

# Progettare sostegni nell'ottica della Qualità di Vita: uno studio di caso

**Maria Picone, Rita Fazioli, Tonino Cantelmi**

Casa San Giuseppe - Opera Don Guanella, Roma

## Abstract

In questo lavoro viene presentato lo studio di un caso di una persona di 33 anni, con disabilità intellettiva grave e disturbi del comportamento aggressivi e distruttivi: si evince la necessità di una programmazione che vada oltre i limiti imposti dalla condizione di disabilità, per aiutare la persona ad esprimere le proprie potenzialità e determinare l'aumento di condotte funzionali che siano pre-requisiti per apprendimenti futuri. Per questo motivo, viene descritta la fase iniziale di assessment, con un doppio focus: uno sulla valutazione dei sostegni reali e l'altro sulla valutazione dell'indice di Qualità di Vita. Si prosegue descrivendo l'intervento, gli esiti raggiunti e le prospettive future.

Per contattare gli autori scrivere a:

Maria Picone, Casa San Giuseppe - Opera Don Guanella, Via Aurelia Antica 446, 00165 Roma.

E-mail: [direzionesanitaria.sangiuseppe@guanelliani.it](mailto:direzionesanitaria.sangiuseppe@guanelliani.it)

## Introduzione

Il paradigma di Qualità di Vita è quell'approccio che orienta il lavoro dell'équipe riabilitativa verso la centralità della persona con disabilità intellettiva: l'orientamento di matrice ecologica permette di riconoscere il ruolo cardine della persona con disabilità rispetto al contesto fisico, sociale e culturale in cui la persona nasce e vive.

Il funzionamento umano è influenzato proprio dalle relazioni che intercorrono tra la persona e il suo contesto; tuttavia, nel caso di persona con disabilità, esiste un gap tra le competenze e capacità personali e le richieste dell'ambiente di vita.

Questo gap può essere misurato attraverso la valutazione delle competenze cognitive e dei comportamenti adattivi, ma l'équipe non può fermarsi soltanto alla determinazione delle "mancanze": il suo compito è andare oltre e sviluppare supporti individualizzati che diano la possibilità alla persona con disabilità di avere accesso a opportunità offerte dal proprio ambiente di vita e di avere, di conseguenza, un maggior grado di soddisfazione nei diversi domini di Qualità di Vita. Tale compito, peraltro, diventa ancora più arduo se la disabilità in questione è di grado grave o gravissimo, quadro in cui sarà più probabile il manifestarsi di problematiche comportamentali che potrebbero offuscare lo sguardo dell'équipe o del contesto ambientale che circonda la persona con disabilità, creando stigma ed etichette dietro cui poco ci si preoccupa di conoscere desideri e preferenze.

Proprio questa tensione a fornire alla persona con disabilità ciò che possa aiutare a provare soddisfazione negli ambiti di vita di interesse è il grande compito di una programmazione orientata alla Qualità di Vita.

È questa la cornice in cui si inserisce il processo valutativo funzionale, adattivo, di comorbilità psicopatologica, dei bisogni di sostegno e di Qualità di Vita: realizzare un progetto individualizzato che compensi la discrepanza tra le richieste dell'ambiente e la soddisfazione della persona con disabilità, anche grave, nell'ottica di una prospettiva life-span.

## Metodo

### *Partecipante*

E. ha 33 anni e vive a Casa San Giuseppe - Opera don Guanella, da circa 7 anni. Dall'età di 13 anni, a causa della presenza di importanti comportamenti problematici, la famiglia lo inserisce, quando è già in terapia con Risperidone 1 mg con scarsi risultati, in un Centro di Riabilitazione, dal quale, però, viene dimesso al raggiungimento della maggiore età.

All'ingresso a Casa San Giuseppe, E. ha presentato molti comportamenti problematici che riguardano la difficoltà di vivere in comunità: colpisce insistentemente gli altri residenti e gli operatori, lancia stoviglie, complementi di arredo e occhiali di altre persone, rovescia bottiglie, sedie e tavoli del refettorio. A causa di tali comportamenti, E. è costantemente seguito da un operatore, che si occupa di tutelare la sicurezza degli altri residenti e di E.: questo rapporto è incrementato a due operatori nei giorni in cui "l'agitazione" è maggiormente intensa. In parallelo, è molto frequente il ricorso alla terapia condizionata, che tuttavia non si rivela essere risolutiva per calmare E. nei suoi stati di agitazione.

### *Valutazione e setting*

E. entra a Casa San Giuseppe con una diagnosi di sindrome organica non specificata. Dall'intensità dei comportamenti problematici presentati, viene avviato un progetto di ristrutturazione organizza-

tiva e di formazione degli operatori che, seguendo le Linee Guida dell'ISS, si concretizza in un nuovo assetto in cui il piano organizzativo e quello clinico dialogano incessantemente.

E., infatti, è inserito in un'unità residenziale di 32 residenti, successivamente in un nucleo abitativo di 12 residenti.

Dal mese di settembre 2020 ha inizio il processo valutativo che porta alla modifica dell'etichetta diagnostica in Disturbo dello Spettro Autistico, disabilità intellettiva grave, disturbi dirompenti del comportamento di tipo esplosivo-intermittente.

La somministrazione dello SPAID-G (Bertelli, 2019) indica due aree di criticità psicopatologica (>0,5) nel Disturbo da deficit di Attenzione e Iperattività e nel Disturbo del Controllo degli Impulsi.

Si è reso necessario indagare le comorbilità psicopatologiche, poiché è ormai evidenza consolidata che l'autismo rappresenti un'importante condizione di vulnerabilità psicopatologica; l'autismo, infatti, interessando e alterando il normale sviluppo del soggetto, lo "sensibilizza" a diverse patologie sia in ambito psichiatrico che medico. D'altra parte, l'insorgenza di comorbilità, specialmente in età adolescenziale, influenza il quadro clinico della persona e determina l'entità di compromissione del livello funzionale.

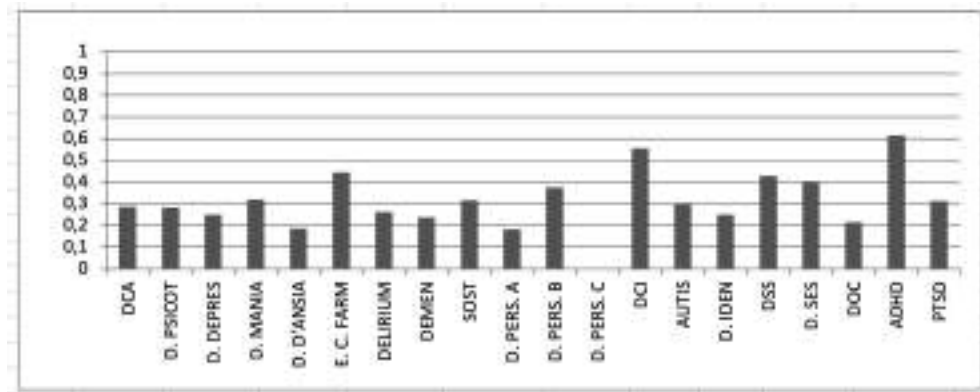
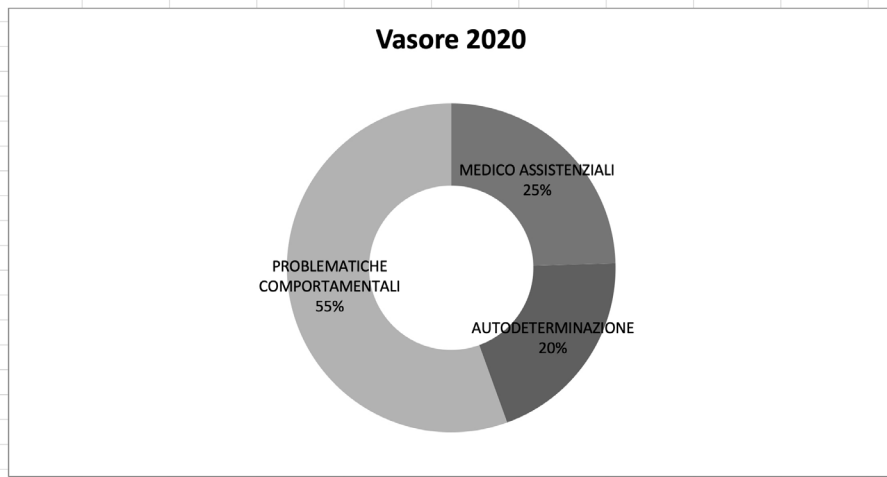


Figura 1. Grafico SPAIDD-G

La valutazione del comportamento adattivo è stata indagata tramite le Vineland-II (Sparrow, Cicchetti e Balla, 2016): il costrutto di comportamento adattivo comprende tutte le abilità che una persona deve esercitare per poter avere una vita piena, appagante e serena. Le aree indagate sono quelle della Comunicazione, Abilità del vivere quotidiano, Socializzazione e Abilità motorie.

E. presenta livelli adattivi sensibilmente sotto la norma; la Scala Composta, che misura la totalità dei comportamenti adattivi, è pari a 60, posizionandosi nella fascia di livello adattivo basso, con un punteggio età equivalente intorno ai due anni.

È stata valutata anche la necessità di Sostegni Reali (Va.So.Re; Michelini et al., 2018) richiesti da E., al fine di individuare la tipologia e la durata dei sostegni nei vari ambiti (Medico-Assistenziali, Autodeterminazione, Problematiche Comportamentali): la scala delle Problematiche Comportamentali incide per il 55% nella determinazione del punteggio totale ed è proprio su questo ambito che si focalizza la parte più corposa dell'intervento.



**Figura 2.** Grafico con la ripartizione delle aree di sostegno

La valutazione di Qualità di Vita è stata effettuata tramite BasiQ, sviluppato da Brown (Bertelli et al., 2011) al fine di indagare insieme alle persone con disabilità aspettative, desideri, bisogni e necessità.

L'indice di Qualità di Vita risulta molto condizionato dai limiti di E.: i comportamenti problematici influenzano negativamente tutte le aree considerate; infatti, la scarsa collaborazione, l'assenza di linguaggio verbale, la continua irrequietezza motoria, le difficoltà nel sonno notturno, rendono difficoltoso qualsiasi tentativo di approccio e qualsiasi valutazione diretta.

## Intervento

A partire da giugno 2020 è stata condotta un'analisi funzionale per ciascuno dei comportamenti disfunzionali messi in atto da E., con lo scopo di quantificarne la frequenza e di valutarne l'intensità. L'indagine, inoltre, ha avuto lo scopo di aiutare l'équipe a focalizzarsi su quali comportamenti fossero disturbanti per l'ambiente, facendoli emergere dall'etichetta di "agitazione psicomotoria" con la quale era quotidianamente classificato il comportamento di E.

Tale etichetta suggeriva ben poco delle difficoltà di E. e predisponeva gli operatori ad uno "stato mentale" poco accomodante nei confronti della persona.

I comportamenti problema individuati sono legati all'aggressività fisica eterodiretta, alla distruttività e a qualche episodio di autoaggressività. Nel corso dell'assessment gli operatori hanno definito problematico anche il verificarsi di continui episodi di enuresi diurna (anche se E. possiede il controllo sfinterico), percepiti come "dispetti". L'analisi funzionale di quest'ultimo ha costituito la chiave di volta nello studio del caso: tutti i comportamenti, infatti, che l'équipe definiva come "dispetti" (enuresi diurna, aggressività eterodiretta e distruttività) erano gestiti con una sorta di procedura di ipercorrezione che forniva a E. attenzione sociale continua e costante. L'analisi funzionale condotta su tali comportamenti ha evidenziato proprio la funzione di richiesta di attenzione, che viene fornita sotto forma di rimproveri o ipercorrezioni.

La funzione, invece, dei comportamenti autolesivi, ma anche di qualche manifestazione di aggressività sembra essere riconducibile a gravi stati di malessere, con funzione di autostimolazione e riduzione del dolore.

Nel corso degli anni, il mantenimento e la cristallizzazione di questi schemi comportamentali ha ridotto notevolmente il campo delle opportunità e delle attività che E. ha svolto, impoverendo le occasioni di inclusione sociale, sia nella famiglia di origine sia nella comunità attorno all'unità residenziale.

È stata condotta un'analisi delle preferenze che ha evidenziato come, di fatto, le condotte e le strategie assunte dagli operatori rinforzassero i comportamenti di E., anziché penalizzarli. Infatti, elemento molto rinforzante è apparso da subito essere il contatto fisico e la prossimità fisica: entrambi utilizzati nei momenti di forte agitazione di E., nella forma di re-indirizzamento, di rapporto 1:1, di ipercorrezione con guida fisica. Anche le aggressioni subite da altri residenti fungevano da stimoli di prossimità fisica e attenzione sociale.

È stato valutato lo stato di salute fisica utilizzando la scala CIRS (Salvi, Miller, Towers, Morichi e Dessi-Fulgeri, 2008), che riporta un punteggio di gravità sulle 13 voci pari a 1 e di comorbidità pari a 0. È stato seriamente preso in considerazione il piano farmacologico previsto ed in particolare, vista la giovane età di E., si è riscontrata la necessità di diminuire il dosaggio di Clozapina (700 mg/ die), avvenuto gradualmente nel corso dell'estate 2021 fino alla totale sospensione a settembre 2021 con inserimento del Risperidone 3 mg 1 cp x 3, a partire da giugno. La terapia attuale è illustrata in Tabella 1.

**Tabella 1.** Tabella riepilogativa della terapia attuale

Terapia	Pianificazione	08	12.30	16	19	22
Terapia orale						
Calcio Carbonato	Ogni giorno	-	1	-	-	-
Acido valproico 250mg RM	Ogni giorno	1	-	-	-	-
Acido valproico 500mg RM	Ogni giorno	-	-	-	1	-
Prometazina 25mg	Ogni giorno	-	-	-	1	-
Lattulosio 180ml 66,7%	Ogni giorno	15	-	-	15	-
Lansoprazolo 30mg	Ogni giorno	1	-	-	-	-
Risperidone 3mg	Ogni giorno	1	1	-	1	-
Clonazepam 2mg	Ogni giorno	1	-	-	1	-

## Obiettivi

Obiettivo a breve termine dell'intervento è stato quello di diminuire il livello di supervisione costante nella vita quotidiana, incrementando comportamenti già posseduti da E., che abbiano la funzione di ottenimento dell'attenzione sociale.

Per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, si è fatto ricorso alla letteratura di riferimento, con l'utilizzo di metodologie cognitivo-comportamentali, in particolare le principali tecniche di Applied Behavior Analysis e il sistema TEACCH.

Ciascun obiettivo è stato inserito all'interno di un dominio di Qualità di Vita, tenendo in considerazione soprattutto quei domini in cui la discrepanza tra Importanza e Soddisfazione percepita da E. era maggiore; nell'ambito, ad esempio, dell'Appartenere Fisico (dominio che indaga la relazione tra la persona, l'ambiente in cui vive e le persone che lo circondano) è evidente il dato di importanza per E. di essere al centro di relazioni sia di residenti che di operatori e altrettanto evidente è il sentimento di insoddisfazione percepita.

Nel medio-lungo periodo, obiettivi dell'intervento sono stati:

1. incremento dei tempi del comportamento di stare seduto per una durata temporale tale da permettere una gestione del pasto adeguata, senza necessità di supervisione costante su E.;
2. decremento delle condotte disfunzionali, con funzione di richiesta di attenzione sociale, attraverso procedura di DRO;
3. aumento della durata e della qualità del sonno notturno, attraverso procedura di Stimulus Control e revisione del piano farmacologico e della terapia condizionata.

## Risultati

Il primo obiettivo ha visto l'intera équipe impegnata nell'aiutare E. a svolgere compiti a tavolino, con metodologia TEACCH. L'oppositività di E. era molto intensa nelle prime fasi dell'intervento, richiedendo la presenza di un prompter posizionato dietro che lo aiutasse a stare seduto. Parallelamente è stato necessario generalizzare quest'abilità nel contesto di vita quotidiana: infatti, la riorganizzazione dell'unità residenziale in due nuclei separati, in cui il pasto era gestito soltanto da due operatori per nucleo, non rendeva più agevole la gestione precedente del pasto di E.

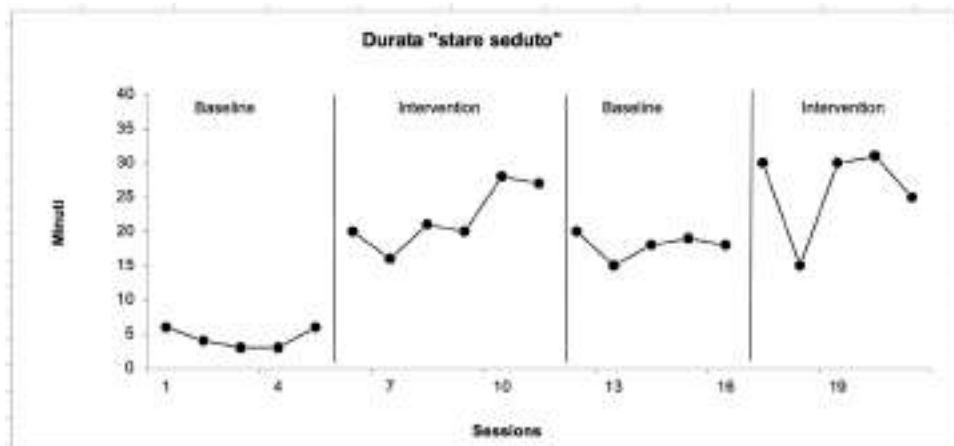
E., infatti, mangiava isolato dagli altri residenti con un operatore che promptava il comportamento di rimanere seduto e un operatore che gli impediva di lanciare il tavolo della mensa.

È stato programmato un sistema di rinforzamento individualizzato con la definizione di tutto quanto fosse gradito a E. (patatine, bibite, ma anche video di cartoni animati e racconti della sua infanzia): in questa fase, il contributo dei familiari è stato determinante per entrare in contatto con stimoli graditi ad E. e con storie che riguardassero il suo passato in famiglia.

Sono stati definiti i tempi e i modi per l'accesso a quanto gradito durante le attività a tavolino (inizialmente con una programmazione a rapporto fisso) e il potenziamento delle possibilità di scelta, con la creazione di carte e di immagini che consentissero a E. di scegliere il rinforzatore successivo.

Dopo appena due mesi di intervento, E. ha generalizzato l'obiettivo ai momenti dei pasti, raggiungendo tempi di permanenza seduto di 30 minuti circa, anche nella fase di assenza di sessioni strutturate, come dimostra il grafico in Figura 3.

Il lavoro futuro utilizzerà come base questo importante traguardo raggiunto per incrementare il lavoro a tavolino e perseguire obiettivi di coordinazione oculo-manuale.

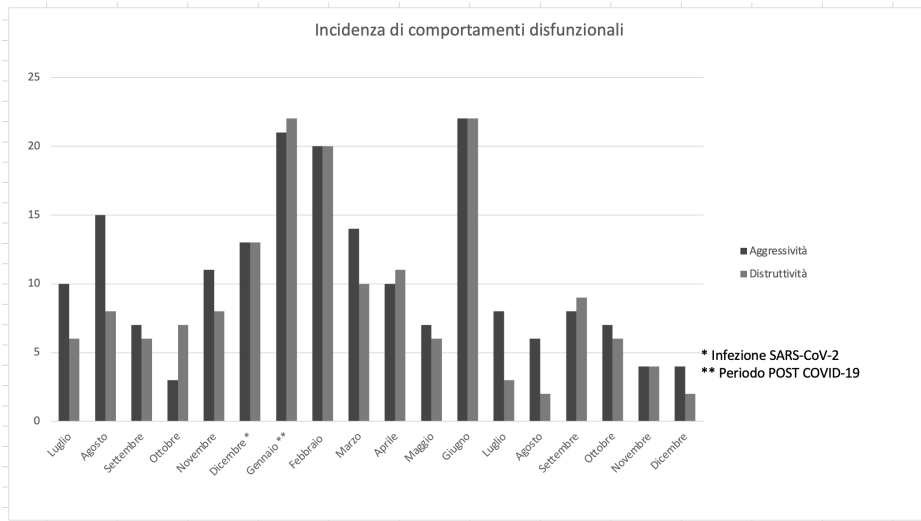


**Figura 3.** Grafico dell'apprendimento del comportamento di "stare seduto"

Il secondo obiettivo, quello di decremento di condotte disfunzionali aggressive e distruttive, è stato raggiunto nel corso di qualche mese, utilizzando il Rinforzamento Differenziale di altri comportamenti (DRO) e procedura di Estinzione nei confronti dei comportamenti disfunzionali.

L'équipe si è focalizzata sull'individuazione di comportamenti già posseduti da E. e innocui (non aggressivi e non lesivi dell'ambiente), rinforzandoli con il contatto fisico (buffetti, carezze) e con l'attenzione (guardarlo negli occhi, parlargli), tutti stimoli gratificanti per E. Questi comportamenti, già posseduti e "innocui", hanno subito un importante incremento, spingendo gli operatori che si interfacciano con E. ad aumentare il numero di interazioni verbali positive con lui.

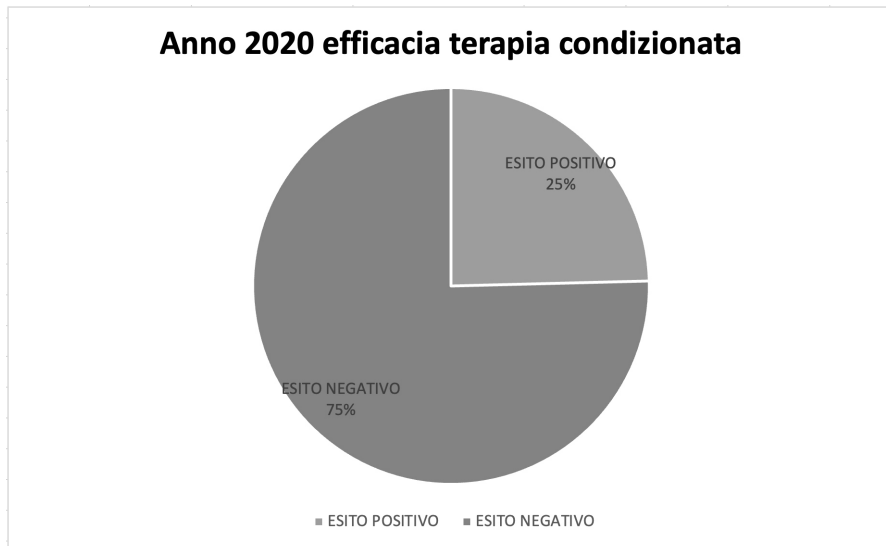
Il decremento dei comportamenti problematici, tuttavia, non si è modificato con la stessa velocità con cui si sono stabilizzati i comportamenti positivi; sembra, infatti, che tali comportamenti possano essere indicatori del livello di disagio della persona e sua particolare espressione comunicativa, non funzionale. Difatti, nei mesi di gennaio e febbraio, coincidenti al periodo post-infezione SARS-COV-2, e nel mese di giugno, in cui E. ha subito un ricovero per pielonefrite acuta destra, le condotte disfunzionali hanno registrato una maggiore incidenza, sia nella frequenza che nell'intensità degli episodi monitorati, come illustrato nel grafico Figura 4.



**Figura 4.** Grafico dell'andamento dei comportamenti aggressivi e distruttivi

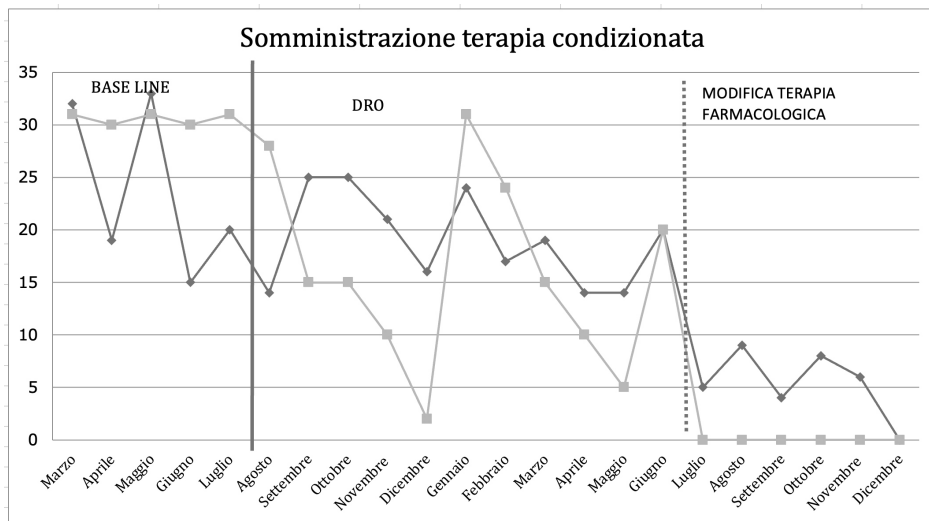
Lo studio sul caso ha permesso di individuare che le condotte disfunzionali si presentavano in concomitanza con insonnia, irrequietezza motoria e difficoltà ad indurre stati di tranquillità, nonostante la somministrazione di terapia condizionata (Clonazepam 30 gtt + Prometazina Cloridato 1 cp; come seconda scelta Promazina 1 fiala i.m.). L'équipe ha scelto di applicare la procedura di Stimulus Control per garantire una routine comune a tutti gli operatori, che riguardasse la fase di addormentamento: proprio in questa fase serale, si è man mano concentrata la somministrazione di tutte le terapie condizionate, con esiti scarsi e con un maggior stress percepito da parte degli operatori notturni.

Gli esigui esiti positivi sono dimostrati dal grafico di Figura 5, pertanto si è ritenuto necessario modificare la terapia condizionata ed utilizzare Lorazepam 2mg/ml 30 gtt solo in casi di insonnia notturna e di forti e intensi comportamenti disfunzionali.



**Figura 5.** Grafico sull'efficacia della somministrazione delle terapie condizionate

Durante il mese di giugno 2021, con la modifica del piano terapeutico di E., la qualità del sonno è notevolmente migliorata ed è stato registrato anche un minor ricorso sia alle terapie condizionate sia a contenzioni meccaniche (rapporto 1:1), che hanno visto una tendenza al decremento già con l'utilizzo di una gestione comportamentale diurna coerente e continua, come illustrato dal grafico in Figura 6.



**Figura 6.** Il grafico mostra l'andamento del ricorso a contenzioni nel corso del tempo

Questi risultati incoraggianti hanno permesso una accettazione di E. molto più calorosa da parte dei compagni, tanto da renderne possibile l'integrazione all'interno del gruppo di persone con disabi-



lità, con le quali condivide il nucleo abitativo, sia per attività ricreative e di svago, sia per attività svolte al di fuori di Casa San Giuseppe.

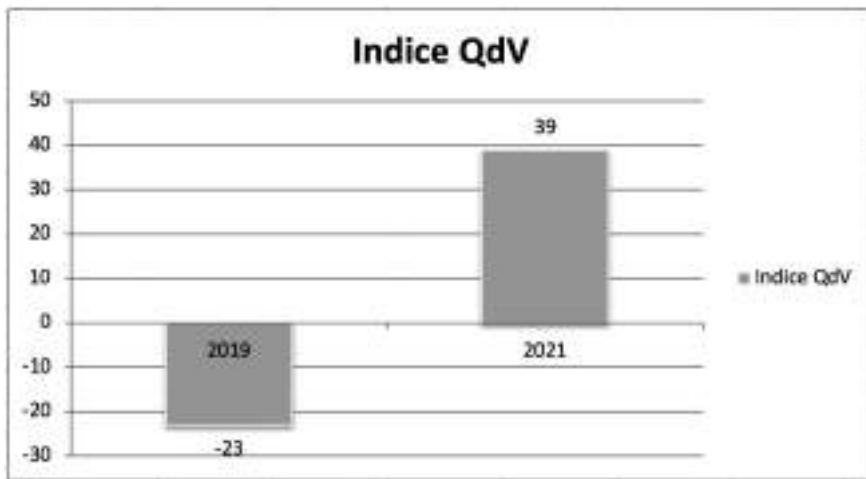
E. prende il pulmino regolarmente, comportandosi adeguatamente durante il tragitto, restando seduto vicino ai compagni, anche per tragitti piuttosto lunghi. È stato possibile per E. visitare diversi luoghi di Roma, visitare una mostra di fumetti, dove ha avuto la possibilità di incontrare il cosplay del suo supereroe preferito, Spiderman.

## Conclusioni

Scopo di questo lavoro è quello di dimostrare che il Progetto di Vita, nell'ottica della Qualità di Vita, è un'azione doverosa nei confronti di tutte le persone con disabilità intellettiva.

La valutazione post-intervento dell'indice di Qualità di Vita (BasiQ proxy) evidenzia proprio il miglioramento della condizione di E.: l'incremento dell'indice di QdV, che viene illustrato nel grafico di Figura 7, indica il successo di una presa in carico e degli interventi svolti, prendendo in considerazione fattori individuali e contestuali, che consentono alla persona di accedere ad aiuti, sostegni e risorse in grado di migliorare competenze, comportamenti, capacità, ruolo e partecipazione alla comunità di appartenenza.

Focalizzarsi sull'aumento degli esiti personali e sui diritti umani incoraggia gli enti e i servizi a sviluppare pianificazioni centrate sulla persona, a fornire supporti individualizzati e a coinvolgere le persone con disabilità nelle decisioni che riguardano le loro vite e i sostegni che ricevono.



**Figura 7.** Grafico riepilogativo di valutazione dell'esito di QdV

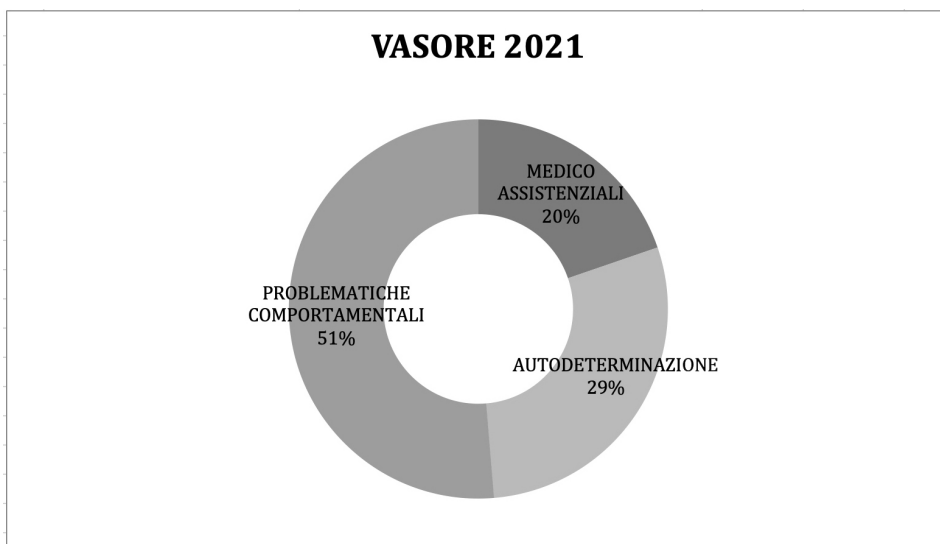
Si pone al centro la persona, considerandola tale nella sua dimensione fisica, spirituale e comunitaria, con i suoi interessi, i suoi limiti e le abilità: questa azione è tanto necessaria quanto più difficoltosa man mano che la presa in carico riguarda persone con disabilità grave, con storie di apprendimento frammentarie e/o fallimentari, con pattern comportamentali esplosivi ad alto rischio di sicurezza per sé e per gli altri. Generalmente, con tali individui è molto frequente che venga impostato un lavoro prevalentemente contenitivo e limitante, riducendo l'intervento educativo ad una serie di obiettivi, e non prevedendo una visione a lungo termine che possa rompere pregiudizi e stigmi associati alla persona.

Il mantenimento dei comportamenti aggressivi nello schema comportamentale di E., infatti, au-

menta il rischio di non compliance e di stanchezza da parte degli operatori: variabili di cui tenere conto sono, dunque, le aspettative, le emozioni e gli schemi cognitivi di ciascun operatore.

Inoltre, un lavoro progettuale così programmato deve fare i conti sia con i tempi di raggiungimento degli obiettivi (che non sempre rispecchiano i desideri degli operatori), sia con un sistema di lavoro per turni (che rende più difficile mantenere la coerenza delle pratiche quotidiane).

La valutazione post-intervento dei Sostegni Reali (Va.So.Re), illustrata in Figura 8, ha evidenziato come l'intervento abbia diminuito la percentuale di sostegni forniti nell'area delle problematiche comportamentali e, anche se questi non sono del tutto scomparsi perché la persona con disabilità rimane comunque con una problematicità importante, il focus è stato spostato dalla gestione di comportamenti disfunzionali alla loro prevenzione, conducendo, tra le altre cose, anche ad un senso di maggiore efficacia percepito dell'équipe riabilitativa. Accanto alla diminuzione dei sostegni nell'area appena presa in esame, un ulteriore esito da sottolineare è, invece, l'aumento della percentuale dei sostegni forniti ad E. nell'area dell'autodeterminazione, segno di una nuova e ritrovata considerazione per la persona di E. e per i suoi interessi, al netto delle sue "mancanze".



**Figura 8.** Grafico della ripartizione dei sostegni reali nelle aree valutate

Intervenire per colmare la discrepanza tra le capacità della persona e le richieste del suo ambiente di vita ha permesso alla nostra équipe di fornire ad E. occasioni di inclusione sociale e possibilità di aumentare le proprie relazioni, così come da lui desiderato. Si tratta di un'impostazione "abilitativa" che aiuta la persona con disabilità a sviluppare e potenziare abilità mai possedute o emergenti, al fine di attuare la propria esistenza.

Pensare al Progetto di Vita di E. ha dato la possibilità all'équipe di andare oltre la diagnosi, le mancanze, i comportamenti disfunzionali e ha messo in luce una persona, con interessi e desideri, capace di scegliere e autodeterminarsi, a patto che vengano forniti sostegni adeguati.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2014). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina.
- Balboni, G., Belacchi, C., Bonichi, S., & Coscarelli, A. (2016). *Vineland- II Adaptive Behavior Scales second edition*. Firenze: Giunti OS Psychometric.
- Bertelli, M. O., Scuticchio, D., Ferrandi, A., Lassi, S., Mango, F., Ciavatta, C., Porcelli, C., Bianco, A., & Monchieri S. (2012). Reliability and validity of the SPAID-G checklist for detecting psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities, 33*(2), 382-90.
- Bertelli, M. O., Merli, M. P., Bianco, A., Lassi, S., La Malfa, G., Placidi, G. F., & Brown, I. (2011). La batteria di strumenti per l'indagine della Qualità di Vita (BASIQ): validazione dell'adattamento italiano del Quality of Life Instrument Package (qol-IP). *Giornale Italiano di Psicopatologia, 17*, 205-212.
- Bertelli, M. O. (2019). *Systematic Psychopathological Assessment for persons with Intellectual and Developmental Disabilities - General screening*. Firenze: Giunti.
- Carnevali, D. (2020). *Bisogni, Preferenze, Desideri e Valori: un continuum di tipo esistenziale per umanizzare gli interventi abilitativi*. Convegno Nazionale Disabilità, Fondazione Sospiro.
- Cottini, L. (2018). Ottenere evidenze a supporto degli interventi nei Disturbi del Neurosviluppo: il ruolo della ricerca con singoli soggetti. *Giornale Italiano dei Disturbi del Neurosviluppo, 3*(1), 21-39.
- Fioriti, F., Ziliani, C., Fruchi, F. & Antonazzo, C. (2019). Comportamenti stereotipati/ autostimolatori in persone con disabilità intellettiva grave: l'Analisi Funzionale Sperimentale. *Giornale Italiano dei Disturbi del Neurosviluppo, 4*(2), 116-126.
- Floris F. (2017). Sviluppare un progetto di vita: un esempio metodologico. *Spiritualità e Qualità di Vita, 4*, 20-25.
- Leoni, M., Corti, S., Berna, S., Chioldelli, G., Fioriti, F., & Croce, L. (2008). Allineare il paradigma dei Sostegni e i modelli di Qualità di Vita. Studio su un soggetto singolo con gravi disabilità intellettive, *American Journal on Mental Retardation, 6*, 30-43.
- Leoni, M., Cavagnola, R., Chioldelli, G., Corti, S., Fioriti, F., Galli, M. L., & Uberti, M. (2018). The Reduction of Mechanical Restraints and PRN Medication in 400 Persons with Neurodevelopmental Disorders: an Analysis of 11 Years Process in 23 Italian Residential Settings. *Advances in Neurodevelopmental Disorders, 2*(3),1-9.
- Mazzone, L. (2019). *I disturbi del sonno nell'adhd e nel disturbo dello spettro autistico*, Convegno Nazionale Disabilità, Fondazione Sospiro, 2019.
- Michelini, G., Cavagnola, R., Chioldelli, G., Fioriti, F., Galli, M. L., Leoni, M., Miselli, G., Uberti, M., & Corti, S. (2018). La costruzione di un nuovo strumento per la Valutazione dei Sostegni Reali (Va.So.Re.). *Giornale Italiano dei Disturbi del Neurosviluppo, 3* (2), 31-43.
- Richman, D. M., & Lindauer, S. E. (2014). Valutazione longitudinale dei comportamenti stereotipati, protolesionistici e autolesionistici in bambini con ritardo evolutivo. *Giornale Italiano dei Disturbi del Neurosviluppo, 4*(2), 98-115.
- Salvi, F., Miller, M. D., Towers, A. L., Morichi, V., & Dessi- Fulgheri, P. (2008). Linee guida per la valutazione della scala Modified Cumulative Illness Rating Scale; *J Am Geriatr Soc., 56*(10); [http://www.asloristano.it/documenti/5\\_91\\_20201002091020.pdf](http://www.asloristano.it/documenti/5_91_20201002091020.pdf) (verificato il 26 settembre 2022).
- Sparrow, S., Cicchetti, D. V., & Balla, D.A. (2016). *Vineland Adaptive Behavior Scales-II – Second Edition – Survey Interview Form*. Firenze: Giunti.
- Vollmer, T. R., Iwata, B. A., Zarcone, J. R., Smith, R. G., & Mazaleski J. L. (1993). The Role of attention in the treatment of attention-maintained self-injurious behavior: noncontingent reinforcement and differential reinforcement of the behavior. *JABA, 26*(1), 116-122.
- Ziliani C. (2020). *Dolore... Disturbi del comportamento... Rinforzamento negativo*, Convegno Nazionale Disabilità, Fondazione Sospiro, 2020.