

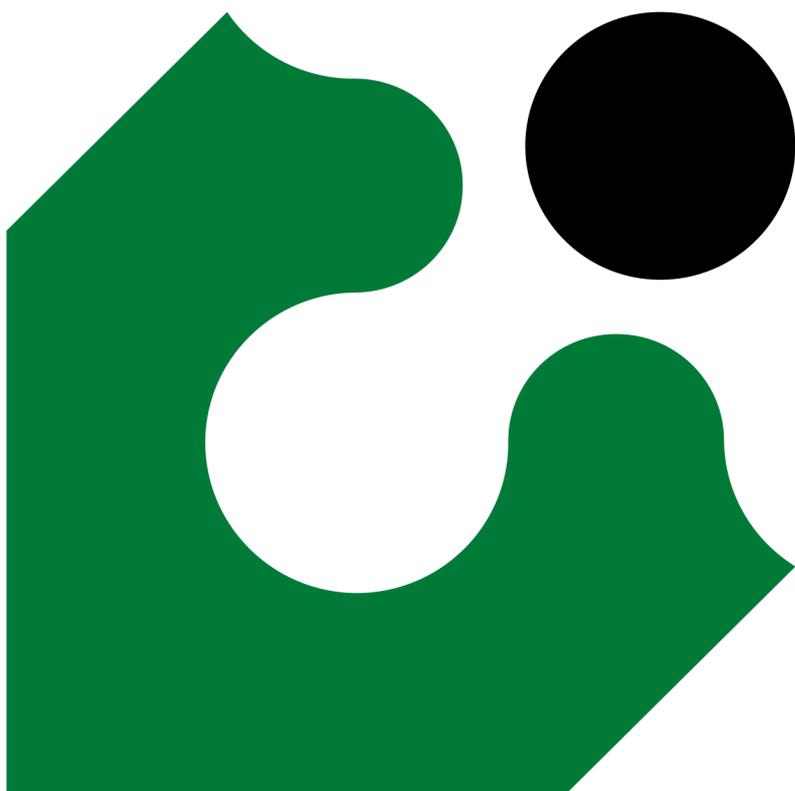
Il ruolo delle Comunità Alloggio nella disabilità cognitiva

Dall'inserimento lavorativo all'accudimento nell'età anziana

Matteo Sozzi

Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

2022 - 2023



Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

UNIMI-DSC 2201/BE
Università degli Studi di Milano

L'AUTORE

Matteo Sozzi, Neuropsicologo Psicoterapeuta, Direttore Casa Maria delle Grazie, Nibionno (LC),
direzione@casacodic.it

IL DOCENTE DEL PROGETTO

Federico Lega, Direttore Corso DSC, Professore Ordinario Università degli Studi di Milano

I DOCENTI ESTERNI

Paola Sacchi Docente, Medico Psichiatra, Regione Lombardia
Antonio Colaianni, Direttore Sociosanitario ATS Monza-Brianza

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Federico Lega, Direttore Corso DSC, Professore Ordinario Università degli Studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE	5
Introduzione	7
Capitolo 1 – La Disabilità Mentale	8
1.1 La disabilità mentale congenita	9
1.2 La disabilità mentale in psichiatria	10
1.3 La disabilità mentale in esiti di cerebrolesione acquisita	11
Capitolo 2 – Le Unità d’Offerta Sociali	13
2.2 Le Comunità Alloggio nel sistema lombardo	13
2.3 Lo SFA (Servizio Formazione dell’Autonomia): attività di inserimento lavorativo in Lombardia	13
2.4 C.A.S.A. (Comunità Alloggio Sociale Anziani): la risposta del sistema sociale e sociosanitario lombardo all’innalzamento dell’età media	14
2.5 Le Case Famiglia Multiutenza: una realtà di accoglienza sociale in Emilia Romagna	15
Capitolo 3 - Dall’inserimento lavorativo all’accudimento in età anziana, una proposta per l’estensione dell’Unità d’Offerta	17
Capitolo 4 – La <i>filiere</i> ricettiva	19
Capitolo 5 – Considerazioni conclusive e ipotesi di sperimentazione	22
BIBLIOGRAFIA	24

Dall'inserimento lavorativo all'accudimento in età anziana

Introduzione

Vi è una diffusa condivisione, sia in ambito sociale e sociosanitario che tra i cittadini comuni, che la *disabilità*, conseguente a riduzione delle capacità cognitive, rappresenti un limite funzionale estremamente importante per il raggiungimento di buoni livelli di autonomia e benessere della persona. Questo peso, inoltre, ricade spesso sul sistema familiare, incapace di far fronte agli ostacoli posti a causa delle minime possibilità di inserimento lavorativo, delle ridotte capacità assistenziali e dall'elevato ammontare di costi non supportati dal sistema pubblico.

L'entità di questa problematica, benché nota ai più, rimane però una questione ancora non del tutto chiara e ciò poiché parlare di epidemiologia della disabilità cognitiva rappresenta una questione di non facile inquadramento. I dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, infatti, mostrano una prevalenza della Disabilità Intellettiva, (intesa nell'accezione del ritardo mentale congenito) mediamente stimata tra l'1 e il 2,5 % della popolazione europea mentre l'incidenza intorno all'1,8%. A questi, tuttavia, vanno aggiunti gli indici relativi alla disabilità conseguente le patologie psichiatriche e i danni neurologici acquisiti. Sul versante psichiatrico, i dati ottenuti dal Sistema Informativo per la Salute Mentale (SIMS, 2021) forniscono la stima di circa 700.000 cittadini assistiti dai servizi specialistici nel corso del 2020 (di cui il 70% sopra i 45 anni) e circa 250.000 nuovi accessi nello stesso anno; relativamente alle patologie neurologiche si stima che in Italia, ogni anno, 73 pazienti ogni 100.000 abitanti subiscono esiti da severo trauma cranico (Iaccarino et al., 2018) 10-15 nuovi casi di Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA) ogni 100.000 abitanti (circa 9000 nuovi casi all'anno) con esiti cronici (Apolone et al., 2007).

Oltre a questo, l'aspettativa di vita, richiama alla necessità di una presa in carico prolungata nel tempo.

Obiettivo di questo Project Work è proporre l'ipotesi di un'estensione di unità d'offerta per persone con disabilità cognitiva finalizzata alla presa in carico della persona con disabilità, con una duplice finalità: aumentare l'efficacia dell'intervento riabilitativo-educativo per l'acquisizione di competenze e autonomie spendibili nella società; accompagnare la persona, laddove la severità del disagio cognitivo impedisca un reinserimento autonomo, in un percorso di presa in carico per l'arco di vita, compatibile con le diverse età.



Fig. 1: concept-line del progetto

Capitolo 1 – La Disabilità Mentale

Il DSM-5, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, definisce la disabilità mentale come una sindrome caratterizzata da disturbi clinicamente rilevanti che coinvolgono gli aspetti cognitivi, di regolazione emotiva e del comportamento e che sono a loro volta determinati da disfunzioni psicologiche, biologiche o dei processi di sviluppo. Questa forma di disabilità può essere considerata dunque come un *disturbo che comprende deficit del funzionamento intellettuale e adattivo negli ambiti concettuali, sociali e pratici*.

Affinché possa essere diagnosticata una condizione di disabilità intellettiva, è necessario che siano soddisfatti **tre criteri**:

- Presenza di deficit delle funzioni intellettive ad esempio abilità di ragionamento, problem solving, pianificazione, pensiero astratto, capacità di critica giudizio, apprendimento e memoria a lungo termine. Tali difficoltà necessitano un'obiettivazione attraverso la valutazione clinica e l'uso di test e psicometrici standardizzati.
- Presenza difficoltà del funzionamento adattivo tale per cui la persona non riesca a raggiungere standard di sviluppo e socioculturali di autonomia e di responsabilità sociale. In presenza di una disabilità mentale, infatti, è necessario un supporto costante in quanto i deficit adattivi limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana (abilità di comunicazione, partecipazione sociale e la vita autonoma) negli ambiti frequentati dalla persona come casa, scuola, ambiente lavorativo e comunità sociale.
- Esordio dei deficit intellettivi e adattivi durante il periodo dello sviluppo, per le condizioni di disabilità congenita.

La disabilità intellettiva in quanto tale, si caratterizza come una condizione che accompagna la persona per tutta la vita; sia nel caso di disabilità congenita sia laddove sia presente a seguito di eventi acuti o insorti durante l'arco di vita.

La severità di tale patologia, ancorché inquadabile e obbiectivabile con esami specifici, subisce necessariamente variazioni nel corso del tempo. È possibile, infatti, osservare periodi di peggioramento, di stabilizzazione o, laddove gli interventi abilitativi-riabilitativi siano realizzabili, riduzioni della gravità.

Per comprendere come una condizione di disabilità di fatto non sia del tutto annullabile ma possa andare incontro a variazioni, diventa necessario riferirsi al contesto teorico *bio-psico-sociale* utilizzato dalla Classificazione Internazionale della Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF). All'interno di questo framework teorico, la disabilità – in senso lato – può comportare non solo problematiche a livello di funzioni e strutture corporee ma anche rispetto alle abilità di partecipazione (inserimento sociale, attività di scambio comunicativo, possibilità di scelte ecc.). Ciò ad indicare il fatto che vi è sempre un collegamento bi-direzionale tra individuo e ambiente circostante: in questo senso la gravità della disabilità viene modulata e influenzata dalle risorse, dai supporti e dalle barriere presenti nell'ambiente.

I deficit delle abilità cognitive e conseguentemente delle autonomie, delle possibilità di decisione e dei livelli di partecipazione ad un contesto sociale attivo possono avere origine da differenti cause.

Generalmente una disabilità di questa natura può essere congenita, conseguente ad una patologia psichiatrica o presentarsi come esito di un danno neurologico.

1.1 La disabilità mentale congenita

La limitazione delle abilità cognitive presenti fin dalla nascita, viene più comunemente inquadrata sotto la categoria diagnostica del Ritardo Mentale (RM). La compromissione delle abilità globali del bambino e, successivamente, dell'adulto con diagnosi di RM, viene analizzata attraverso uno spettro multidominio che comprende:

- Il dominio *concettuale*: vale a dire le competenze semantiche, di conoscenza, linguistiche, di lettura, scrittura, di calcolo, ragionamento e memoria.
- Il dominio *sociale*: relativo alla capacità di percepire empatica, esprimere giudizi sociali pertinenti e funzionali, essere in grado di comunicare in modo efficace i propri bisogni, la capacità di allacciare rapporti e mantenere relazioni.
- Il dominio delle *autonomie*: ossia la gestione degli ambiti personali, la capacità di organizzare spazi e tempi in relazione ai bisogni e agli scopi che si vogliono raggiungere ; capacità di mantenere impegni lavorativi e di gestione delle risorse a disposizione. Per i bambini, la capacità di gestire, compatibilmente con l'età, l'organizzazione delle attività scolastiche.

L'indice che, insieme alle valutazioni funzionali, definisce la severità del RM è il Quoziente Intellettivo (QI). Questo valore che si attesta su una scala con media e mediana del valore di 100 (deviazione standard 15), esprime un valore di normalità quando compreso tra l'85 e il 115. Al di sotto del valore inferiore di norma si possono classificare quattro livelli

Il RM *lieve*, con un QI compreso tra 55 e 70. Clinicamente non è immediatamente evidente infatti i bambini, soprattutto se si collocano nella fascia alta di questo range, possono sviluppare capacità sociali e comunicative negli anni prescolastici (da 0 a 5 anni di età) presentando una compromissione minima nelle aree senso-motorie tale per cui potrebbero non essere distinguibili dai bambini senza disabilità fino all'ingresso nella scuola primaria. Con il passare del tempo e l'aumento delle complessità delle richieste ambientali, queste minime difficoltà possono emergere al punto da far riscontrare difficoltà scolastiche soprattutto dalla scuola media all'età dell'adolescenza. Adeguatamente inseriti nell'ambiente di vita acquisiscono capacità sociali e occupazionali adeguate che permettono un livello minimo di autonomia pur necessitando di minimi supporti, guide o assistenza per le attività più complesse.

Il RM *moderato* si presenta, ad un esame psicometrico, con un QI tra il 40 e 55. Dal punto di vista qualitativo si riscontra anzitutto una maggiore difficoltà nell'acquisizione, in età infantile, del linguaggio. Mostrano difficoltà durante l'apprendimento scolastico tale per cui si rende spesso necessario un supporto specifico; le abilità di ragionamento e in generale di apprendimento inficiano il percorso scolastico rendendo poco efficiente l'acquisizione di abilità e competenze già a partire dalle scuole elementari. Sebbene crescendo, con i dovuti supporti educativi, possano acquisire autonomie e competenze quali il potersi spostare da soli in ambienti noti, necessitano l'inserimento in attività di lavoro spesso non specializzato, supervisionato o protetto.

Il RM **grave** determinato da un QI tra il 25 e il 40 è compatibile con una manifestazione clinica caratterizzata da severa difficoltà nell'acquisizione del linguaggio, specialmente per le abilità di astrazione linguistica. Il pensiero è spesso concreto, si possono verificare dal punto di vista cognitivo, difficoltà nella collocazione di eventi lungo una linea temporale, le abilità di ragionamento logico deduttivo rendono complessa l'acquisizione di alcune competenze di base quali il calcolo matematico. È possibile che non acquisiscano un'adeguata capacità di letto-scrittura autonoma ma imparino a riconoscere alcuni lessemi più frequentemente presentati o a scrivere il proprio nome. Crescendo, all'aumentare della complessità dell'ambiente, si rende necessario l'inserimento di persone con questo tipo di disabilità in contesti altamente protetti dove poter lavorare per l'acquisizione e il mantenimento del maggior numero di autonomie possibili. È generalmente indicato, laddove le famiglie non possano farsi carico, l'inserimento in contesti di vita comunitaria o, in presenza di comorbilità o alterazioni del comportamento, di assistenza specialistica.

Il RM **gravissimo**, il cui QI si colloca al di sotto del 25, è verosimilmente causato da alterazioni neurologiche che determinano severa compromissione del funzionamento senso-motorio. Cognitivamente non compare l'uso del pensiero simbolico. È possibile supportare la persona nell'acquisizione di competenze nell'uso di oggetti per la cura personale. In generale il livello di dipendenza è molto alto sia per le scelte che per le attività di vita quotidiana di base semplici. La severità del deficit cognitivo è possibilmente associata con alterazioni del comportamento o comportamenti disadattivi. Per queste persone è necessario individuare strutture, spesso a carattere sanitario quali RSD (residenze sanitarie per disabili) per una presa in carico globale.

1.2 La disabilità mentale in psichiatria

Da alcuni anni la letteratura scientifica ha visto un incremento dei contributi di ricerca relativi alle sequele cognitive in ambito psichiatrico. Sebbene le patologie psichiatriche non siano considerate *per sé* come patologie che alterano i processi cognitivi, si possono individuare due principali ambiti nei quali la severa alterazione dell'emotività o dell'esame di realtà si embrichi in modo interattivo con le funzioni cognitive.

Da una parte vi è il tema della comorbidità: è possibile che pazienti possano presentare un'alterazione dello stato di pensiero e una clinica corrispondente alla nosografia psichiatrica e, contestualmente, presentare caratteristiche congenite compatibili con diagnosi di RM. In talune circostanze si verificano condizioni in cui la patologia psichiatrica infatti si "innesta" su un profilo di grave ritardo (Jahoda et al, 2006; Cassano e Tundo, 2008) .

Non è escluso infatti che, le alterazioni cognitive legate alle condizioni di ritardo, possano essere le determinanti di alterati processi integrativi dei vissuti emotivi e cognitivi che portano alla manifestazione di comportamenti disadattivi.

Con l'avanzare dell'età si possono associare, alla malattia psichiatrica già oramai cronicizzata e in terapia farmacologica da tempo, forme di deterioramento cognitivo su base neurologica.

Viceversa, l'insorgenza di specifici quadri di demenza, si può manifestare con alterazioni dello stato di pensiero e del comportamento, tale da far attingere a classificazioni nosografiche di area psichiatrica. Cooper e collaboratori (2019) mostrano come la comorbidità psichiatrica sia soggetta

non solo ai criteri diagnostici utilizzati, ma anche all'uso di strumenti testistici passando dal 52,2%, nel caso in cui la diagnosi si basi esclusivamente su giudizi clinici, al 45,1% quando venga fatta sui criteri diagnostici per i disturbi psichiatrici in pazienti adulti con disabilità dell'apprendimento (DC-LD) 7, fino ad arrivare all'11,4% nelle indagini che fanno riferimento al DSM.

L'altro versante riguarda l'effetto vero e proprio che l'alterazione dello stato di pensiero e dell'esame di realtà, determinano sulle funzioni cognitive superiori.

Pur in assenza di franchi deficit delle abilità di ragionamento, infatti, è possibile individuare alterazioni delle funzioni esecutive e della flessibilità di pensiero nei pazienti affetti dalle diverse forme di schizofrenia. In questo senso i deficit cognitivi nella sindrome schizofrenica possono essere severi al punto da determinare una grave riduzione dei livelli di autonomia personale e sono associati a una riduzione delle attività quotidiana poiché possono influire sulle abilità sociali, sulle capacità di mantenere adeguatamente una professione e, più in generale, rendere difficoltosa la capacità di autodeterminarsi nel vivere in modo autonomo, indipendente e funzionale potendo prendersi cura di sé. La disabilità cognitiva associata alla patologia psichiatrica può essere individuata, così come illustrato dal progetto MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia, 2004) in sette domini: velocità di elaborazione, attenzione/vigilanza, memoria di lavoro, apprendimento verbale e visivo, ragionamento e risoluzione di problemi e cognizione sociale.

Oltre a questo, l'implicazione di funzioni quali la memoria di lavoro e la teoria della mente (ToM) causano una drastica riduzione delle autonomie nei pazienti con patologia psichiatrica tale per cui si rende indispensabile l'accudimento e la presa in carico, soprattutto nelle condizioni di maggiore gravità

1.3 La disabilità mentale in esiti di cerebrolesione acquisita

L'occorrenza di una grave cerebrolesione acquisita (GCA), intesa come danno cerebrale di origine traumatica, vascolare, ipossica o infettiva, determina come primo criterio per la diagnosi di GCA una condizione di coma protratto nel tempo. A seguito di tale condizione di stato di alterata coscienza, il paziente può presentare menomazioni senso-motorie, cognitive e comportamentali.

La severità dei deficit conseguenti una lesione cerebrale va valutata in base al tempo intercorso dall'evento acuto. Attraverso adeguate valutazioni neuropsicologiche, infatti, è possibile definire il livello di deficit residuale a seguito dell'evento acuto. La valutazione neuropsicologica, sia attraverso la somministrazione di test standardizzati, sia attraverso l'osservazione clinica, mira alla rilevazione e alla quantificazione di deficit del linguaggio (afasia e disordini della lettura e della scrittura), deficit della percezione e della cognizione spaziale, deficit della memoria, deficit dell'attenzione, deficit della programmazione e realizzazione del comportamento motorio e dell'azione complessa, oltre ad alterazioni della consapevolezza, delle funzioni esecutive, della regolazione delle emozioni e del comportamento; e della cognizione sociale. Con la somministrazione dei test e l'osservazione clinica del comportamento si definisce ciò che è descrivibile come il profilo neuropsicologico, vale a dire la quantificazione delle disabilità e delle risorse presenti.

Una buona diagnosi funzionale permette di avviare percorsi di riabilitazione neuropsicologica.

Dall'inserimento lavorativo all'accudimento in età anziana

La riabilitazione, intesa come un processo attivo nel quale pazienti con disabilità congenita o acquisita svolgono un trattamento specifico, è finalizzata al maggior recupero possibile delle abilità perse e come raccomandato dalla giuria nella Conferenza di Consenso della Riabilitazione Neuropsicologica (2012), dovrebbe proseguire con un monitoraggio anche valutativo, fintanto che non sia più documentabile un ulteriore miglioramento.

Spesso, a seguito della dimissione dalla riabilitazione ad alta intensità (prevista quindi per pazienti in fase post-acuta) non vi sono sufficienti risorse sul territorio per procedere con il programma riabilitativo in regime ambulatoriale, pertanto i pazienti, dimessi dalle strutture di degenza, si trovano a dover interrompere precocemente il trattamento poiché le uniche possibilità sul territorio sono spesso quelle della libera professione con un carico oneroso che non tutti i pazienti possono sostenere. Quando le strutture che operano sul territorio propongono trattamenti in ambito neuropsicologico, la quantità degli interventi (10 sedute) si rivelano spesso insufficienti per gli scopi proposti. Sussistono tali limiti nonostante le evidenze abbiano dimostrato elevati livelli di efficacia del trattamento neuropsicologico nell'apportare modifiche anche a distanza di lungo tempo dall'esordio.

Dal punto di vista funzionale, il profilo di disabilità non si discosta, se non per le caratteristiche diagnostiche, da quanto finora descritto parlando di disabilità mentale congenita o associata a malattia psichiatrica.

Le lesioni neurologiche, infatti, possono far emergere anche variazioni nella personalità e nel comportamento abituale dell'individuo.

Le famiglie quindi si devono spesso fare carico di condizioni di non impiegabilità, interruzione di risorse riabilitative e gestione di aspetti neurocomportamentali in assenza di adeguati supporti da parte del sistema socio-sanitario.

Come indicato dalla II **Conferenza Nazionale Salute Mentale** (Ministero della Salute, Giugno 2021), si rende necessario rafforzare la cultura dell'assistenza territoriale dalla presa in carico integrata e globale delle persone con disabilità mentale (indipendentemente dall'eziologia) coinvolgendo tutte le professioni, le istituzioni e i soggetti che operano nel settore per favorire una cura adeguata anche con un percorso di comunità, finalizzato – se possibile e per quanto possibile – al reinserimento sociale.

Capitolo 2 – Le Unità d’Offerta Sociali

2.2 Le Comunità Alloggio nel sistema lombardo

La Comunità Alloggio si configura come una struttura residenziale destinata ad accoglienza persone portatrici di disabilità di grado tale da poter partecipare all’organizzazione della vita di comunità ma non di vivere autonomamente nel proprio domicilio. È una struttura di carattere sociale, spesso a regime totalmente privatistico, tuttavia è possibile che vi sia un accreditamento con le amministrazioni comunali. L’intervento all’interno di questa comunità è caratterizzato da progetti educativi e sociali garantiti in forma continuativa e residenziale. Generalmente hanno una ricettività di 10 posti.

Le normative che regolano l’organizzazione di queste strutture sono il D.G.R. n. 20763/2005 che definisce i requisiti minimi strutturali e organizzativi per l’autorizzazione al funzionamento dei servizi sociali per le persone disabili; la circolare n. 35 del 24/05/2005 per gli indirizzi in materia di autorizzazione, accreditamento e contratto in ambito socio-assistenziale e la circolare regionale n. 18 del 14/06/2007 relativa alla formazione/aggiornamento degli operatori socio-educativi ai fini dell’accREDITAMENTO delle strutture sociali per minori e disabili.

In base a questa normativa ogni struttura deve prevedere una carta dei servizi in cui siano illustrati le attività e le funzioni previste, gli interventi offerti, gli orari di apertura, le modalità di accesso, l’ammontare della retta in relazione e le prestazioni erogate; come ogni struttura ospitante è necessario che siano esplicitate le procedure per la gestione dell’emergenza attraverso un documento che attesti le modalità attuate oltre alle procedure di manutenzione ordinaria e straordinaria dell’immobile e delle pertinenze.

Ogni comunità deve prevedere un piano gestionale e delle risorse destinate all’assolvimento delle funzioni di pulizia degli ambienti alla preparazione e alla distribuzione dei pasti e, per quanto riguarda la gestione diretta con l’ospite, un progetto educativo individualizzato la stesura e aggiornamento devono essere periodiche, effettuate in equipe e condivise con ospite e familiari (o amministratore di sostegno). Tutta la documentazione per ogni ospite deve essere conservata in un fascicolo personale a disposizione del personale sanitario e educativo implicato nei vari processi di cura.

2.3 Lo SFA (Servizio Formazione dell’Autonomia): attività di inserimento lavorativo in Lombardia

Il servizio di formazione all'autonomia è un servizio sociale rivolto a persone con disabilità che necessitano aiuto nei processi di sviluppo della consapevolezza, dei processi di autodeterminazione e acquisiscano maggiori autonomie possibili affinché queste siano spendibili per il proprio futuro nei contesti familiare, sociale e professionale.

Lo scopo del servizio è quello di far acquisire competenze sociali e relazionali come prerequisiti per un inserimento o un reinserimento lavorativo. I destinatari del servizio di formazione all'autonomia sono generalmente persone con disabilità di età compresa tra i 16 anni e i 35 anni; è possibile che

vengano considerate persone di età superiore ai 35 anni in esiti di trauma neurologico o da patologie invalidanti che una volta dimessi dal circuito di cure riabilitative, abbiano necessità di acquisire ulteriori abilità sociali per una loro inclusione sociale.

Il Servizio di Formazione all'Autonomia si configura dunque come un percorso ben definito in cui vengono messi in atto percorsi socio-educativi e formativi individualizzati, specifici per obiettivo e che contemplino le abilità residue, nonché le intenzionalità e gli obiettivi della persona. I progetti, condivisi con la famiglia, sono realizzati da figure professionali qualificate, oltre al coinvolgimento di risorse strutturali e strumentali del territorio e del contesto di vita della persona.

Lo SFA nel sistema socio-sanitario lombardo è strutturato come centro ad accesso diurno, generalmente aperto 10-11 mesi all'anno.

I Progetti Educativi Individualizzati (PEI) sono organizzati in modo da lavorare su diverse aree: quella individuale per l'acquisizione e il mantenimento di nuove autonomie, quella sociale, l'area cognitiva e relazionale, quella espressiva e ricreativa e soprattutto quella di formazione e lavorativa per l'acquisizione di competenze pratiche anche attraverso l'avvio di progetti di tirocinio o lavoro supervisionato.

2.4 C.A.S.A. (Comunità Alloggio Sociale Anziani): la risposta del sistema sociale e sociosanitario lombardo all'innalzamento dell'età media

La "Comunità Alloggio Sociale Anziani, il cui acronimo è C.A.S.A., è un'unità d'offerta residenziale di tipo sociale, destinata a garantire tutela e protezione abitativa a persone anziane fragili e vulnerabili socialmente, autosufficienti, o con una parziale compromissione nelle attività strumentali della vita quotidiana e/o nella vita di relazione.

Per come regolamentata dalla delibera di Regione Lombardia X/7776 17/01/2018 (Istituzione Unità d'offerta del sistema sociale "Comunità Alloggio Sociale Anziani"), La C.A.S.A. assicura servizi alberghieri e sociali interni alla struttura e alla capacità di integrarsi con i normali servizi sociali, sociosanitari e sanitari, di comunità e di rete.

È caratterizzata dalla presenza di un gestore pubblico o privato che è responsabile della conduzione della C.A.S.A.

Le persone possono essere accolte in forma temporanea o a tempo indeterminato, compatibilmente con le loro richieste, capacità e autonomie.

Gli obiettivi di questo servizio sono anzitutto la garanzia di un'accoglienza per persone anziani e fragili che tuttavia non necessitino di cure mediche specifiche e prolungate, ed è caratterizzata da un piccolo numero di ospiti. L'organizzazione, a prevalente impostazione domestica, permette alle persone la libera espressione delle autonomie e della socialità, promuovendo il concetto di salute e benessere. L'intervento è finalizzato al fornire esigenze abitative e di protezione delle persone; garantire un progetto di vita che risponda alle esigenze e ai desideri della persona; favorire il mantenimento dell'autonomia e promuoverne il miglioramento.

La C.A.S.A. è per le persone che abbiano già compiuto i 65 anni di età e che, in particolari condizioni di vulnerabilità sociale, richiedono interventi a bassa intensità assistenziale (come previsto dal DM 308/2001) senza necessità di assistenza sociosanitaria continuativa.

Gli afferenti al servizio delle C.A.S.A. possono presentare limitazioni anche consistenti nelle attività di vita quotidiana più complesse o parzialmente nelle attività di base.

È però necessario che garantiscano un certo grado di autonomia caratterizzato dall'uso autonomo dei servizi igienici, anche accompagnate in caso di necessità, e con eventuale supervisione; non abbiano limitazioni motorie tali da rendere difficoltoso il passaggio sedia-letto e non necessitino di aiuto nel cambiare autonomamente posizione quando allettate; devono essere in grado di alimentarsi da soli, con eventuale supervisione o minimo supporto. Hanno abilità per la gestione della propria terapia farmacologica.

Entro questi limiti possono essere accolte, purché conservino parziali autonomie anche le persone con limitazioni delle funzioni mentali superiori di grado lieve-moderato (MCI o demenza lieve-moderata) sostenibili con funzioni di assistenza minima (es. supervisione o aiuto nell'organizzazione di vita) in assenza di anomalie del comportamento maggiori e non compatibili con la vita in comunità (aggressività, vocalizzazione impropria e incessante). Le persone che vivono nella C.A.S.A. mantengono l'iscrizione al proprio MMG che resta il responsabile clinico della loro salute. Non possono accedere a questo servizio le persone che presentino un grado di compromissione tale da richiedere interventi ad alta intensità assistenziali oppure persone che necessitino di cure sanitarie o sociosanitarie di carattere continuativo, con particolare riferimento a problemi psichiatrici attivi, comportamenti asociali preesistenti non compatibili con la vita di comunità; tra queste anche la grave instabilità clinica o malattie che richiedano monitoraggio medico o infermieristico continuo; demenza sintomatica non compatibile con la vita in comunità.

Le prestazioni di carattere sociale erogate, anche in outsourcing, si concretizzano, in relazione al bisogno, in prestazioni alberghiere, di supporto alla persona nella "cura del sé" di socializzazione, per il mantenimento delle relazioni e dell'autonomia e di supporto nelle attività della vita quotidiana. La C.A.S.A., ai fini di facilitare la partecipazione degli ospiti alla vita sociale del territorio e favorire le visite, deve essere inserita in area definita urbanisticamente residenziale. E' necessario predisporre una Carta dei servizi che deve essere esposta presso l'unità d'offerta e consegnata a ciascun ospite al momento dell'ingresso nella C.A.S.A.; un contratto d'ingresso esaustivo di tutte le informazioni e degli adempimenti a carico dell'ospite e del gestore; anche in assenza di cure continue, è necessario conservare un fascicolo dell'ospite contenente: la scheda informativa (con i dati anagrafici ecc.); la documentazione sanitaria/sociosanitaria e sociale consegnata dall'ospite o dalla famiglia all'ingresso; la relazione d'ingresso MMG o specialista e successivi accessi o visite (anche ambulatoriali). È necessario definire un progetto di vita completo degli interventi e predisporre diario delle eventuali criticità sanitarie o sociosanitarie, registrate nel corso dell'accoglienza

2.5 Le Case Famiglia Multiutenza: una realtà di accoglienza sociale in Emilia Romagna

Le Case Famiglia Multiutenza rappresentano una forma di accoglimento residenziale della disabilità non ancora presente nel sistema sociale e sociosanitario lombardo. Questo tipo di offerta, più caratteristico di altre regioni, quali l'Emilia-Romagna, ha la caratteristica di voler offrire una forma di residenzialità che si colloca a "metà strada" tra la famiglia di origine e la comunità alloggio per

Dall'inserimento lavorativo all'accudimento in età anziana

disabili. L'utenza privilegiata per questo tipo di servizio è costituita da persone con disabilità lieve-media che abbiano difficoltà nel vivere in autonomia e necessitino supervisione o supporto per le attività di vita quotidiana più complesse.

Si caratterizzano per offrire un ambiente accogliente e funzionale attraverso un servizio di ospitalità residenziale a bassa e media intensità assistenziale ed organizzativa. La struttura si fa dunque carico dell'adulto con disabilità nella sua globalità e, oltre a garantire un soggiorno e un'assistenza, promuove le potenzialità di salute, benessere, di affettività e di vita relazionale degli assistiti.

Gli obiettivi della casa-famiglia, dunque, sono quelli di dare accoglienza residenziale a persone in difficoltà o nel bisogno, prive di un contesto familiare o con una situazione familiare complessa, svolgere una funzione educativa di recupero e risocializzazione personalizzate sui bisogni di cui l'accoglienza è portatore.

I progetti educativi si sviluppano su una metodica di condivisione diretta di vita e sulla capacità di regolarsi negli aspetti relazionali e di responsabilità all'interno del contesto abitativo. Di fatto ha in sé tutte le caratteristiche tipiche dell'intervento educativo professionale (tipico, ad esempio, delle comunità alloggio) con, tuttavia, una maggiore enfasi sulla condivisione in modalità familiare.

Le persone che vi accedono, almeno per i criteri descritti dalla normativa di Regione Emilia-Romagna, presentano una problematica di bassa e media intensità e/o un ritardo mentale lieve o moderato, ma senza disabilità fisica o motoria.

La casa-famiglia può offrire attività occupazionali e ricreative e in tal senso vuole costituirsi come una forma di aiuto a persone che hanno bisogno di studiare o di essere inserite nel mondo del lavoro, sostenendo le persone che hanno necessità di essere supportate al raggiungimento di tali obiettivi e al mantenimento degli stessi, nel rispetto delle loro capacità attitudinali e cognitive.

Rispetto alle Comunità Alloggio, permettono l'accesso ad un numero ridotto di persone (6 o 7).

I requisiti strutturali, definiti nelle normative di riferimento riguardano, analogamente a quanto descritto nelle Comunità Alloggio e nelle C.A.S.A., una Carta dei Servizi, un piano strutturale per le procedure di routine e straordinarie, oltre alla raccolta dei documenti di pertinenza degli utenti ospitati.

Capitolo 3 - Dall'inserimento lavorativo all'accudimento in età anziana, una proposta per l'estensione dell'Unità d'Offerta

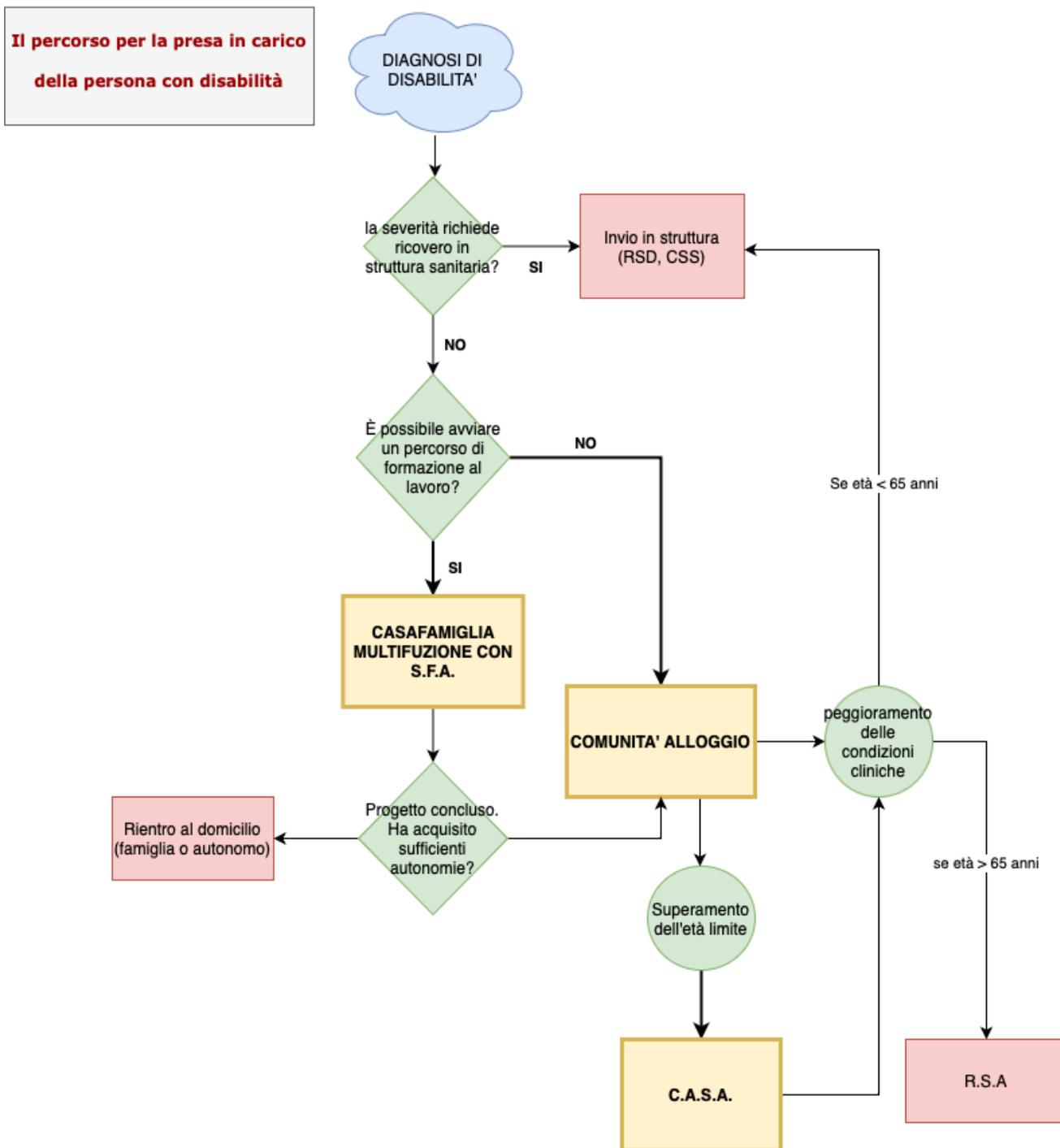
La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006 fa trasparire, nell'ottica del sopracitato approccio bio-psico-sociale, l'importanza dell'ambiente come variabile che modula il concetto stesso di disabilità. La Convenzione declina in diverse sfaccettature le modalità di espressione dei diritti di persone con disabilità e, insieme alla "Linea 2 del Programma d'azione biennale per la promozione dei diritti e dell'integrazione delle persone con disabilità" (adottato con DPR 12 ottobre 2017) e alle Linee Guida per la presentazione di progetti in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità (Ministero Salute, 2018), si rimarca la necessità di garantire una vita indipendente cioè, la possibilità che vengano messe in atto tutte le azioni possibili per favorire, al meglio delle possibilità di ciascun individuo, un progetto di vita finalizzato all'indipendenza e autodeterminazione a prescindere dalla tipologia di disabilità (fisica, sensoriale, intellettiva e/o relazionale). Si cita: "non si tratta necessariamente di vivere una vita per conto proprio o dell'idea della semplice autonomia, ma [l'autonomia] ha a che fare con l'autodeterminazione delle persone con disabilità, riverberandosi anche sull'ambito familiare della persona interessata" (Linee di indirizzo).

La proposta per un'estensione dell'Unità di Offerta, così come illustrata sinteticamente nel diagramma a seguire, si colloca dunque nel contesto di queste indicazioni tale per cui tutte le persone con disabilità possano fruire di un'offerta del sistema sociale e sociosanitario regionale attraverso un percorso che, alla luce di quanto già espresso nelle Linee Guida ministeriali sopracitate, sia caratterizzato da una parte dalla presa in carico finalizzata al raggiungimento dei maggiori livelli di autonomia possibile (integrazione/reintegrazione nel tessuto sociale, familiare, lavorativo); e dall'altra, laddove le condizioni di disabilità mentale non permettano tali livelli di autonomia, a garantire una continuità di cura e sostegno che segua il variare delle necessità e dei bisogni in base all'età.

L'evoluzione socio-demografica della popolazione, infatti, ci pone sempre di più di fronte all'attenzione verso quella fascia di popolazione che, invecchiando, richiede un sostegno particolare, soprattutto quando si tratta di persone già portatrici di forme di fragilità mentale.

Il tema dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione, infatti, non implica solo problemi che riguardano la tutela della fascia degli anziani, ma tocca da vicino anche l'area della disabilità e della fragilità psicologica rendendo pertanto opportuno rimodulare l'offerta attraverso progetti riabilitativi e assistenziali in contesti protetti, quali le C.A.S.A.

Il percorso si rivolge dunque alle persone che presentino disabilità cognitive tali da non richiedere interventi sanitari specifici (RSD, RSA) o cure specialistiche, ma possano fruire di interventi per lo sviluppo e il mantenimento delle autonomie.



Capitolo 4 – La *filiera* ricettiva

La presa in carico in caso di disabilità lieve-moderata può fare riferimento, dunque, al modello già esistente nel sistema regionale dell'Emilia-Romagna della *Casa-Famiglia multiutenza* ma con l'integrazione di un Servizio di Formazione all'Autonomia (SFA).

In sintesi, si configurerebbe come una proposta di tipo residenziale a carico assistenziale medio-basso. Le caratteristiche dell'utenza:

- Età maggiore di 18 anni
- Presenza di una disabilità intellettiva di grado lieve vs. moderato, che necessiti di supporto per incompatibilità con inserimento autonomo nelle attività lavorative scolastiche e sociali.
- Assenza di gravi disabilità motorie (tetraplegie, emiplegie)
- Assenza di alterazioni comportamentali che necessitino continua supervisione

Gli utenti possono provenire direttamente dall'ambito familiare (sia su richiesta diretta delle famiglie sia su segnalazione dei servizi territoriali competenti) o da strutture sanitarie in cui abbiano concluso un percorso clinico di riabilitazione

Da includere in tal senso non solo persone con disabilità congenita o ad eziologia psichiatrica ma anche individui che, a seguito di lesioni neurologiche, abbiano acquisito forme di disabilità incompatibili con un reinserimento nelle attività lavorative, scolastiche e sociali in completa autonomia al termine dei lunghi percorsi riabilitativi previsti.

I principali obiettivi da perseguire con l'accoglimento degli utenti saranno i seguenti:

1. Proporre forme di impiego protetto all'interno di una progettualità educativa volta all'acquisizione di:
 - Miglioramento delle capacità relazionali in un contesto di vita condivisa
 - competenza professionale eventualmente spendibile nel mondo del lavoro;
 - capacità di organizzazione e pianificazione
 - aumento dei livelli di autonomia.
2. Accogliere persone per le quali verranno ideati Piani Educativi Individualizzati e personalizzati; in quest'ottica gli interventi saranno orientati, in base al livello di disabilità, su differenti livelli di progettualità: dal mantenimento delle abilità residue attraverso l'impiego in forme di lavoro con assistenza fino alla realizzazione di progetti orientati al graduale reinserimento al mondo del lavoro.
3. Garantire, sulla base delle caratteristiche individuali, una serie di interventi ad arricchimento della progettualità educativa che si svilupperanno tra attività ricreative in gruppo, laboratori di creatività, riabilitazione cognitiva.

4.1 Le modalità operative:

4.1.1 Accesso alla Casa Famiglia con SFA

Si dovrà prevedere una fase valutativa durante la quale verranno osservate funzionalità globale, abilità cognitive, emotività e funzionalità psichica. Tale valutazione, verterà su tre punti cardini fondamentali: la storia individuale (compresa la presenza di documentazione pregressa) l'osservazione clinica/ecologica, la somministrazione di test e scale. Lo scopo di tale valutazione è duplice: da una parte definire nel modo più completo possibile i punti di forza e le difficoltà della persona, dall'altra individuare i valori di riferimento che per permetteranno il monitoraggio e l'andamento del piano educativo individualizzato.

Una volta affrontata la raccolta anamnestica e funzionale delle informazioni salienti, si procederà contestualmente all'inserimento, con l'avvio di progetti lavorativi attraverso l'attivazione dei Servizi di Formazione all'Autonomia (SFA). I progetti, dalla maggior ricaduta pratica possibile, seguiranno inclinazioni e desideri degli utenti e riguarderanno macrocategorie formative quali:

- Orticoltura
- Bricolage
- Attività di panificazione e laboratorio pasticceria

Oltre alle attività professionalizzanti va prevista la realizzazione di laboratori ricreativi quali:

- Arteterapia
- Musicoterapia
- Terapia occupazionale
- Attività ricreative in gruppo (gite escursioni vacanze film)

Questo tipo di attività va considerato in vista dell'impegno orario della formazione di ciascun utente, verosimilmente l'attività formativa professionalizzante potrebbe implicare un numero ridotto di ore in giornata, soprattutto nelle prime fasi di avvio progettuale. Per questa ragione è importante che gli utenti sperimentino contesti relazionali anche attraverso lo svolgimento di laboratori di questo tipo, ai quali aggiungere, dove le necessità lo richiedano, l'avvio di percorsi riabilitazione cognitiva con esercizi da svolgersi in gruppo o individualmente con l'uso di software specifici.

Le risorse professionali necessarie:

- Responsabile
- Coordinatore delle attività educative
- Educatore (1 ogni 5 utenti)
- Supporti tecnici (orto, bricolage, pasticceria, musicoterapia, arteterapia)

4.1.2 Il termine del progetto formativo

L'avvio ad un'attività lavorativa autonoma può essere definito in un arco di tempo da determinare in base a fattori quali l'età dell'utente (più giovane è maggiore sarà la durata della formazione), la severità del deficit e la conseguente possibilità di inserimento in un contesto di lavoro.

Il percorso formativo potrà essere considerato terminato quando l'utente avrà acquisito competenze sufficienti e livelli di autonomia che garantiscano la possibilità di un reinserimento completo senza ulteriore necessità di supporto.

Diversamente sarà necessario prevedere un prolungamento della presa in carico considerando servizi di area sociosanitaria e sociale più adeguati, ad esempio la Comunità Alloggio nella quale proseguire con un Programma Educativo Individualizzato così come descritto nel capitolo precedente. Successivamente al superamento dell'età prevista per le Comunità Alloggio, modificare il piano di intervento transitando nella C.A.S.A.

I passaggi da un'unità all'altra, poiché prevedibilmente incluse all'interno di una stessa struttura, verranno realizzati in modo programmato, graduale e condiviso con l'utente, i familiari e i servizi di territorio. La programmazione si baserà su valutazioni funzionali che forniranno indici il più possibile oggettivi per giustificare una variazione del servizio erogato; la condivisione con l'utente darà invece avvio ad attività finalizzate al graduale inserimento nel nuovo percorso, ad esempio, con la conoscenza degli utenti presenti nell'unità ricettiva o lo svolgimento di alcuni compiti nella nuova unità per qualche ora al giorno.

4.1.3 L'integrazione con le reti del territorio

La persona che afferrisce a questo sistema potrà giovare del supporto da parte del sistema sanitario territoriale.

Ciascuno, come di fatto è già previsto dalla normativa vigente, farà riferimento al proprio MMG; a fronte di problematiche cliniche intercorrenti, sarà possibile fare riferimento alle risorse del territorio quali l'Assistenza Domiciliare Integrata o l'accesso temporaneo di figure infermieristiche per il tempo necessario.

La presenza di personale in struttura, infatti, permetterà l'individuazione precoce di problematiche cliniche emergenti, segnalando al MMG possibili variazioni degne di nota. Inoltre, attraverso un adeguato monitoraggio e una corretta gestione della documentazione sanitaria (FASAS), il personale potrà supportare l'utente nel mantenimento dei controlli clinici di routine e nell'attuazione delle visite specialistiche prescritte dal MMG.

I Programmi Educativi Individualizzati, pertanto, menzioneranno il supporto svolto dal personale educativo con la finalità di rendere la persona il più autonoma e consapevole possibile anche negli aspetti della cura di sé.

Capitolo 5 – Considerazioni conclusive e ipotesi di sperimentazione

L'estensione dell'Unità d'Offerta, così come descritta in questo progetto, è in linea con le attuali indicazioni previste dalle Linee Guida ministeriali e al programma d'azione biennale per la promozione dei diritti e dell'integrazione delle persone con disabilità del 2017, tale per cui tutte le persone con disabilità abbiano la possibilità di fruire di un'offerta del sistema sociosanitario e sociale attraverso un percorso che sia caratterizzato dal raggiungimento dei maggiori livelli di autonomia e, contestualmente, a garantire una continuità di cura e sostegno che segua il variare delle necessità e dei bisogni in base all'età.

La possibilità di implementare un servizio di questo tipo richiede, tuttavia, la necessità di un supporto da parte delle Istituzioni, che permettano la sua sostenibilità e, al tempo stesso, lo sgravio economico dalle famiglie che si vedono, spesso, completamente accollati i costi per periodi di vita anche molto lunghi.

Posto allora che, come visto nelle premesse, la Disabilità Mentale (definibile sulla base di diverse eziologie cliniche) rappresenta una questione di significativa rilevanza per il sistema sociale e sociosanitario, visti di dati di prevalenza, incidenza e avanzamento dell'età media, l'idea qui esposta può configurarsi come una sperimentazione di possibile attuazione da parte del sistema sociale/sociosanitario regionale.

L'ipotesi che sottende la necessità di una sperimentazione in tal senso è che, una presa in carico descritta nei termini di *filiera* che accolga la persona nel rispetto delle sue abilità residue e la accompagni nel corso dell'arco di vita, abbia una prima importante ricaduta sui livelli di **autonomia**. Nei casi in cui la persona abbia le giuste risorse e un buon percorso di formazione, *può accedere ad un sistema lavorativo* (sia come lavoro protetto, sia tradizionalmente inteso) **riducendo il carico di spesa pubblica nei suoi confronti**.

Dove sia necessario invece un supporto prolungato, la presenza di personale educativo e sociale all'interno della struttura svolge, come detto, un *ruolo di monitoraggio* e ciò favorisce la **riduzione di richieste sanitarie inappropriate** o, sull'altro versante, il manifestarsi di condizioni cliniche che richiedono **ospedalizzazioni o cure più complesse e costose**.

L'attivazione di un servizio come C.A.S.A. permette, in questo senso, di creare un ambito di supporto sostegno e cura, di intensità significativamente inferiore rispetto a quanto erogato nelle RSA.

5.1 Metodologia sperimentale

Tali previsioni possono essere monitorate e obbiettivate attraverso l'implementazione della raccolta di indicatori pertinenti che possano fornire un riscontro di efficienza del servizio fin qui descritto.

La metodologia di ricerca che appare più adeguata in questo caso corrisponde allo studio retrospettivo con confronto di dati tra campioni omogenei, di epoche differenti.

Più specificamente:

- La *riduzione della spesa pubblica* per la persona con disabilità congenita o acquisita può essere dedotta per via indiretta registrando il **numero di accessi al mondo del lavoro**

(numero di contratti stabili compresi quelli per categorie protette) su un arco di tempo prestabilito, ipoteticamente un quinquennio. Il dato verrà messo a confronto con lo stesso osservato su un campione omogeneo di utenti in un arco di tempo analogo ma precedente, e si farà riferimento per questo alle strutture invianti.

- Un altro indicatore che può esprimere una riduzione di spesa pubblica per la persona è il **punteggio alle scale di autonomia** (uso di scale osservative, validate in letteratura su campione italiano, per la registrazione delle autonomie della vita quotidiana di base e complesse). Anche in questo caso il confronto verrà effettuato tra campioni omogenei di utenti su archi temporali analoghi.
- La spesa sanitaria determinata da invii/accessi inappropriati per cure a maggiore intensità di offerta può essere misurata con il **numero di accessi in Pronto Soccorso** nell'arco di tempo in cui la persona è in carico alla struttura e dal **numero di giorni di degenza in ricovero ospedaliero**
- Da ultimo, l'effetto di riduzione della spesa sanitaria può essere rilevato facendo riferimento al ruolo dell'unità d'offerta per anziani (C.A.S.A) e all'interfaccia con i servizi sanitari del territorio. Ciò consentirebbe di curare la persona anziana mantenendo un livello di complessità assistenziale ridotto rispetto a quanto erogato da una R.S.A. e, conseguentemente, un ingresso nelle strutture sanitarie a raggiungimento di una maggiore complessità clinica. L'indicatore sarà fornito dal punteggio alla **scala CIRS** per la descrizione della comorbilità all'ingresso in R.S.A. e anche in questo caso confrontato con i punteggi su periodi precedenti.

Un dato che certamente non può essere omissso nella presa in carico a lungo termine di persone con disabilità, è il grado di piacevolezza e soddisfazione degli utenti e dei loro familiari. Una rilevazione periodica di indici relativi alla *self-perception Quality of Life* (Qualità della Vita autopercepita), dell'indice di percezione dello stato di salute con la scala SF36 (Apolone et al., 1997) e del *gradimento dell'offerta*, possono essere indicatori che tracciano una adeguatezza dei servizi erogati.

Questo tipo di sperimentazione può essere pensato facendo riferimento a realtà sociali esistenti nel territorio, in particolare le Comunità Alloggio, che possano estendere il servizio – anche attraverso l'opportuna modifica di spazi a disposizione – accogliendo persone e permettendo loro un percorso di accompagnamento a lungo termine mantenendo uniformità nel contesto ambientale.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta Edizione. A cura di Biondi M. Raffaello Cortina Editore, Milano 2014.

Apolone G., Boldrini P., Avesani R., De Tanti A., Fogar P., Gambini M. G., Taricco M. (2007) 2° Conferenza Nazionale di Consenso. Bisogni riabilitativi ed assistenziali delle persone con disabilità da grave cerebrolesione acquisita (GCA) e delle loro famiglie, nella fase post-ospedaliera. *Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa* 21(1):29-51

Apolone G., Mosconi P., Ware J. (2005). Questionario sullo stato di salute SF-36. Manuale d'uso e guida all'interpretazione dei risultati. Guerini Ass. Editore

Cassano G.B. e Tundo A. Trattato Italiano di Psichiatria, 3a Edizione. Elsevier, Milano, 2008.

Green M.F., Neuchterlein R.H. (2004) The MATRICS initiative: developing a consensus cognitive battery for clinical trials. *Schizophr Res*, Dec 15;72(1):1-3. doi: 10.1016/j.schres.2004.09.006.

Iaccarino C, Carretta A, Nicolosi F, Morselli C. (2018). Epidemiology of severe traumatic brain injury. *J Neurosurg Sci*. 2018 Oct;62(5):535-541. doi: 10.23736/S0390-5616.18.04532-0.

Jahoda A., Dagnan D., Jarvie P. and Kerry W. "Depression, Social Context and Cognitive Behavioural Therapy for People who have Intellectual Disabilities" *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2006, 19, 81–89

Ministero della Salute (2021), Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM), Ottobre 2021

Ministero della Salute (2018), Linee guida per la presentazione di progetti in materia di vita indipendente ed inclusione nella società delle persone con disabilità.

Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS (2007), ICF-CY. International classification of functioning, disability and health

Vallar G., Cantagallo A., Cappa S.F., Zoccolotti P (2012) La riabilitazione neuropsicologica - Un'analisi basta sul metodo evidence-based medicine. Springer Editore

Vio C., Lo Presti G. (a cura di) Diagnosi dei disturbi evolutivi. Modelli, criteri diagnostici e casi clinici. Aggiornato al DSM-5. A cura di C. Vio e G. Lo Presti. Edizioni Centri Studi Erickson 2014

