¹⁶	Valuta il funzionamento psicologico, sociale e lavorativo riassumendolo in un numero che può variare da 0 (il peggior funzionamento possibile) a 100 (il miglior funzionamento possibile). È parte dell'italiano VADO – Valutazione delle Abilità e Definizione degli Obiettivi ^{16,17} che, di lunga compilazione, comprende una serie di strumenti e schede che permettono di valutare la disabilità, il funzionamento e le competenze residue del paziente, di programmare l'intervento riabilitativo individuale tramite negoziazione e di porre obiettivi realistici e misurabili nel tempo.	Professionista
GF:S - Global functioning: Social GF:RS - Global Functioning: Role ^{18,19}	Le due scale valutano in modo indipendente nei giovani prodromici due costrutti comportamentali primari: le abilità sociali (cioè le interazioni/attività interpersonali) tramite la scala GF:Social e le prestazioni di ruolo (cioè i risultati scolastici/lavorativi) tramite la scala GF:Role.	Professionista
HoNOS - Health of the Nation Outcome Scales ^{20,21}	Valuta i risultati del trattamento dei disturbi mentali in soggetti adulti in contatto con i servizi psichiatrici indagando sia aspetti clinici che sociali attraverso 4 aree: esperienze psichiatriche soggettive che disturbano o limitano il soggetto; deficit delle funzioni di base; problemi comportamentali che hanno un impatto significativo sul soggetto e/o sugli altri; problemi comportamentali che possono limitare l'autonomia funzionale che il soggetto potrebbe, potenzialmente, raggiungere.	Professionista
LSP-20 LSP-39 - Life Skills Profile	Mira a valutare i punti di forza così come le aree di disabilità nell'adattamento psicosociale nei 5 domini “cura di sé”, “non turbolenza”, “contatto sociale”, “comunicatività”, “responsabilità”.	Professionista
Mini-ICF-APP - Mini instrument for the observer rating according to International Classification of Functioning, Disability and Health of Activities and Participation in Psychological disorders ²²	Valuta quali capacità siano ancora intatte o meno in determinati disturbi mentali. Le capacità investigate sono 13: “aderenza alle norme”, “pianificazione e strutturazione dei compiti”, “flessibilità”, “competenza”, “resistenza”, “assertività”, “contatto con gli altri”, “integrazione nel gruppo”, “relazioni intime”, “attività extra-lavorative”, “cura di sé”, “mobilità”, “capacità nel giudicare e decidere”.	Professionista
SAFE - Social Adaptive Functioning Evaluation ²³	È una scala di osservazione-valutazione usata per valutare la severità del deficit nelle aree relative alle abilità sociali, strumentali e funzionali dell'individuo anziano con disturbo psichiatrico.	Professionista
SAS-SR - Social Adjustment Scale self-report ²⁴	Rileva il ruolo del paziente come coniuge, genitore e membro di un'unità familiare per valutare le prestazioni, le relazioni interpersonali, gli attriti, i sentimenti e la soddisfazione del paziente nel lavoro e nelle attività sociali e di svago con la famiglia allargata.	Utente

(Segue) Tabella Supplementare 1

Strumento	Descrizione	Compilatore
Self-reported Medical Outcomes Study (SF-36)²⁵	Valuta i limiti nelle attività fisiche, le attività sociali, il dolore corporeo, la salute mentale generale, la vitalità, la percezione della salute generale e i limiti del ruolo abituale dovute a problemi fisici o emotivi.	Professionista
Sheehan Disability Scale (SDS)²⁶	Valuta i livelli di compromissione del paziente nelle aree delle attività lavorative/scolastiche, delle relazioni familiari e del funzionamento sociale	Utente
SLOF - Specific Levels of Functioning Scale^{27,28}	Indica il livello di supporto di cui l'utente ha bisogno per svolgere ogni compito ed è composto da 43 item.	Professionista
Time Use Survey²⁹	Intervista semi-strutturata che raccoglie dati relativi alle ore settimanali nell'ultimo mese trascorse in attività strutturate in 7 domini: Occupazione, Istruzione e formazione, Lavoro, Attività ricreative e sport, Socializzazione, Cura dei bambini, Lavori domestici e faccende di casa.	Professionista
VGF - Valutazione del Funzionamento Globale oppure GAF - Global Assessment of Functioning³⁰	È un'unica scala di valutazione del funzionamento complessivo di un soggetto in un determinato periodo di tempo su una scala che va da 1 per l'individuo ipoteticamente più malato a 100 per l'individuo ipoteticamente più sano	Professionista
Work and Social Adjustment Scale (WSAS)³¹	È un breve questionario che misura l'adattamento lavorativo e sociale nei seguenti 5 domini: capacità lavorativa, gestione della casa, attività sociali del tempo libero, attività private del tempo libero e capacità di formare e mantenere relazioni strette.	Utente
WHODAS 2.0 - WHO Disability Assessment Schedule^{32,33}	Autovalutazione del proprio funzionamento/ disabilità in 6 domini: cognizione, mobilità, cura di sé, relazione con le persone, attività di vita (domestica e lavorativa/scolastica) e partecipazione.	Utente

- Long M, Stansfeld JL, Davies N, Crellin NE, Moncrieff J. A systematic review of social functioning outcome measures in schizophrenia with a focus on suitability for intervention research. *Schizophr Res* 2022; 241: 275-91.
- Marggraf MP, Lysaker PH, Salyers MP, Minor KS. The link between formal thought disorder and social functioning in schizophrenia: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2020; 63: e34.
- Metzak PD, Farris MS, Placsko T, et al. Social functioning and brain imaging in individuals at clinical high-risk for psychosis: a systematic review. *Schizophr Res* 2021; 233: 3-12.
- Barbato A, Bossini L, Calugi S, et al. Validation of the Italian version of the Functioning Assessment Short Test (FAST) for bipolar disorder. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2013; 22: 187-94.
- Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Heal* 2007; 3: 5.
- Morosini P, Magliano L, Brambilla L. VADO, Valutazione di Abilità, Definizione di Obiettivi: Manuale per la riabilitazione in psichiatria. Trento: Erickson, 2004.
- Gigantesco A, Vittorielli M, Pioli R, Falloon IRH, Rossi G, Morosini P. The VADO approach in psychiatric rehabilitation. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 1778-83.
- Lo Cascio N, Curto M, Pasqualetti P, et al. Impairment in Social Functioning differentiates youth meeting Ultra-High Risk for psychosis criteria from other mental health help-seekers: a validation of the Italian version of the Global Functioning: Social and Global Functioning: Role scales. *Psychiatry Res* 2017; 253: 296-302.
- Cornblatt B, Auther A, Niendam T, et al. Preliminary findings for two new measures of social and role functioning in the prodromal phase of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2007; 33: 688-702.
- Lora A, Bai G, Bianchi S, et al. The Italian version of HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales), a scale for evaluating the outcome and the severity in mental health services. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2001; 10: 198-204.
- Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SB, Hadden S, Burns A. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 11-8.
- Balestrieri M, Isola M, Bonn R, et al. Validation of the Italian version of Mini-ICF-APP, a short instrument for rating activity and participation restrictions in psychiatric disorders. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2013; 22: 81-91.
- Marinelli M, Piersante R, Liardi M, et al. La social adaptive functioning evaluation (SAFE): studio di validazione della versione italiana in persone affette da disturbo schizofrenico. *J Psychopathol* 2005; (1).
- Weissman MM. Social adjustment scale-self-report (SAS-SR): In: Staff M (ed). User's Manual. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, 1999.
- Apolone G, Mosconi P. The Italian SF-36 Health Survey. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: 1025-36.

26. Sheehan D, Harnett-Sheehan K, Raj B. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11: 89-95.
27. Montemagni C, Rocca P, Mucci A, Galderisi S, Maj M. Italian version of the "Specific Level of Functioning". *J Psychopathol* 2015; 21: 287-96.
28. Rocca P, Galderisi S, Rossi A, et al. Disorganization and real-world functioning in schizophrenia: Results from the multicenter study of the Italian Network for Research on Psychoses. *Schizophr Res* 2018; 201: 105-12.
29. Dotti Sani GM. The Italian Time Use Survey. In: *Time Use in Domestic Settings Throughout the Life Course*. Cham, CH: Springer International Publishing, 2018.
30. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 1994.
31. Mundt JC, Marks IM, Shear MK, Greist JH. The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 461-4.
32. World Health Organisation. *WHO Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S)*. Multiaxial Present ICD-10 Use Adult Psychiatry. Geneva, CH: World Health Organisation, 2010.
33. Ruggeri M. WHO Disability Assessment Scale (WHO/DAS II). *Epidemiol Psichiatr Soc* 1994; 3: 209-22.

Bibliografia del testo

1. D'Avanzo B, Battino R, Gallus S, Barbato A. Factors predicting discharge of patients from community residential facilities: A longitudinal study from Italy. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38: 619-28.
2. Burti L, Andreone N, Mazzi M. Reassessing treatment environments after two decades: client and staff perceptions of an Italian community mental health service environment, then and now. *Community Ment Health J* 2004; 40: 199-210.
3. Martinelli A, Iozzino L, Pozzan T, Bonetto C, Ruggeri M. Performance and effectiveness of step progressive care pathways within mental health supported accommodation services in Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2022; 57: 939-52.
4. Basaglia F. *L'istituzione negata*. Milano: Baldini Castoldi Dalai, 1968.
5. de Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon I, Fioritti A, Morosini P. Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 220-5.
6. Killaspy H. Supported accommodation for people with mental health problems. *World Psychiatry* 2016; 15: 74-5.
7. Macpherson R. Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. *Adv Psychiatr Treat* 2004; 10: 180-8.
8. Martinelli A, Iozzino L, Ruggeri M, Marston L, Killaspy H. Mental health supported accommodation services in England and in Italy: a comparison. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019; 54: 1419-27.
9. Barbato A, D'Avanzo B, Harvey C, Lesage A, Maone A. Editorial: from residential care to supported housing. *Front Psychiatry* 2020; 11: 1-3.
10. Ministero della Salute. *Accordo Conferenza Unificata 17 Ottobre 2013. Le Strutture Residenziali Psichiatriche*. Roma: Ministero della Salute, 2013.
11. Martinelli A, Ruggeri M. The impact on psychiatric rehabilitation of recovery oriented-practices. *J Psychopathol* 2020; 26: 189-95.
12. American Psychological Association. *Functional Autonomy*. APA Dictionary of Psychopathology. Disponibile su: <https://bit.ly/3UkMfr> [ultimo accesso 21 luglio 2022].
13. Bingham KS, Kumar S, Dawson DR, Mulsant BH, Flint AJ. A systematic review of the measurement of function in late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2018; 26: 54-72.
14. Baune BT, Malhi GS. A review on the impact of cognitive dysfunction on social, occupational, and general functional outcomes in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2015; 17: 41-55.
15. Montemagni C, Frieri T, Rocca P. Second-generation long-acting injectable antipsychotics in schizophrenia: Patient functioning and quality of life. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016; 12: 917-29.
16. Oeztuerk OF, Pigoni A, Antonucci LA, Koutsouleris N. Association between formal thought disorders, neurocognition and functioning in the early stages of psychosis: a systematic review of the last half-century studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2022; 272: 381-93.
17. Omachi Y, Sumiyoshi T. Dose reduction/discontinuation of antipsychotic drugs in psychosis; effect on cognition and functional outcomes. *Front Psychiatry* 2018; 9: 447.
18. Chen M, Fitzgerald HM, Madera JJ, Tohen M. Functional outcome assessment in bipolar disorder: a systematic literature review. *Bipolar Disord* 2019; 21: 194-214.
19. Devoe DJ, Farris MS, Townes P, Addington J. Interventions and social functioning in youth at risk of psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Early Interv Psychiatry* 2019; 13: 169-80.
20. Devoe DJ, Braun A, Seredynski T, Addington J. Negative symptoms and functioning in youth at risk of psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Harv Rev Psychiatry* 2020; 28: 341-55.
21. Fusar-Poli P, Rocchetti M, Sardella A, et al. Disorder, not just state of risk: meta-analysis of functioning and quality of life in people at high risk of psychosis. *Br J Psychiatry* 2015; 207: 198-206.
22. Smart EL, Brown L, Palmier-Claus J, Raphael J, Berry K. A systematic review of the effects of psychosocial interventions on social functioning for middle-aged and older-aged adults with severe mental illness. *Int Geriatr Psychiatry* 2020; 35: 449-62.
23. Long M, Stansfeld JL, Davies N, Crellin NE, Moncrieff J. A systematic review of social functioning outcome measures in schizophrenia with a focus on suitability for intervention research. *Schizophr Res* 2022; 241: 275-91.
24. Marggraf MP, Lysaker PH, Salyers MP, Minor KS. The link between formal thought disorder and social functioning in schizophrenia: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2020; 63: e34.
25. Metzack PD, Farris MS, Placsko T, et al. Social functioning and brain imaging in individuals at clinical high-risk for psychosis: a systematic review. *Schizophr Res* 2021; 233: 3-12.
26. Dipartimento Interaziendale per la Salute Mentale di Verona (DISM). *Progetto di miglioramento, MPR "Monitoraggio Del Percorso Riabilitativo" all'interno delle Strutture Residenziali del Dipartimento Interaziendale per la Salute Mentale*. Verona, 2015.
27. Liberman RP. *Il recovery dalla disabilità*. Manuale di riabilitazione psichiatrica. (Svettini A, ed.). Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2012.
28. Ruggeri M, Pozzan T, Bellani M, Sozzi F, Croce Tornieri L, Troiani M. *Manuale per l'autorizzazione e per l'accreditamento*. 3rd ed. Verona: UOC: 3° Servizio di Psichiatria ULSS 20 dipartimento interaziendale per la salute mentale, 2015.
29. Morosini P, Magliano L, Brambilla L. *VADO, Valutazione di Abilità, Definizione di Obiettivi: Manuale per la riabilitazione in psichiatria*. Trento: Erickson, 2004.
30. Landis JR, Koch GG. An application of hierarchical kappa-type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. *Biometrics* 1977; 33: 363-74.

Indirizzo per la corrispondenza:

Dott.ssa Alessandra Martinelli

IRCCS Istituto Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli

Via Pilastroni 4

25125 Brescia

E-mail: alessandra.martinelli@univr.it