



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda PER L'assistenza sanitaria

**5** Friuli Occidentale

# La gestione «**socio-sanitaria**» nei sistemi di sostegno dell'ASS5 del Friuli Venezia Giulia per le persone in età adulta con “disturbi del neuro sviluppo” e disabilità associate

**Servizio per le transizioni:** Valentina Binot, Monia Crasta, Tiziana Faraon, Pamela Franceschetto, Carlo Francescutti, Alessandra Genovese, Lisa Gollino, Silvia Gusso, Elisa Mattaloni, Rosa Olga Nardelli, Roberto Orlich, Tiziana Zilli  
**Crea Firenze:** Marco Bertelli, Michele Rossi

# Premesse

- Un sistema di delega da parte dei comuni della gestione degli interventi per la disabilità in età adulta all'Azienda Sanitaria
- Oltre 10 anni di «fortunata» continuità di lavoro che hanno consentito di far evolvere il sistema locale dei servizi in modo molto ricco e significativo (oltre le ristrette previsioni normative regionali)
- Le aperture della regione FVG all'introduzione di «budget di progetto» anche per le PcD (con modalità specifiche e diverse dalla salute mentale) - Report sulla rilevazione delle condizioni di vita delle persone con disabilità che usufruiscono dei servizi socio-sanitari semiresidenziali e residenziali previsti dalla L.R. 41/1996 - <http://www.welfare.fvg.it/attivita/disabilita/piattaforma-regionale-disabilita>
- ... e la convinzione maturata con l'esperienza che le **forme di «integrazione» socio sanitaria in atto** siano **inadeguate** a rispondere alle necessità e alle attese delle persone con disturbi del neuro sviluppo

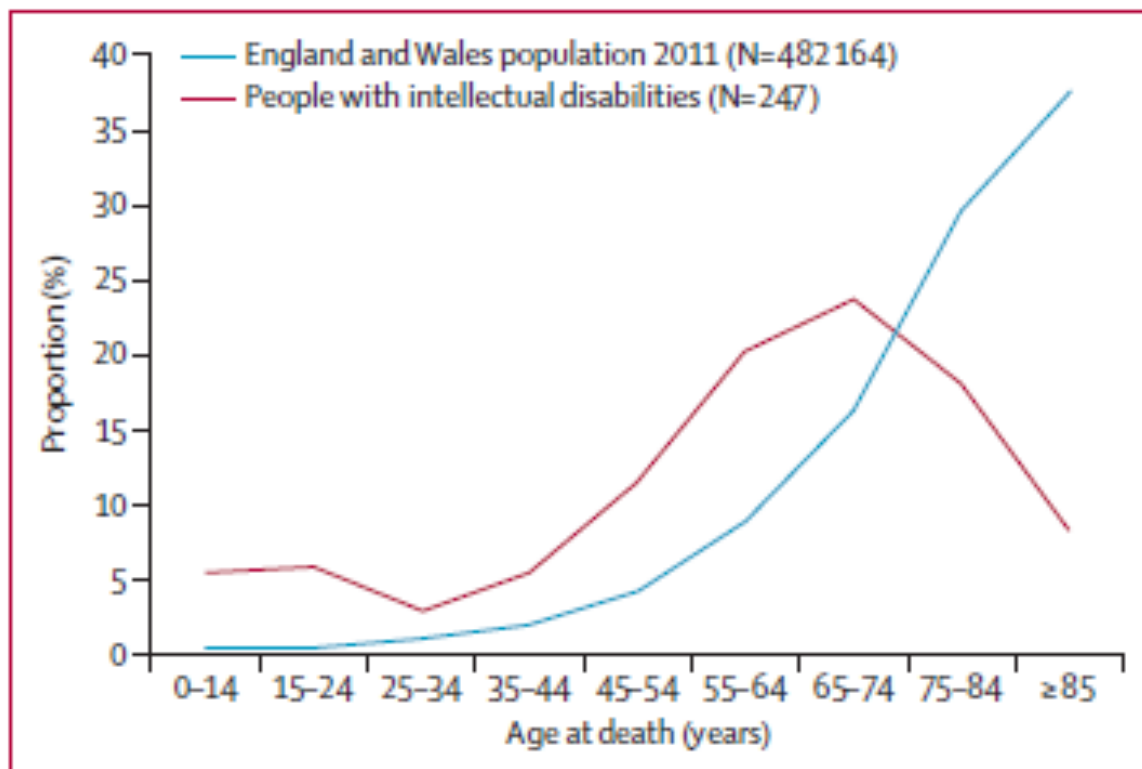
# Target

Che si usi la terminologia del DSM5 o quella dell'ICD-11 i soggetti di cui stiamo parlando sono per la maggior parte persone in età adulta con ***disturbi dello spettro autistico e dello sviluppo intellettivo***.

Le necessità di intervento e sostegno comprendono ***aspetti clinici associati alla condizione primaria e alle co-occorrenze di altre patologie*** (prime fra tutte quelle psichiatriche) nonché al ***contrasto alla condizione di disabilità*** associata a queste condizioni di salute attraverso interventi riabilitativi, abilitativi e di sostegno all'inclusione sociale.

Questo insieme di sostegni è oggi gestito da diverse istituzioni pubbliche e del terzo settore ma anche da servizi diversi all'interno delle Aziende Sanitarie, spesso non coordinati

# Criticità nella risposta dei servizi: mortalità



**Figure: Age at death of people with intellectual disabilities compared with that for people who died in England and Wales in 2011**  
Reproduced from the full report of the Confidential Inquiry.<sup>28</sup>

*Pauline Heslop, Peter S Blair, Peter Fleming, Matthew Houghton, Anna Marriott, Lesley Russ* **The Confidential Inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: a population-based study**, [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) **Published online December 11, 2013**

aspettativa di vita media  
**19** anni più bassa

McCarron et al. Mortality Rates in the General Irish Population Compared to those with an Intellectual Disability from 2003 to 2012. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2015 Sep;28(5):406-13.

# Criticità nella risposta dei servizi: mortalità evitabile

*“Twice as many deaths were deemed **avoidable** in the intellectual disabilities cohort as in the general population in England and Wales. Importantly, we identified no difference in deaths preventable by public health interventions: the difference was wholly explained by deaths **amenable to change with good quality health care**”.*

*Pauline Heslop, Peter S Blair, Peter Fleming, Matthew Houghton, Anna Marriott, Lesley Russ* **The Confidential Inquiry into premature deaths of people with intellectual disabilities in the UK: a population-based study,** [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) **Published online December 11, 2013**

# Criticità nella risposta dei servizi: rischi di abuso e violenza

Type of disability	Studies	Odds ratio (95% CI)	Heterogeneity (95% CI)
Non-specific impairments	6	1.31 (0.93–1.84)	83.5% (64.1–90.3)
Mental illness	3*	3.86 (0.91–16.43)	98.7% (98.1–99.0)
Intellectual impairments	3	1.60 (1.05–2.45)	0.0% (0.0–72.9)

Karen Hughes, Mark A Bellis, Lisa Jones, Sara Wood, Geoff Bates, Lindsay Eckley, Ellie McCoy, Christopher Mikton, Tom Shakespeare, Alana Officer Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies, Lancet 2012; doi:10.1016/S0410-6736(11)61851-5

# Criticità nella risposta dei servizi: l'ospedale



- ART. 1 Diritto a misure preventive
- ART. 2 Diritto all'accesso
- ART. 3 Diritto alla informazione
- ART. 4 Diritto al consenso
- ART. 5 Diritto alla libera scelta
- ART. 6 Diritto alla privacy e alla confidenzialità
- ART. 7 Diritto al rispetto del tempo dei pazienti
- ART. 8 Diritto al rispetto di standard di qualità
- ART. 9 Diritto alla sicurezza
- ART. 10 Diritto alla innovazione
- ART. 11 Diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari
- ART. 12 Diritto a un trattamento personalizzato
- ART. 13 Diritto al reclamo
- ART. 14 Diritto al risarcimento

Berliri V, Pannocchia N (a cura di), Persone con disabilità in ospedale, Trento, Erickson 2014

<https://spescontraspem.it/carta-dei-diritti-delle-persone-con-disabilita-in-ospedale/>

# Criticità nella risposta dei servizi psichiatrici

STUDENTI: TEMI TRATTATI NELLE LEZIONI    Totale rispondenti: 49

Temi	Risposte
Nozioni di base sulla Doppia Diagnosi	15
Vulnerabilità psicopatologica	13
Presentazione specifica dei sintomi psichiatrici	20
Criteri diagnostici specifici (DM-ID, DC-LD)	8
Prospettiva educativa	7
Multidisciplinarietà	16
Pratiche basate su evidenze scientifiche	7
Psicodinamica	8
Psicofarmacologia	19
Metodi di intervento terapeutico	13
Approccio riferito a tutto l'arco della vita	6
Qualità di vita	15
Modello ecologico	0
Problemi Psicologici	12
Psicoterapia	13
Comportamenti problema	3
Interventi comportamentali	11
Altro	1
Nessuno	10





# RISULTATI DSM: DIRETTORI

<b>ARGOMENTI TRATTATI IN EVENTUALI PERCORSI FORMATIVI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Nozioni di base sulla Doppia Diagnosi	0	9
Vulnerabilità psicopatologica	0	9
Presentazione specifica dei sintomi psichiatrici	0	9
Criteri diagnostici specifici (DM-ID, DC-LD)	0	9
Prospettiva educative	0	9
Multidisciplinarietà	0	9
Pratiche basate su evidenze scientifiche	0	9
Psicodinamica	0	9
Psicofarmacologia	0	9
Metodi di intervento terapeutico	0	9
Approccio riferito a tutto l'arco della vita	0	9
Qualità di vita	0	9
Modello ecologico	0	9
Problemi Psicologici	0	9
Psicoterapia	0	9
Comportamenti problema	0	9
Interventi comportamentali	0	9

# RISULTATI DSM: DIRETTORI

Utenza di persone con DI rilevata nel servizio (%):

Media: 3%

Deviazione Standard:  $\pm 1$

Valore minimo: 2%

Valore massimo: 5%

DISTURBI PSICHIATRICI		1°	2°	3°
Disturbi psicotici		6	1	0
Disturbi dell'umore		2	3	0
Disturbi d'ansia		0	1	0
Disturbi correlati all'uso di sostanze		0	0	0
Disturbi da sintomi somatici e correlati		0	0	0
Altro	Disturbi del comportamento	0	0	0
	Disturbo ossessivo-compulsivo	0	0	0
	Fobie	0	0	0
	Disturbi della personalità	0	0	0

# RISULTATI DSM: DPL

<b>ARGOMENTI TRATTATI IN EVENTUALI PERCORSI FORMATIVI</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Nozioni di base sulla Doppia Diagnosi	1	31
Vulnerabilità psicopatologica	1	31
Presentazione specifica dei sintomi psichiatrici	1	31
Criteri diagnostici specifici (DM-ID, DC-LD)	2	30
Prospettiva educative	1	31
Multidisciplinarietà	1	31
Pratiche basate su evidenze scientifiche	1	31
Psicodinamica	1	31
Psicofarmacologia	1	31
Metodi di intervento terapeutico	1	31
Approccio riferito a tutto l'arco della vita	1	31
Qualità di vita	1	31
Modello ecologico	1	31
Problemi Psicologici	1	31
Psicoterapia	1	31
Comportamenti problema	1	31
Interventi comportamentali	1	31

# RISULTATI DSM: DPL

Utenza di persone con DI rilevata nel servizio (%):

Media: 8%

Deviazione Standard:  $\pm 6$

Valore minimo: 2%

Valore massimo: 20%

DISTURBI PSICHIATRICI		1°	2°	3°
Disturbi psicotici		17	2	2
Disturbi dell'umore		5	4	3
Disturbi d'ansia		5	2	0
Disturbi correlati all'uso di sostanze		1	1	0
Disturbi da sintomi somatici e correlati		0	0	0
Altro	Disturbi del comportamento	0	0	0
	Disturbo ossessivo-compulsivo	0	0	0
	Fobie	0	0	0
	Disturbi della personalità	0	0	0

# La vulnerabilità di adolescenti e adulti accentuata dalla inadeguatezza dei sostegni

- Rimane netta la sproporzione tra l'impegno clinico, riabilitativo e abilitativo che il sistema dei servizi a offre in età evolutiva rispetto all'età adulta. Ma alla luce della letteratura scientifica più recente questo squilibrio non sembra avere nessuna giustificazione razionale
- Una volta raggiunti gli anni dell'adolescenza e dell'età adulta si aprono problemi e opportunità di sviluppo che richiederebbero altrettanta attenzione sul piano tecnico scientifico e organizzativo per garantire una vita di qualità nella comunità pena trasformare il crescere di queste persone in una **"...road to no where"** come scriveva Beresford alcuni anni fa.

(Beresford B, On the road to nowhere? Young disabled people and transition, Child Care Health Dev. 2004 Nov;30(6):581-7)

# I LEA (Dpcm 2017 – art. 27)

- a) valutazione **diagnostica** multidisciplinare;
- b) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con la persona e la famiglia;
- c) gestione delle problematiche mediche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio;
- d) colloqui psicologico-clinici;
- e) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- f) colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso degli ausili e delle protesi;
- g) abilitazione e riabilitazione estensiva (individuale e di

- h) interventi psico-educativi, socio-educativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana;
- i) gruppi di sostegno;
- j) interventi sulla rete sociale formale e informale;
- k) consulenze specialistiche e collaborazione con gli altri servizi ospedalieri e distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
- l) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- m) collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado in



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

azienda PER L'assistenza sanitaria

**5** Friuli Occidentale

# I LEA: quello non che non dicono

I LEA non dicono come questa attività debba essere organizzata e come si intrecci con altri fondamentali settori dell'assistenza sanitaria: *psichiatrica, assistenza residenziale, ma anche cure primarie e assistenza ospedaliera*

Integrazione socio-sanitaria: «L'assistenza distrettuale alle persone con disabilità complesse é integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione»

Nella pratica di molte Regioni il tutto dovrebbe trovare **ricomposizione progettuale nelle unità di valutazione multidisciplinare.**

Nei fatti il più delle volte la cosiddetta questione della presa in carico si chiude con un «**affidamento in toto**» **alle strutture socio-sanitarie o sociali** (residenziali o semiresidenziali).

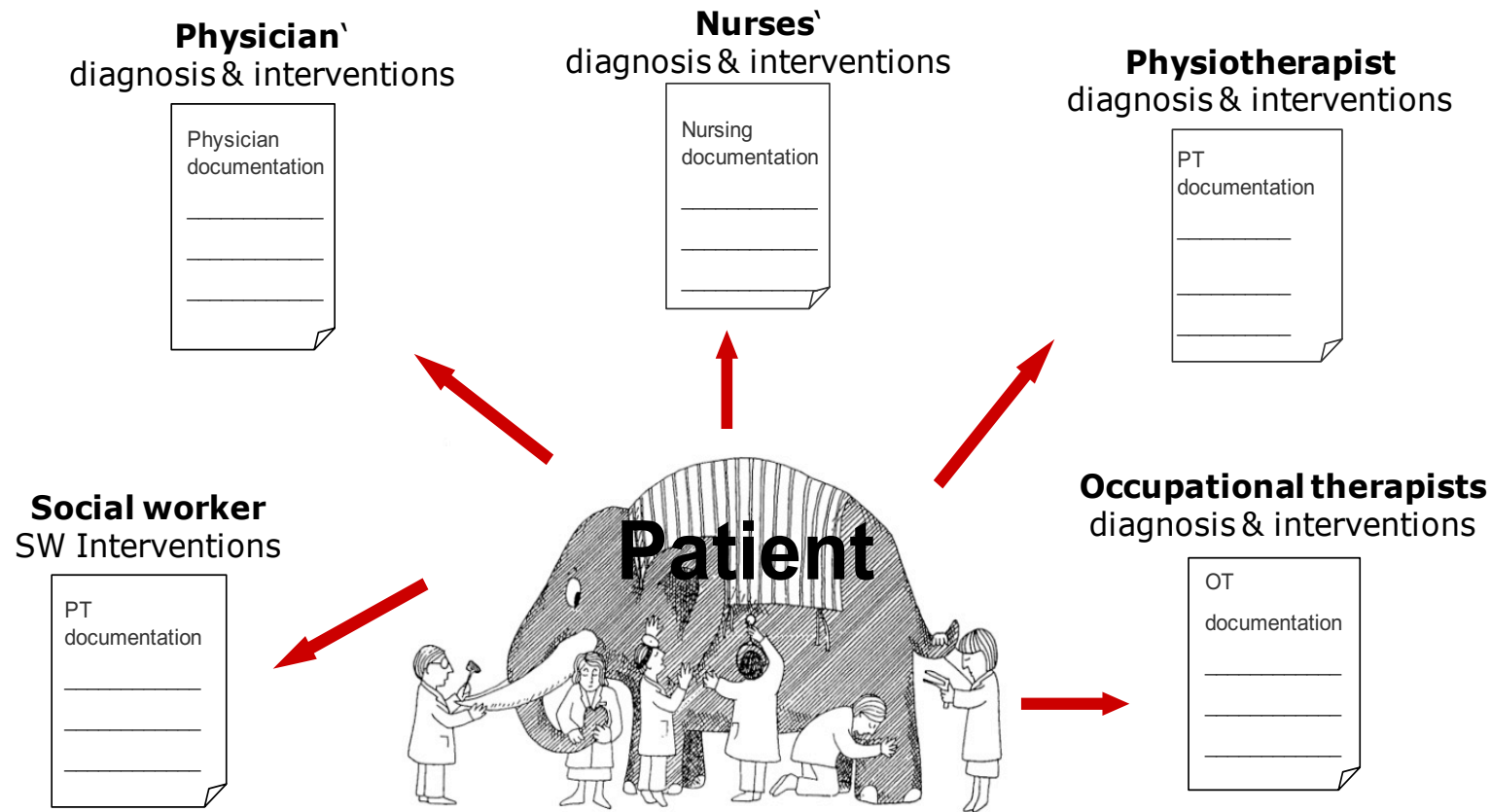
# I rischi

In letteratura ci sono nomi precisi per definire le conseguenze di questo approccio:

- **Riduzionismo:** una componente di complessità domina su tutte (o ignora tutte le altre)
- **Atomismo:** ogni componente della complessità si somma all'altra come tessera separate di un mosaico



# Atomismo e servizi



# Una rappresentazione del sistema di servizi in FVG

- Nella nostra regione *i servizi per la disabilità in età adulta sono qualificati esclusivamente come socio-educativi* e finanziati con fondi del sociale.
- Solo alcune strutture residenziali e semi residenziali hanno specifiche convenzioni con le Aziende Sanitarie per il rimborso per l'utilizzo di alcune figure professionali sanitarie (essenzialmente infermieristiche e riabilitative)
- In alcuni territori (come la provincia di Pordenone) i servizi per la disabilità in età adulta sono delegati all'Aziende sanitaria. La «governance» di sistema è incardinata nella Direzione Socio-Sanitaria.
- ***Non esiste un sistema di accreditamento regionale***: un problema da un lato un'opportunità di grande flessibilità organizzativa dall'altro

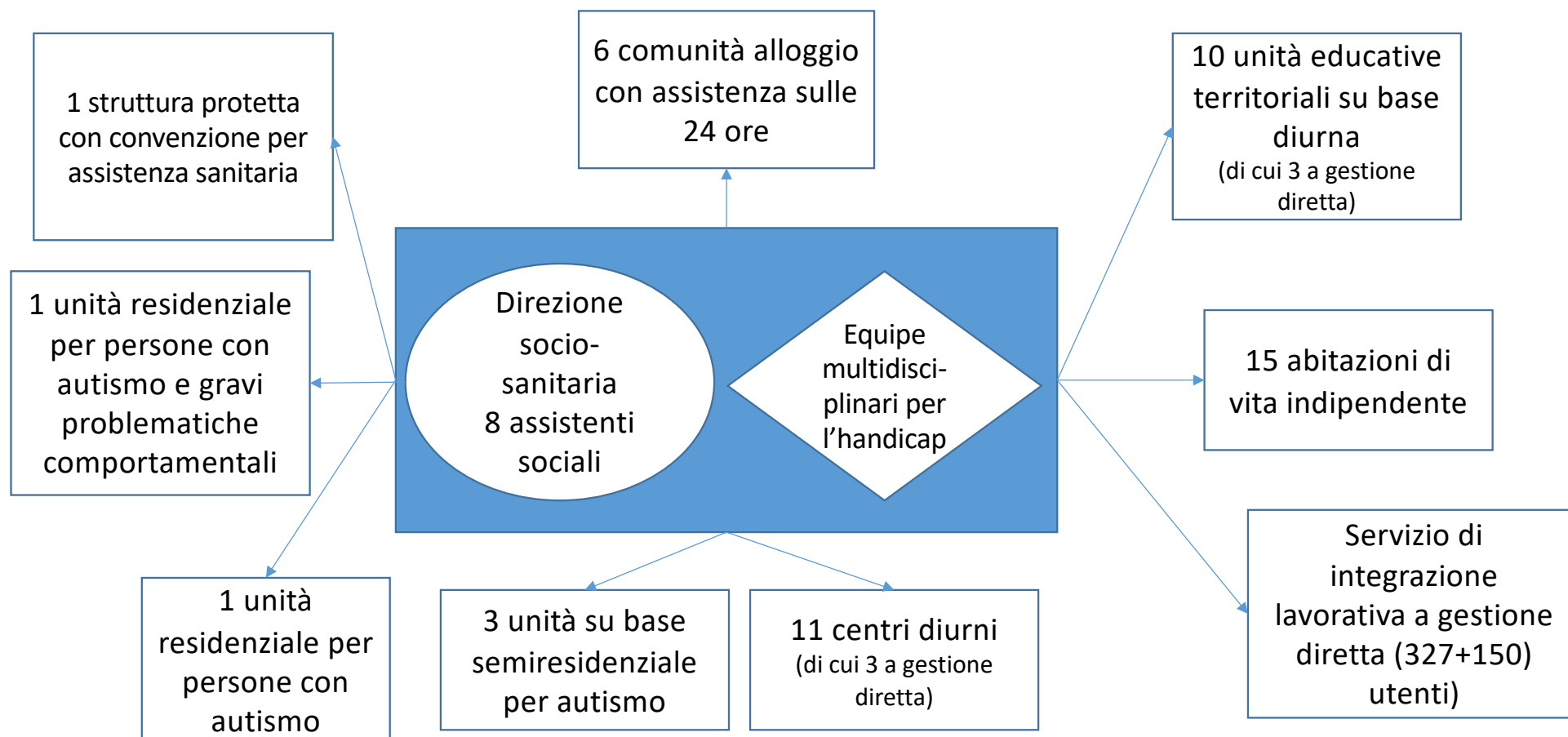
# Una rappresentazione del sistema di servizi in FVG: le entità riconosciute dalle norme



# Il sistema dei sostegni alla luce della letteratura internazionale



# I servizi per la disabilità in età adulta nel territorio di Pordenone (753 +150 persone seguite – 25% gestione diretta; 75% terzo settore e comunità – 14 mil euro)



# La necessità di un «team» interdisciplinare

Lo sforzo di differenziazione e di acquisizione di competenze necessita di un «surplus» di capacità valutativa e progettuale

Le pratiche più evolute e la valutazione dei loro esiti suggerisce l'importanza di costituire team *interdisciplinari* che si occupino di disturbi del neuro sviluppo in età adulta sul modello di quelli già raccomandati per l'età evolutiva.

L'attività interdisciplinare si concentra su alcune funzioni «core»:  
valutazione/diagnosi, progettazione transizioni; interventi ad alta complessità (es. comportamenti problema); realizzazione di alcuni interventi di particolare impegno nella costruzione di rete (es. inclusione lavorativa) senza demandarle ad un difficile coordinamento professionisti intra ed extra istituzionale.

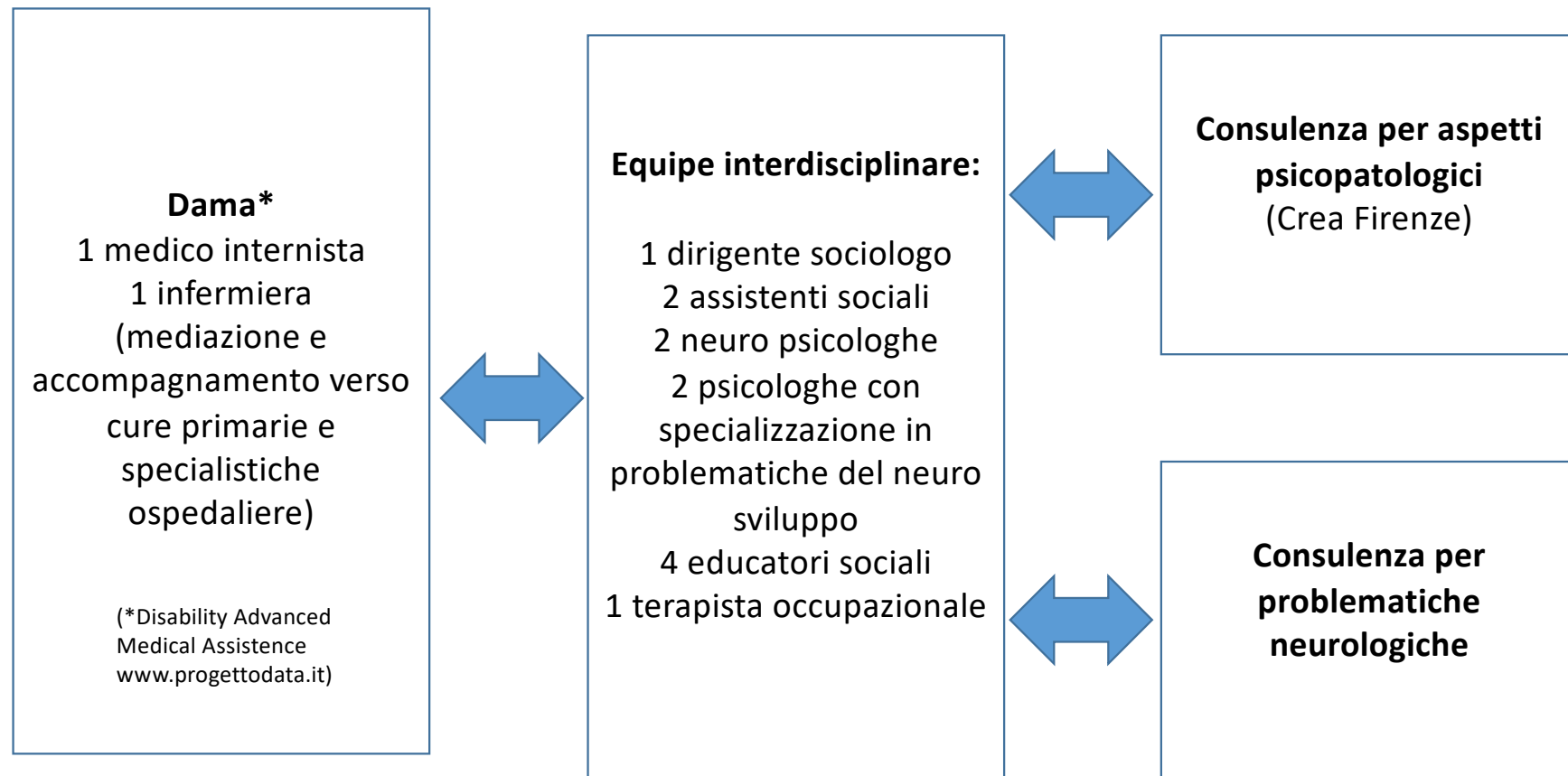
[Rieske RD ed. (2019) Handbook of Interdisciplinary Treatments for Autism Spectrum Disorder, Springer - Bhaskar R, Danermark B, Price L (2017), Interdisciplinarity and Wellbeing: A Critical Realist General Theory of Interdisciplinarity, Routledge Studies in Critical Realism, Taylor and Francis - Bhaskar R, Danermark B (2006), Metatheory, Interdisciplinarity and Disability Research: A Critical Realist Perspective, Scandinavian Journal of Disability Research, 8, 4:278-297]

# Cosa si intende per «team» interdisciplinare

Non un «affiancamento» di diversi professionisti ma la creazione di «team» che coprano i principali ambiti di competenza clinica, riabilitativa, abilitativa, educativa e siano caratterizzati da:

- Un'unica **leadership** non necessariamente medica (*non serve l'equivalente del DSM per la i disturbi del neuro sviluppo in età adulta*);
- La condivisione di un «**framework** teorico e metodologico comune» per quanto riguarda la decifrazione della complessità dei disturbi del neuro sviluppo
- Dal pieno **rispetto delle diverse professionalità**, dalla capacità di **lavoro cooperativo** e da orizzontalità e reciprocità anche sul piano gerarchico
- Dalla condivisione di una **approccio comune alla valutazione degli esiti** attesi e all'orientamento dell'azione di sostegno basata su un **modello di qualità della vita**
- **Competenze sufficientemente ampie** e/o di collaborazioni dedicate per poter progettare, realizzare direttamente o negoziare la realizzazione di sistemi di sostegno e interventi specialistici
- Da **responsabilità nella gestione di «budget personalizzati»** di progetto e abbiano il mandato impegnarli in collaborazione con i soggetti della rete di servizi sociali, sanitari ed educativi presenti sul territorio.

# Il servizio per le transizioni come unità di valutazione e progettazione interdisciplinare

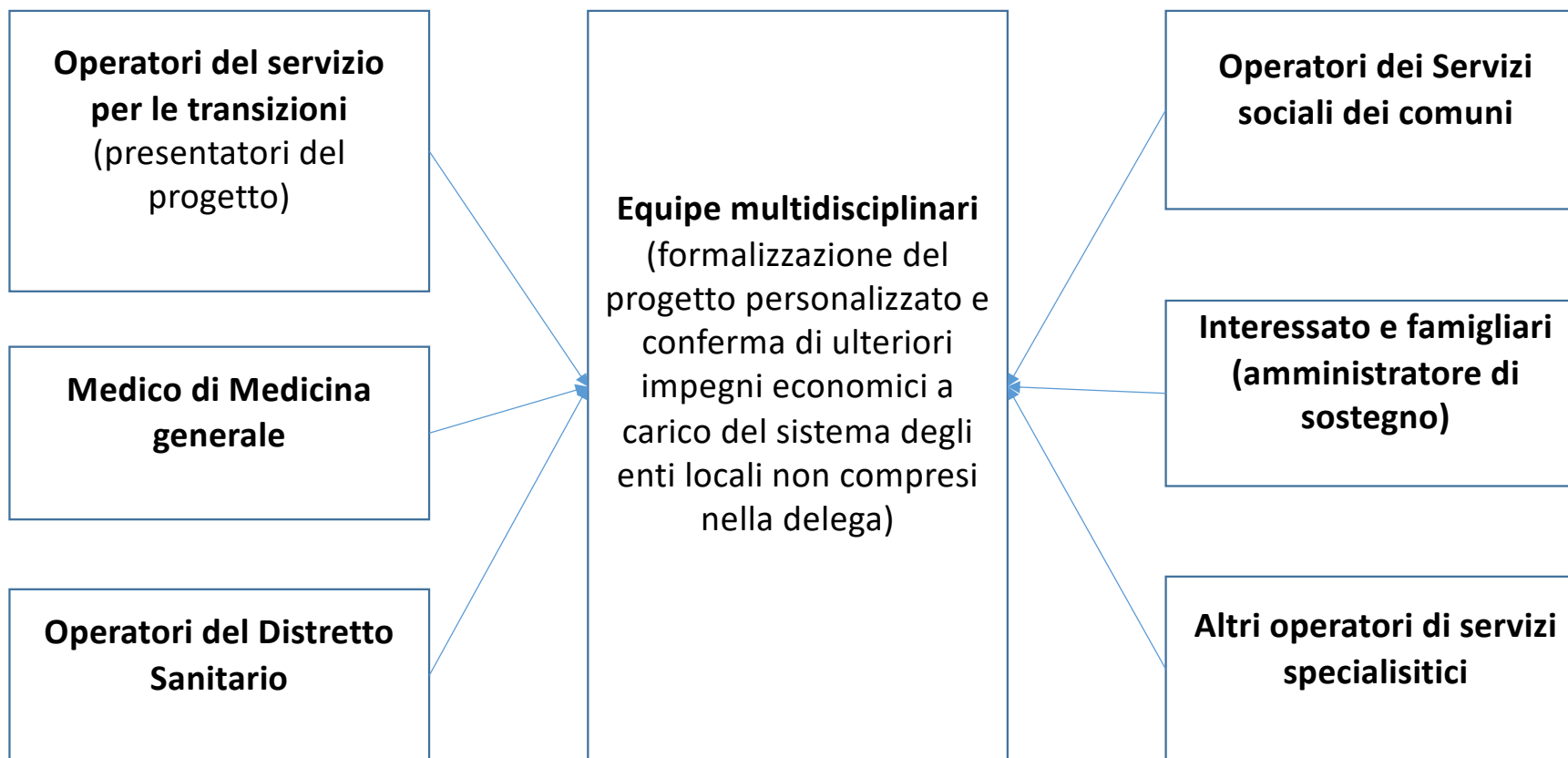




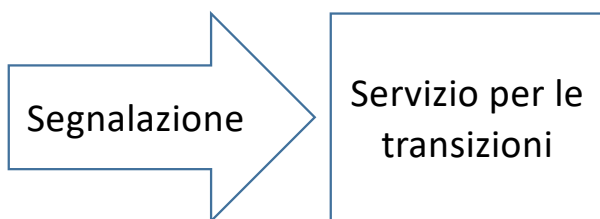
# Il flusso di lavoro e di scambio tra servizio per le transizioni e la rete dei servizi



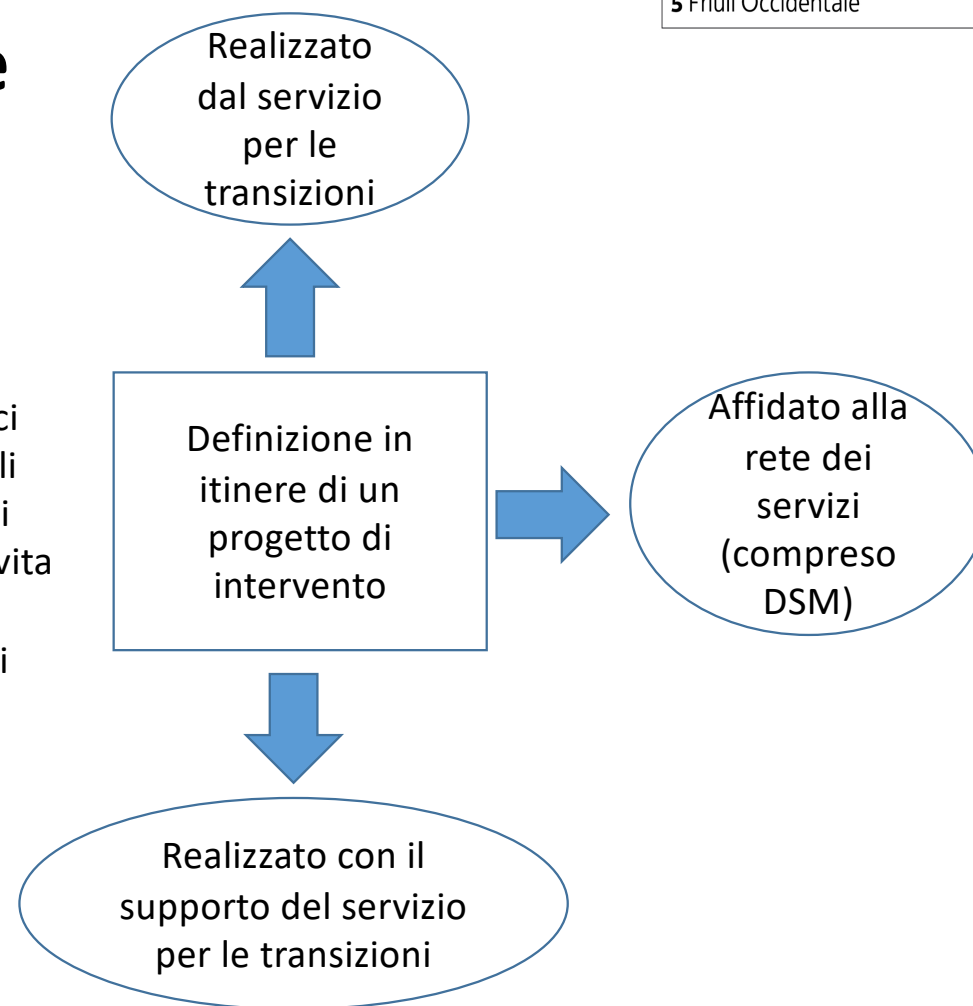
# Ridefinizione del ruolo delle équipes multidisciplinari



# Il modello di intervento nei casi di emergenze psicopatologiche e comportamentali

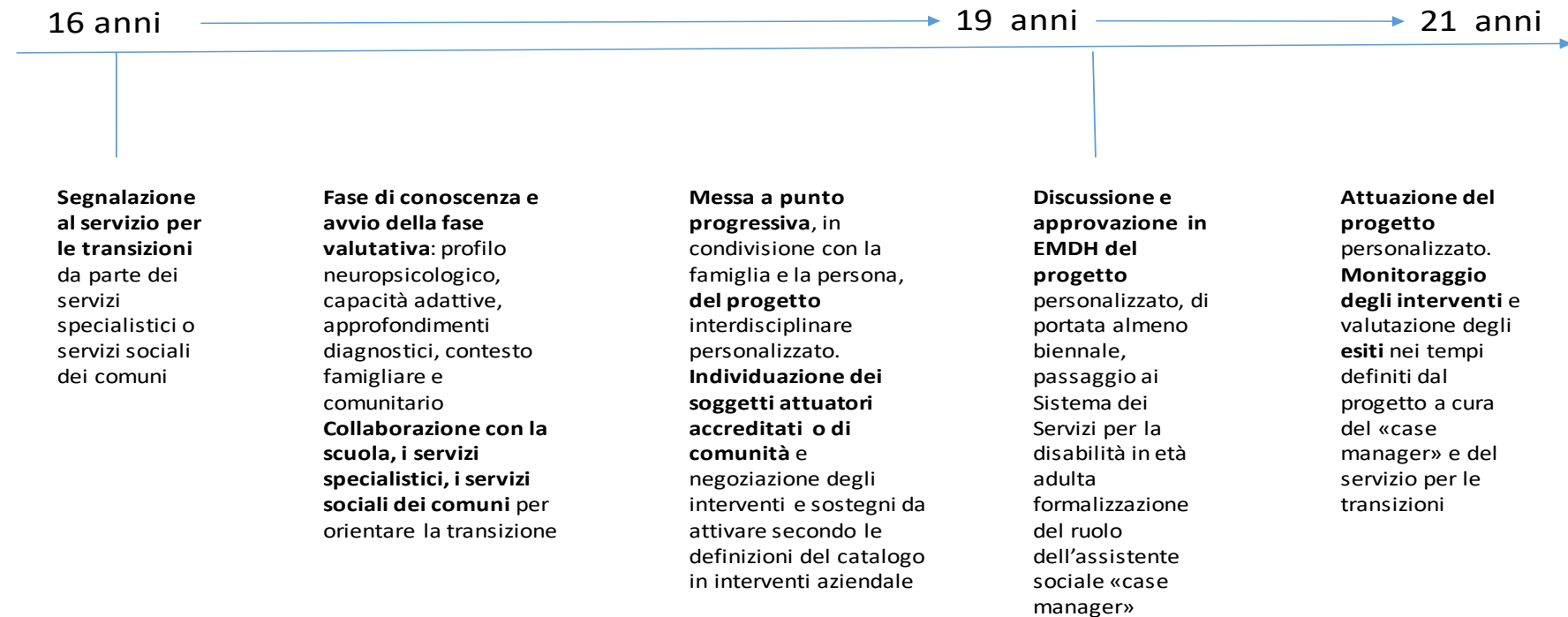


**H** – approfondimenti clinico diagnostici per problemi fisici  
**E** – individuazione di possibili elementi ambientali rilevanti  
**L** – ricognizione di eventi di vita rilevanti  
**P** – approfondimento aspetti psicopatologici (Spaid\*)



Bertelli, M., Scuticchio, D., Ferrandi, A., Ciavatta, C., La Malfa, G. P., Mango, F., et al. (2010). Prevalenza degli aspetti psicopatologici nelle persone con disabilità intellettiva: Uno studio multicentrico sul nuovo strumento SPAID-G. *Italian Journal of Psychopathology*, 16(1), 53–63.  
- Bertelli M, Scuticchio D, Ferrandi A, Lassi S, Mango F, Ciavatta C, Porcelli C, Bianco A, Monchieri S. Reliability and validity of the SPAID-G checklist for detecting psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities* 33 (2012) 382–390.

## Esempio del funzionamento del sistema dei servizi nel caso di un caso di transizione all'età adulta



# Il flusso di lavoro e di scambio tra servizio per le transizioni e la rete dei servizi

<b>Segnalazioni pervenute tramite sistema informatico al dal 1/1/2019 al 30/10/2019</b>	<b>125 di cui 69 persone dai Servizi per l'età evolutiva 56 persone già in carico ai Servizi in Delega</b>
<b>Personne presentate al Servizio per le transizioni dai Servizi per l'età evolutiva</b>	<b>69 persone di cui 45 persone con PROGETTI DI TRASIZIONE COMPLETATI 24 persone ATTUALMENTE IN VALUTAZIONE</b>

# Il format di progetto personalizzato

- Dati anagrafici e socio-demografici, composizione del nucleo familiare
- Elementi di forza, di debolezza e aspettative della famiglia
- Diagnosi della persona
- Attuali servizi di riferimento e interventi in atto
- Principali esiti dell'osservazione valutazione comprese preferenze ed aspettative della persona
- Sintesi dei punti cardine per l'azione progettuale
- Obiettivi generali ed esiti attesi
- Sintesi dei principali sostegni e interventi necessari organizzati secondo un modello di «qualità della vita»

# Il modello 3B – QoL-IP

## **Essere** (chi è la persona)

- FISICO
- PSICOLOGICO
- SPIRITUALE

## **Appartenere** (relazione con le altre persone e l'ambiente)

- FISICO
- SOCIALE
- COMUNITÀ

## **Divenire** (cosa la persona fa e cosa vuole diventare)

- PRATICO
- TEMPO DEDICATO A SE STESSI
- CRESCITA

# Le aree della QdV del Basiq

## Essere

**ESSERE FISICO**: si riferisce alla salute fisica, all'alimentazione, alla forma fisica, all'igiene personale, al vestirsi, al curare il proprio aspetto, e simili.

**ESSERE PSICOLOGICO**: si riferisce invece ad aspetti della vita interna come il controllo delle emozioni e dei sentimenti, l'iniziativa, l'autoaccettazione, l'autostima, l'indipendenza dallo stress e da eventuali problemi psichiatrici.

**ESSERE SPIRITUALE**: è inteso come l'avere valori personali, criteri di giusto/sbagliato, buono/cattivo, cose per cui vivere o nelle quali aver fede, come il sentirsi in pace con se stessi, l'agire per altruismo, il festeggiare le ricorrenze o gli eventi particolari, tutto in un modo che aggiunga significato alla vita.



# Le aree della QdV del Basiq

## Appartenere

**APPARTENERE FISICO**: si riferisce al posto dove si vive, agli oggetti che si possiedono e simili.

**APPARTENERE SOCIALE**: considera aspetti come il sentirsi in accordo con il partner, con i membri della famiglia, gli amici, l'appartenere a gruppi sociali, culturali o d'interesse.

**APPARTENERE ALLA COMUNITÀ**: ha per oggetto il rapporto esistente tra un individuo e le risorse a disposizione della maggior parte dei membri della comunità, p.e. avere accesso ad un'educazione, ad un impiego, all'assistenza medica e sociale, agli avvenimenti ed agli spettacoli, avere una pensione.

# Le aree della QdV del Basiq

## Divenire

**DIVENIRE PRATICO**: si riferisce alle abilità e attività quotidiane, come i lavori di casa, il lavoro retribuito, l'andare a scuola o seguire dei corsi, l'attività di volontariato, le quotidiane routine per la cura di sé, la gestione delle proprie pratiche burocratiche, ecc.

**DIVENIRE COME TEMPO DEDICATO A SÉ**: comprende le cose che si fanno per divertimento o per passione, p.e. giocare a ping-pong, andare a giro con gli amici, leggere, guardare la TV, coltivare un hobby, andare al cinema.

**DIVENIRE COME CRESCITA**: si riferisce alla capacità di adattamento ai cambiamenti della vita ed alla capacità di migliorarsi, p.e. imparare cose nuove, migliorare o mantenere le capacità fisiche e le relazioni con gli altri, risolvere problemi, tirar fuori nuove idee.

**Essere Fisico**

(L'area si riferisce alla salute fisica, alimentazione, all'agilità e la forma fisica, l'igiene personale, il vestirsi, il curare il proprio aspetto, ecc.)




Obiettivi specifici	Intervento/sostegno	Soggetto attuatore (eventuale specifica di competenze)	Data di attivazione. Durata e momenti di verifica	Esiti attesi
Adattamento ai nuovi contesti e alla nuova routine: capacità di Thomas di aderire/comprendere le nuove proposte	Rapporto 1:1 per 15 gg (indicativamente <b>4 ore giornaliere/20 settimanali</b> per accompagnare le fasi di accoglienza, merenda, pranzo, igiene, passaggi tra le varie attività e uscite) con graduale fading fino a giungere a <b>3 ore al giorno/15 settimanali da mantenere in continuità</b>	<b>Operatore dedicato</b> Operatori del CD	1/09/2019 indicativamente 1 mese	Evidenza della di sapersi orientare nello spazio di servizio e nell'organizzazione temporale della giornata

# Il format di progetto personalizzato

Dettaglio degli obiettivi specifici, tipologia di intervento, soggetti attuatori, ed esiti attesi (organizzati per ambiti di qualità di vita)

Raphael D et al., Assessing the Quality of Life of Persons with Developmental Disabilities: Description of a New Model, Measuring Instruments, and Initial Findings, International Journal of Disability, Development and Education Vol. 43, No. 1, pp. 25-42(1996) © University of Queensland Press

Legenda relativa alla disponibilità delle risorse attuative

 Risorse già attivabili (coprogettazioni in atto)	 Risorse da negoziare con i Servizi Sociali dei Comuni	 Risorse da attivare attraverso la rete degli erogatori affidatari e/o comunitari
--	---	--

# Il catalogo degli interventi

## *Divenire Pratico*

*(si riferisce alle abilità e attività quotidiane, come i lavori di casa, il lavoro retribuito, l'andare a scuola o seguire dei corsi, l'attività di volontariato, le quotidiane routine per la cura di sé, la gestione delle proprie pratiche burocratiche, ecc.)*

<b>Descrizione dell'intervento/servizio</b>	<b>Note descrittive ulteriori</b>
Supporto individualizzato allo svolgimento in forma diretta di attività strumentali della vita quotidiana (pulizia degli ambienti, cucinare, tenere in ordine, curare il guardaroba)	Consiste nella possibilità effettiva di esercitare attività apprese
Supporto individualizzato allo svolgimento di attività occupazionali nella comunità	Comprende l'attività formativa, la realizzazione di accordi con realtà territoriali, l'eventuale accompagnamento ad attività occupazionali, il monitoraggio degli esiti
Sostegno alla mobilità individuale per la partecipazione ad attività comunitarie	Comprende il training all'uso di mezzi pubblici, lo spostamento autonomo nell'ambiente comunitario, anche prevedendo strumenti informatici di supporto (es. gps, cellulari, ecc.), l'eventuale acquisizione di patente
Supporto individualizzato all'uso autonomo del denaro	Supporto per gli acquisti personali, supporto alla tenuta di un proprio bilancio di spesa
Supporto individualizzato al disbrigo in forma diretta di pratiche o gestione di rapporti con uffici, MMG, ecc.	Sostegno nella ricostruzione dei propri obblighi/impegni burocratici e di rapporto con uffici e altri soggetti pubblici ed effettivo svolgimento delle attività necessarie

# Il catalogo degli interventi

## *Divenire come Crescita*

*(si riferisce alla capacità di adattamento ai cambiamenti della vita ed alla capacità di migliorarsi, p.e. imparare cose nuove, mantenere e migliorare le capacità fisiche e le relazioni con gli altri, risolvere le difficoltà o tirar fuori nuove idee)*

Descrizione dell'intervento/servizio	Note descrittive ulteriori
Training sulle abilità di problem solving	Comprende l'attività di programmazione, la realizzazione di training basati su modelli di provata evidenza scientifica e la documentazione degli esiti
Training di gruppo per l'elaborazione delle perdite (incluso il lutto,	Comprende l'attività di programmazione, la gestione del gruppo sulla base di modelli di provata evidenza scientifica
Training specifici per l'emergere di interesse e capacità di vita indipendente	Comprende l'attività di programmazione, la realizzazione di training basati su modelli di provata evidenza scientifica e la documentazione degli esiti
Azioni specifiche e routinarie di mantenimento di competenze accademiche di base (es. lettura, scrittura e calcolo)	Comprende la valutazione delle competenze, la messa in atto di attività specifiche o formative basate su modelli di provata evidenza scientifica e la documentazione degli esiti
Azioni specifiche e routinarie di mantenimento di funzioni cognitive di base (es. memoria, attenzione, ecc.)	Comprende la valutazione delle funzioni, la messa in atto di attività specifiche e training basati su modelli di provata evidenza scientifica e la documentazione degli esiti

Training sulle abilità sociali	Comprende l'attività di programmazione, la realizzazione di training basati su modelli di provata evidenza scientifica e la documentazione degli esiti
Training sulle capacità assertive	Comprende l'attività di programmazione, la realizzazione di training basati su modelli di provata evidenza scientifica e la documentazione degli esiti
Interventi individualizzati di educazione e supervisione dell'attività di igiene quotidiana	Comprende l'utilizzo di strumenti di supporto all'autonomia (utilizzo di task analysis), anche con l'uso di interventi comportamentali adeguati (strategie di insegnamento specifiche quali chaining, fading, modeling, ecc) e l'eventuale supervisione delle fasi di toleting