



**XI Convegno Nazionale  
sulla Qualità della Vita per le disabilità**

**APRIRSI ALLE  
SFIDE COMPLESSE**

Milano, 12-13 settembre 2016  
Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano



**#CHANGE**

**1° SEMINARIO** (Aula Magna ore 9.00-12.30)

*Il rinforzamento non contingente: gli esiti della ricerca scientifica e le applicazioni cliniche*

**Relatore: Louis Hagopian**

Chairman: Maurizio Bonati



Il rinforzamento non contingente (RNC) è una tra le procedure più interessanti tra gli interventi comportamentali: prevede l'accesso a un rinforzamento indipendente dal comportamento emesso in base a un intervallo temporale. Viene presentata una revisione della letteratura, una recente meta-analisi e gli studi controllati a soggetto singolo sulla procedura di RNC, sulla valutazione delle preferenze, sull'uso dell'estinzione associata al rinforzamento. Il RNC è sostenuto dalla letteratura come procedura di intervento per il trattamento dei problemi di comportamento nelle persone con disabilità intellettiva e autismo: aggressività, distruttività, autolesionismo, pica, comportamenti problema mantenuti socialmente e rinforzati automaticamente.

Il RNC è stato inoltre usato come condizione di controllo nelle ricerche di base e nelle analisi funzionali dei comportamenti problema. Confrontando la frequenza dei comportamenti problema tra condizione test e condizione con RNC emerge infatti che la contingenza di rinforzamento può essere isolata dagli effetti dell'accesso ai rinforzatori. Verrà infine discusso l'uso del RNC nelle procedure di analisi funzionale.

**2° SEMINARIO** (Aula Cripta ore 9.00-12.30)

*L'applicazione delle tecnologie assistive ai principi dell'ABA per le persone con disabilità gravi e multiple*

**Relatore: Giulio Lancioni**

Chairman: Aldina Venerosi



Tecnologie assistive possono essere una base essenziale di quasi tutti i programmi per persone con disabilità gravi e multiple. In questo seminario, vengono presi in considerazione 12 tipi di programmi (finalizzati a promuovere altrettanti obiettivi riabilitativi) la cui realizzazione si avvale dell'uso di tecnologie assistive.

Tali programmi concernono l'insegnamento: (1) di risposte adattive per il controllo della stimolazione ambientale, (2) delle basi della deambulazione, (3) della scelta fra forme diverse di stimolazione, (4) di risposte adattive da combinare al superamento di comportamenti problema o posture inadeguate, (5) di semplici richieste di attenzione o semplici forme di stimolazione, (6) di molteplici richieste funzionali nel contesto di attività ed interazione, (7) di attività vocazionali complesse, (8) di attività complesse e tempi di esecuzione, (9) di attività di assemblaggio, (10) di forme di comunicazione con partner distanti, (11) dell'uso di strumenti di tipo ricreativo, e (12) dell'uso di attività ricreative e comunicative.

12 settembre - pomeriggio

**Lezione Plenaria** (Aula Magna ore 14.00-16.00)

**GIULIO LANCIONI**

*Procedure e tecnologie per garantire un ruolo attivo a persone con disabilità gravi e multiple*

Chair: Annamaria Indelicato

Persone con disabilità gravi e multiple possono variare estesamente riguardo alle loro caratteristiche essenziali e alle loro abilità specifiche, ma sono spesso accomunate da una tendenza alla passività e alla dipendenza dal caregiver o dall'operatore. Questo stato di cose può essere accentuato senza procedure e tecnologie di intervento specifiche. Per esempio, un programma basato solo sull'arricchimento ambientale tende a lasciare la persona in una condizione di passività.

La presentazione analizza come un programma, in cui risposte specifiche della persona con disabilità gravi e multiple sono automaticamente monitorate e rese funzionali a controllare la stimolazione ambientale, possa conferire alla persona un ruolo attivo per: (1) gestire l'accesso alla stimolazione ambientale, (2) scegliere la stimolazione ambientale, (3) scegliere fra stimolazione ambientale e comportamenti problema, (4) gestire forme di comunicazione/ richiesta nel contesto, (5) eseguire attività funzionali complesse, (6) eseguire attività di assemblaggio, e (7) combinare spostamenti negli spazi quotidiani e attività.

**Sessioni parallele** (Aula Magna ore 16.00-18.00)

*1° SIMPOSIO: Sfide diagnostiche e nuove frontiere valutative*

Chairman: Elisa Maria Fazzi

**Relatore: Michela Matteoli e Elisabetta Menna**  
*Autismo come disturbo della sinapsi*

Le sinapsi sono strutture cerebrali fondamentali che mediano il trasferimento di informazioni tra le cellule nervose. La trasmissione del segnale e l'elaborazione delle informazioni a livello delle sinapsi controllano tutte le funzioni del corpo e tutti gli aspetti della cognizione, tra cui l'attenzione, la percezione, l'apprendimento, il processo decisionale e l'umore. Da alcuni anni è stato riconosciuto che molti disturbi psichiatrici e neurodegenerativi sono "sinaptopatie", vale a dire condizioni patologiche provenienti dalla deregolamentazione dei meccanismi molecolari e cellulari che operano a livello delle sinapsi.

La nostra attività di ricerca è focalizzata sulla comprensione dei meccanismi che permettono la formazione delle sinapsi tra i neuroni, allo scopo di comprendere come disfunzioni della sinapsi diano luogo a patologie del cervello. Per chiarire le relazioni tra componenti sinap-

tiche e funzioni cerebrali, utilizziamo una grande varietà di approcci funzionali, dalla microscopia confocale alla neurofisiologia in vitro fino agli studi comportamentali. I risultati di questi studi forniscono una descrizione quantitativa della sinapsi ed individuano bersagli molecolari di potenziale interesse in specifiche patologie, quali l'autismo e le malattie del neurosviluppo associate a difetti cognitivi.

**Relatore: Maria Luisa Scattoni**

*La diagnosi precoce: tra falsi miti e nuove opportunità*

I Disturbi dello Spettro Autistico (ASD) sono spesso diagnosticati dopo i 3-4 anni di età nonostante alcune anomalie siano già presenti nei primissimi mesi di vita. Comprendere come tali disturbi si sviluppino a partire dalla nascita è fondamentale per promuovere protocolli di screening e per mettere a punto interventi precoci in grado di ridurre i sintomi associati all'autismo e di migliorare gli esiti dello sviluppo in una porzione significativa di bambini.

Il Network Italiano per il riconoscimento precoce dei disturbi dello spettro autistico (NIDA), attivo dal 2010, sta affrontando questo aspetto attraverso il monitoraggio di neonati nati a termine e di tre popolazioni a rischio (fratellini di bambini diagnosticati con ASD, prematuri e piccoli per età gestazionale) e l'applicazione di un protocollo multi-osservazionale per lo studio di una serie di indici comportamentali, neurofisiologici e molecolari/OMICI, risultati alterati in bambini/adulti con diagnosi di ASD.

Il lavoro presentato ha come obiettivo l'identificazione di marcatori precoci di ASD, attraverso la somministrazione di un protocollo di sorveglianza e di valutazione del neurosviluppo in un ampio campione di neonati a termine e ad alto rischio nei primi 36 mesi di vita: studio longitudinale dello sviluppo vocale, motorio e sociale attraverso registrazioni video e audio (dalla nascita fino ai 18 mesi) e valutazione clinica del neurosviluppo (6, 12, 24 e 36 mesi). Campioni biologici di tutti i bambini ad alto rischio, dei relativi probandi con ASD, e dei loro genitori verranno utilizzati per effettuare analisi genomiche, metabolomiche e proteomiche.

Fino ad ora il protocollo di sorveglianza del network NIDA ha consentito l'individuazione precoce di tre bambini con ASD e 17 bambini con disturbi del neurosviluppo, che sono stati immediatamente inseriti in protocolli di intervento specifici. Inoltre si sono ottenute indicazioni forti riguardo al ruolo del pianto e dei movimenti come segnali precoci di autismo già nei primi quattro mesi di vita. La validazione di un protocollo di valutazione del neurosviluppo e il riconoscimento precoce dei bambini a rischio costituirà un modello operativo per lo studio delle popolazioni a rischio che potrà essere esteso all'intero territorio nazionale.

**Relatore: Massimo Molteni**

*Psicopatologia in età evolutiva: cosa sappiamo, cosa possiamo fare*

La psicopatologia è un ambito medico complesso che cerca di definire uno stato di sofferenza psichica, attra-

verso ciò che si manifesta nel comportamento e nella descrizione del proprio stato d'animo, rispetto ad un contesto sociale che fa da sfondo di riferimento, correlandolo con i dati biologici, genetici e strutturali via via conosciuti. In età evolutiva, specie nei primi anni di sviluppo, si aggiungono nuove complessità: la dinamica evolutiva che modifica costantemente ciò che può essere osservato e descritto, la elevata dipendenza dal contesto che assume così una influenza ancora più significativa.

I disturbi dello spettro autistico sono un paradigma significativo di questa complessità:

- La embricatura, nei sintomi core, con la dimensione cognitiva e linguistica che modifica i fenomeni osservabili
- La complessa ricerca di segni precocissimi descrittivi di una specifica anomalia di sviluppo correlabili con dati oggettivi di natura neurobiologica
- Una ricca e frastagliata realtà neurobiologica che si caratterizza proprio per la sua eterogeneità,
  - almeno nella attuale fase delle conoscenze scientifiche acquisite
- La sovrapposizione di quadri psicopatologici aggiuntivi che complica comprensione, decorso e capacità di risposta
- La possibilità di influenzare l'evoluzione attraverso una azione minuziosamente controllata sulla catena dei comportamenti, così da generare opportunità di nuovi apprendimenti.

Questa complessità genera conseguenze nei modelli di cura e intervento che, anche nelle situazioni migliori, risultano molto diversificati sia negli esiti, che nelle risorse impiegate, che nelle strategie organizzative dei diversi servizi: non sempre con una correlazione evidente.

**Sessioni parallele** (Aula Lazzati ore 16.00-18.00)

**2° SIMPOSIO: La sfida dei sostegni nel ciclo di vita: abilitazione, riabilitazione e progetti di vita**

Chairman: Antonella Costantino

**Relatore: Giuseppe Maurizio Arduino**

***I servizi abilitativi per l'età evolutiva: tra clinica ed educazione***

La normativa italiana prevede l'integrazione scolastica degli alunni con disabilità, che deve avvenire attraverso la messa a punto di un progetto educativo individualizzato (PEI), ispirato ai principi dell'ICF dell'OMS e alla cui stesura concorrono insegnanti, genitori e operatori sanitari e sociali. Il PEI dovrebbe basarsi su una accurata valutazione funzionale dell'alunno, che evidenzia le abilità del bambino, le sue menomazioni, le conseguenze che entrambe hanno sull'attività e la partecipazione, nonché i fattori ambientali, in grado di agire da barriere o facilitatori.

All'interno di questa cornice, che è da un lato istituziona-

le e dall'altro metodologica, si trovano ad operare i servizi abilitativi sanitari per l'età evolutiva. Questi servizi, che a livello organizzativo, possono assumere caratteristiche differenti a seconda delle Regioni o delle Province Autonome hanno competenze sul versante clinico e abilitativo e, solo raramente, hanno tra i loro operatori gli educatori professionali.

Se confrontiamo il tempo che il bambino trascorre in contesti educativi, come la scuola o la famiglia, con quello dedicato alle attività abilitative, risulta subito evidente come il primo sia di gran lunga superiore al secondo. Inoltre, in molti bambini con disturbi del neurosviluppo (per esempio, l'autismo o la disabilità intellettiva) le metodiche di trattamento maggiormente validate sono proprio quelle di tipo educativo.

Ciò richiede che anche i servizi abilitativi sanitari per l'età evolutiva contribuiscano alla messa a punto del PEI utilizzando anche principi e metodiche di tipo pedagogico, che tuttavia, non fanno parte, se non in qualche caso, dei percorsi formativi degli operatori sanitari.

La condivisione di un comune linguaggio pedagogico tra servizi, scuola e famiglia rappresenta forse una delle sfide maggiori del modello italiano. Due strumenti utili a favorire questa condivisione, supportati da altrettanti supporti tecnologici, sono stati sviluppati e utilizzati presso il Centro Autismo e Sindrome di Asperger dell'ASL CN1, in collaborazione con le scuole e le famiglie, negli ultimi tre anni. Il primo riguarda la costruzione condivisa di un Profilo di funzionamento secondo l'ICF, il secondo una Piattaforma WEB per la condivisione degli obiettivi e delle attività dell'intervento educativo individualizzato.

**Relatore: Serafino Corti**

***I servizi per l'abitare dell'età adulta***

I percorsi e le procedure di sostegno per le persone con Disturbi del Neurosviluppo si sono molto evolute e arricchite negli ultimi anni. Nell'area dell'età evolutiva sono sempre più conosciute e applicate metodologie basate sull'evidenza relative alle strategie per incrementare le loro abilità o per fronteggiare i loro comportamenti problematici. Come naturale conseguenza di questo cambiamento di paradigma culturale anche i servizi dell'età evolutiva, principalmente i servizi diurni e ambulatoriali, hanno iniziato a modificare il loro assetto organizzativo e la loro mission.

Se, di converso, si svolge un'analisi di cosa è accaduto, o sta accadendo, nel modo dei servizi per le persone Adulte con disturbi del Neurosviluppo scopriremo una realtà ben diversa. In queste realtà, soprattutto in quelle dedicate all'abitare, le procedure psicoeducative di fronteggiamento delle psicopatologie tardano a diffondersi con la velocità necessaria; i costrutti della qualità di vita, di fondamentale importanza soprattutto per l'età adulta, sono conosciuti ma ancora troppo poco implementati, infine la visione e "abitudine" abilitativa, così presente nell'età evolutiva, è quasi totalmente dimenticata e confinata alla sola "riabilitazione" motoria.

Questo sono alcuni dei motivi per cui ancora oggi i servizi dell'abitare risultano così lontani dalle aspettative delle persone con disabilità, e dei loro famigliari, e poco motivanti ed ingaggianti per il personale che vi opera.

La relazione "I servizi per l'abitare dell'età adulta" af-

fronterà proprio le questioni relative a queste criticità analizzando non solo possibili strategie per accelerare i percorsi di cambiamento dei servizi ma presentando anche “modelli di servizi per l’abitare” orientati alle attività abilitative e all’implementazione della qualità di vita della persona con disturbi del Neurosviluppo.

**Relatore: Roberto Franchini, Mascia Marzorati**  
*Condizione di gravità, inclusione e felicità: verso un paradigma esistenziale*

Nei servizi residenziali e semiresidenziali per le persone disabili adulte o adulto/anziane in condizione di gravità è spesso impropriamente applicata, per estensione rispetto ai servizi per l’età evolutiva, la logica di *assessment* di tipo riabilitativo, che corrisponde al cosiddetto paradigma funzionale, o paradigma problema-soluzione. All’interno di questo paradigma, il professionista è chiamato in primo luogo ad individuare i problemi funzionali della persona disabile, misurati con il sistema ICF o altri strumenti di valutazione multidimensionale, e di conseguenza pianificare soluzioni, valutandone gli esiti in termini di mantenimento o miglioramento di una o più specifiche categorie di abilità.

Gli autori ritengono che nei servizi per il ciclo di vita adulto e adulto/anziano sia più appropriato il paradigma esistenziale, o paradigma valori-sostegni. All’interno di questo paradigma il professionista è chiamato a individuare i valori, le preferenze e le priorità della persona disabile, per poi pianificare interventi che sostengano la persona nella realizzazione del suo progetto di vita, valutandone gli esiti in termini di Qualità di Vita.

Anche nei servizi dove il costrutto di Qualità di Vita ha raggiunto una certa densità applicativa, può accadere che la misura di QoL (Quality of Life) sia semplicemente una misura di esito, senza incidere sulla concezione degli interventi, che rimangono ancorati al paradigma funzionale. Ovvero, il progetto ha una struttura clinico-riabilitativa, mentre la Qualità di Vita è utilizzata come uno tra gli indicatori di risultato.

Da qualche anno l’Opera don Orione ha adottato il modello di QoL a nove domini di Brown, attraverso l’utilizzo dell’intervista BASIQ, tradotta e adattata in Italia da Bertelli. La scelta è avvenuta anche in forza della presenza del dominio Essere Spirituale, presente in questo modello e non in altri.

La struttura a tre fattori e nove domini non viene impiegata solo come misura di esito, o come strumento di *assessment* di desideri e priorità, ma anche e soprattutto come matrice progettuale. Il progetto di vita, infatti, è articolato nei nove domini, entro i quali, con l’aiuto degli *item* della BASIQ, vengono individuati gli obiettivi e gli interventi.

Gli autori presentano un breve studio a caso unico, utile a esemplificare il percorso di *assessment* e progettazione, in linea con quanto delineato dalle Linee Guida AIRIM.

I dati, entro i limiti di uno studio a caso unico, dimostrano l’impatto di interventi che sin dall’origine nascono ispirati e strutturati da modelli di Qualità di Vita, evidenziando l’appropriatezza del paradigma esistenziale per le persone disabili adulte e adulto-anziane, anche in condizione di gravità.

**Sessioni parallele** (Aula Cripta ore 16.00-18.00)

**3° SIMPOSIO: Non si è solo genitori: la sfida del benessere genitoriale e coniugale**

Chairman: Paola Visconti

**Relatore: Paolo Zampiceni**

*Le famiglie e i servizi: ruoli, diritti e nuove sfide*

Nell’ambito della disabilità e, nello specifico, dell’autismo è ricorrente il richiamo alla centralità del ruolo della famiglia sia da parte del mondo politico che dei servizi ma ciò spesso resta una affermazione di principio e non si concretizza in prassi, offerta di servizi, scelte operative. Rileggendo da familiare impegnato nel mondo associativo i percorsi personali e di altre famiglie, emergono alcune attenzioni e modalità operative che hanno fatto la differenza non solo nei vissuti del genitore in termini di riconoscimento, sostegno e valorizzazione del proprio ruolo ma anche in termini di redditività dell’intervento.

Dall’analisi dei bisogni delle famiglie e del rapporto tra famiglia e servizi gli elementi che più frequentemente vengono riconosciuti e valorizzati, oltre alla proposta di un piano di intervento realistico, concreto e scientificamente validato, sono: l’ascolto e valorizzazione delle esperienze, l’atteggiamento non giudicante, l’attenzione alla lettura della situazione familiare (rappresentazioni, percorsi di elaborazione, strategie di coping, ecc.), l’orientamento positivo alle capacità, le competenze, le risorse, l’investimento nella costruzione di alleanze (fiducia, stima, sostegno, ecc.), l’affidabilità.

L’insieme di questi aspetti contribuiscono a rendere esperienza concreta l’affermazione della centralità della famiglia ma spesso hanno anche ricadute positive rispetto alla realizzazione del percorso educativo/terapeutico/riabilitativo.

**Relatore: Anna Bianca Prevedini e Francesca Pergolizzi**

*Dal parent training ai percorsi di consapevolezza e crescita genitoriali e coniugali*

L’origine del Parent Training (PT) risale alla fine degli anni 60’ come primo intervento sistematico rivolto a genitori di bambini oppositivi (Hanf et al., 1973) con l’obiettivo di ottenere modificazioni significative delle sequenze complesse di interazioni genitore-bambino in contesto domestico, difficili da raggiungere lavorando solo sul comportamento problematico del bambino (Kadzin, 1985). La maggior parte di questi approcci ha una matrice comportamentale e concepisce le difficoltà genitoriali come “mancanza di abilità”, partendo dall’assunto che i genitori non possiedano abilità necessarie per cambiare il comportamento problematico dei propri figli, o addirittura tendano inconsapevolmente a promuoverlo o mantenerlo, ma trascurando in parte o completamente il ruolo giocato da alcuni aspetti cognitivi ed emotivi relativi al genitore in generale e che vive una genitorialità difficile in particolare. Seppur oggi i percorsi di PT rappresentino la parte centrale (es. ADHD o disturbi del comportamento) o parte importante (disturbi d’ansia o disabilità intel-

lettive) degli interventi evidence based rivolti ad alcuni disturbi dell'età evolutiva, nel corso degli ultimi decenni sono emersi alcuni limiti importanti riguardo la tenuta nel tempo dei risultati positivi e alla generalizzazione dei comportamenti appresi al contesto naturale (es. Barrera et al., 2002). Recenti teorie su cognizione e linguaggio, inoltre, spiegherebbero come alcuni normali processi psicologici in risposta a esperienze di vita difficili potrebbero funzionare da ostacolo alla possibilità dei genitori di apprendere nuovi pattern comportamentali utili a modulare i comportamenti problematici dei figli (es. Coyne et al., 2004; Twohig et al. 2008).

L'obiettivo del presente intervento è quello di illustrare le risposte dei più attuali modelli psicologici, basati sui processi di mindfulness, accettazione e compassione, ai limiti emersi dalla seppur efficace applicazione di interventi di PT comportamentali tradizionali in situazioni di genitorialità complessa. Saranno presentati i dati emersi da un'analisi sistematica della più recente letteratura scientifica sul tema degli interventi rivolti ai genitori, così come alcune esperienze pilota italiane nel campo dell'A-DHD e dell'autismo.

I primi dati mostrano risultati incoraggianti riguardo agli interventi rivolti ai genitori con diversi disturbi e basati sui processi di accettazione e mindfulness come strumenti di supporto dei genitori per affrontare le sfide psicologiche associate a situazioni genitoriali difficili, incluso il funzionamento coniugale e la co-genitorialità (es. Bleckledge et al., 2006; Singh et al. 2006; Bögels et al., 2010; Meppelink et al., 2016). Soprattutto, queste metodologie possono essere integrate a interventi educativi e comportamentali in modo facile e teoricamente coerente, allo scopo di produrre maggior aderenza, coinvolgimento, apertura e disponibilità ad apprendere e utilizzare nuove strategie e abilità genitoriali utili ad affrontare sfide complesse.

### **Relatore: Marilena Zacchini**

#### *Ci siamo anche noi: itinerari con nonni e fratelli di persone con disturbo dello spettro autistico*

La famiglia è la prima situazione sociale in cui il bambino si trova a vivere e l'integrazione all'interno della stessa è un primo ma irrinunciabile passaggio per migliorare la qualità di vita di tutti i componenti del nucleo familiare. In un programma di trattamento efficace oggi la centralità della famiglia rimane sempre un elemento cruciale, suffragato dai dati della ricerca che affermano l'importanza di alcuni elementi significativi nel percorso abilitativo. In sintesi possiamo sostenere che:

- lo stile di cura dei genitori può influire in modo importante per i bambini che risultano in una condizione di particolare vulnerabilità tanto quanto la capacità di espressione emozionale del genitore o l'assenza stessa della responsività genitoriale, vuoi per un eccesso di controllo o intrusività o bassi livelli di calore e coinvolgimento genitoriale possono portare verso esiti disadattivi (Smith, Calkens, Keane, Anastopoulou e Shelton, 2004);
- lo stress genitoriale per chi ha figli con Disturbo del neurosviluppo finisce per incidere in modo impor-

tante sull'efficacia del trattamento (Muratori et al., 2014);

- l'evidenza di come gli aiuti in favore dei genitori colti nell'ambito familiare allargato è una fonte di basso indice stress, quindi la possibilità di ricevere aiuto di natura emotiva-affettiva nell'ambito familiare è ancora prioritaria per i genitori prima ancora di orientare la ricerca di aiuto nell'ambito delle istituzioni.

Per questo in ambulatorio nel nostro modello di trattamento attuiamo una presa in carico globale che coinvolge anche la rete intera familiare e sociale. Per questo abbiamo sviluppato momenti dedicati specificatamente ai nonni e agli zii e ai fratelli.

Nel corso dell'intervento saranno presentati alcuni lavori sollecitati dai genitori di bambini con autismo e che vivono quotidianamente una situazione difficile con altri figli, e questo disagio a volte può essere non solo causa di confusione, sofferenza ma l'attivazione di comportamenti disfunzionali e frustrazioni. Altre esperienze ci parleranno di collaborazione e coinvolgimento della rete familiare, occasione di aumento della consapevolezza e competenza. Tutte le esperienze sono state finalizzate allo sviluppo di un supporto efficace per i genitori che hanno "avvertito" maggiore benessere familiare e diminuzione dello stress

Questi aspetti evidenziano le potenzialità della famiglia. La necessità di mantenere la fiducia nelle possibilità di sviluppo del bambino e di sentirsi utili e adeguati, tutti aspetti che se indirizzati verso una collaborazione costruttiva e condivisa, possono costituire un punto di forza per il successo educativo (Danesi, Sinno, Contardi, 1994).

### **Relatore: Marco Tirabosco**

#### *La famiglia nella prospettiva del dopo di noi o dell'oltre voi*

L'intervento è dedicato a raffrontare in parallelo i trascorsi psico-emotivi e socioculturali che i due attori – persona con disabilità e caregiver familiari – strettamente legati e interdipendenti, vivranno nel percorso esistenziale che ad un certo punto interromperà, per via naturale o per via traumatica, la co-abitazione e la co-esistenza in famiglia di una persona con disabilità, vuole semplicemente contribuire a cogliere la complessità e la delicatezza che queste vite incontrano.

Con massimo rispetto per l'impegno, il vissuto, la dedizione che ogni caregiver-familiare compie nel quotidiano si prova a esplorare la prospettiva che favorisca il più possibile il passaggio dall'etero-determinazione all'auto-determinazione, da "dopo di noi" a "oltre voi".

Si tratta quindi di un percorso verso un'indipendenza, che deve svilupparsi e prender corpo gradualmente fin dall'infanzia e proseguire poi nelle fasi evolutive seguenti, i cui punti di forza in termini di qualità ed efficienza, si basano sull'utilizzo contestuale e pertinente delle acquisizioni e capacità del soggetto. Scelte autonome per i bisogni personali, nel rispetto delle regole del vivere comune e contestualmente in linea con principi etici socialmente condivisi.

Per una persona con disabilità consiste in un passaggio evolutivo ed un cambiamento spesso difficile da realizzare, in quanto l'agire da solo costituisce in molti casi un

compito impegnativo e certo non facile, a volte impossibile. Tale componente volta all'autodeterminazione tuttavia non può essere ignorata da chi è responsabile della crescita e sviluppo cognitivo della persona con disabilità se non si vuole concorrere alla stabilizzazione nel tempo, di un attaccamento fra persona con disabilità e caregiver anomalo e nocivo.

La stretta alleanza tra servizi abilitativi e caregiver è un elemento cardine per la riuscita o la non riuscita di que-

sto appuntamento di crescita e di emancipazione. Per raggiungere l'obiettivo dell'autonomia è requisito indispensabile il supporto alla famiglia inteso come accompagnamento psico-pedagogico al distacco dal proprio figlio, tramite l'allestimento di un supporto psico-pedagogico per favorire i processi di separazione e Individuazione, tenendo conto che nuovi modelli familiari e il cambiamento continuo dei punti di riferimento possono mettere in difficoltà la famiglia stessa.

13 settembre - mattino

**Lezione Plenaria** (Aula Magna ore 9.00-10.00)

**LOUIS HAGOPIAN**

*I gravi disturbi del comportamento:  
l'autolesionismo e i suoi sottotipi*

Chairman: Luigi Croce

Negli ultimi decenni la ricerca ha indicato che nel 25% delle persone con disabilità intellettiva ed evolutiva l'autolesionismo risulta indipendente da variabili sociali, e mantenuto da rinforzamento automatico.

L'intervento illustra un modello sperimentale originale per definire i sottotipi di rinforzamento automatico di autolesionismo. Sulla base delle diverse tipologie di risposta osservate nell'analisi funzionale risultano 3 sottotipi di autolesionismo: il tipo 1 risultava trattabile con rinforzamento, come quello rinforzato socialmente; il tipo 2 e il tipo 3 erano invece resistenti al trattamento.

Un ulteriore studio presentato valuta i 3 sottotipi applicandoli a tutti i casi presenti in letteratura dal 1982. I risultati confermano il modello proposto e mostrano come sia i 3 tipi di autolesionismo che i livelli dell'analisi funzionale hanno valore predittivo sull'efficacia del solo rinforzamento nel ridurre i comportamenti.

I dati suggeriscono quindi che l'autolesionismo rinforzato in modo automatico non debba più essere considerato una singola categoria, e che questo modello per individuare sottotipi proposto stimolerà nuove ricerche.

**Sessioni parallele** (Aula Magna ore 16.00-18.00)

*4° SIMPOSIO: Affrontare le psicopatologie nei disturbi del neurosviluppo*

Chairman: Paolo Moderato

**Relatore: Consiglia Antonazzo**

*Ampliare i repertori comportamentali:  
il trattamento delle compulsioni*

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo si configura come una problematica psicopatologica che nei Disturbi del neurosviluppo e nell'autismo rischia di essere tanto presente

quanto trascurata, esponendo le persone che presentano tale patologia a condizioni pervasive fortemente invalidanti che non di rado possono sfociare in altri disturbi del comportamento e della condotta come l'aggressività fisica eterodiretta e l'autolesionismo. Tali comportamenti problema, che spesso fanno da corollario alle manifestazioni DOC, costituiscono peraltro uno degli aspetti che contribuiscono all'occultamento diagnostico.

Il presente contributo, partendo dalla definizione di DOC del DSM-5, ha l'intento di offrire una panoramica delle caratteristiche che differenziano la presenza di tale disturbo nella popolazione con Disturbi del neurosviluppo e Disturbi dello spettro dell'autismo rispetto alla popolazione a sviluppo tipico. Una caratteristica che ha un impatto decisivo sul trattamento è costituito dal diverso *insight* circa il disturbo. A fronte di una percezione più o meno egodistonica nella popolazione "tipica", la condizione di autismo e disabilità intellettiva restituisce invariabilmente un quadro "egosintonico" del disturbo stesso, una sorta di condizione naturale che ha inevitabili ripercussioni sulla "compliance al trattamento" che fatica a trovare adeguate condizioni motivazionali per il cambiamento in ragione della mancanza di consapevolezza del disagio sperimentato.

Muovendosi da queste premesse verrà fornita una breve sintesi dei principali trattamenti di *behavior therapy* pensati per la popolazione a sviluppo tipico e, sulla scorta della definizione delle principali caratteristiche della manifestazione del disturbo ossessivo compulsivo per la popolazione con sviluppo atipico rintracciate in letteratura, una declinazione e adattamento attraverso una serie di esemplificazioni di possibili trattamenti per tale popolazione.

**Relatore: Maria Laura Galli**

*Gravi fattori di rischio per la salute:  
i disturbi del sonno*

Il sonno sostiene lo stato di salute di tutto il nostro organismo. Vari organi (cuore, pancreas) entrano in sofferenza quando non si dorme abbastanza; si verifica un indebolimento del sistema immunitario, aumenta il rischio di depressione e si presentano problemi nel funzionamento diurno (irritabilità, deficit di memoria e di attenzione). Il sonno non è fine a se stesso ma si correla con la qualità della veglia in un rapporto di reciprocità: quanto provoca destrutturazione del sonno investe lo stato di partecipazione della persona all'ambiente di vita e relazionale. La presenza dei problemi del sonno nelle persone con Disabilità Intellettiva è molto elevata e si rende più evidente con l'età. I fattori che sono stati riscontrati associati ai disturbi del sonno sono le malattie respiratorie, i problemi della vista, i disturbi psichiatrici,

i comportamenti problema e l'assunzione di psicofarmaci, in particolare gli antiepilettici. Persone con DI severa passano circa il 42% di una giornata a letto, nonostante la quantità totale delle ore di sonno sia sovrapponibile alla media della popolazione generale. I disturbi della visione si associano a difficoltà di addormentamento, maggior veglia intrasonno e maggior riscontro di disturbi dei ritmi circadiani. Specie quando le persone disabili vivono in situazioni residenziali i tempi del riposo e della veglia sono uniformati dai ritmi di lavoro piuttosto che dalle reali esigenze del ritmo sonno-veglia della persona. Nella valutazione del sonno in persone con Disabilità Intellettiva è spesso un terzo che riporta la qualità del sonno, ma questo può ridurre l'accuratezza dell'assessment (osservazioni frequenti possono disturbare il sonno dell'osservato e chi osserva non può essere certo se la persona sta davvero dormendo). Gli interventi comportamentali rappresentano una pratica evidence-based molto promettente per trattare i disturbi del sonno, nonostante siano auspicabili ulteriori ricerche in questo settore, specie per esaminare se l'efficacia è sovrapponibile agli interventi farmacologici.

**Relatore: Francesco Ettore Fioriti**

*I disturbi dell'alimentazione: iperselettività, potomania, rumina*

La pratica clinica ci insegna, non così infrequentemente, problematiche inerenti all'alimentazione in particolare la rumina o mericismo, la polidipsia o potomania e l'iperselettività alimentare.

La letteratura ha fin qui accordato scarsa rilevanza allo studio di queste problematiche e al loro trattamento. Le prevalenze di queste problematiche, da assumersi con una certa cautela visto il ridottissimo numero di studi, non è così residuale. Infatti riguardo alla iperselettività alimentare alcuni studi arrivano ad indicare che è presente in percentuali che vanno dal 33% al 80% dei bambini con Disturbi del neurosviluppo; per quanto concerne invece la rumina gli studi di letteratura indicano che è presente in percentuali che vanno dal 6% al 10% della popolazione con grave Disturbi del neurosviluppo; infine per quanto concerne la polidipsia le percentuali di prevalenza si posizionano in un range fra il 3% e il 39% ma gli studi hanno indagato solo ed esclusivamente la popolazione psichiatrica e non quella con Disturbi del neurosviluppo.

Il presente contributo cerca quindi di offrire una breve sintesi dei fattori di insorgenza e mantenimento di queste problematiche, delineando alcuni spunti operativi relativamente al trattamento psicoeducativo di questi specifici disturbi dell'alimentazione.

**Relatore: Roberto Cavagnola**

*I comportamenti problema muti: le stereotipie*

I comportamenti stereotipati hanno una prevalenza stimata al 40% delle persone con gravi disabilità intellettive (Schroeder, 1991). In alcuni casi si manifestano in modo quasi identico in alcune persone che fanno parte di una popolazione specifica e non appaiono mediate socialmen-

te. Anche se vi sono casi in cui è stato riscontrato che la stereotipia possa avere una funzione di fuga (Mace, Browder e Lin, 1987), per la grandissima parte dei casi le stereotipie o sono rinforzate dalle conseguenze sensoriali derivanti dalla messa in atto del comportamento stesso oppure sono controllate da più fonti di rinforzo, oltre le conseguenze sensoriali (Lerman e Iwata, 1996; Kennedy et al., 2000). Berkson e Devenport (1962). Lovaas, Newsom e Hickman (1987) hanno quindi avanzato l'ipotesi del rinforzo sensoriale come fattore di acquisizione e mantenimento di tali comportamenti. Da questo punto di vista i comportamenti autostimolatori costituiscono una classe di comportamenti operanti appresi, per i quali i rinforzatori sono gli stimoli sensoriali automaticamente prodotti dal comportamento. Questi stimoli possono essere generati direttamente dai movimenti o il risultato dell'azione di tale comportamento sull'ambiente. Tali comportamenti possono essere configurati interni al concetto di comportamento problema laddove tali pratiche producano un grave ostacolo allo sviluppo, all'apprendimento e alla socializzazione. Le persone rischiano di impermeabilizzarsi rispetto a stimoli nuovi o a proposte di altro tipo proprio in ragione del carattere assolutamente gratificante di tali condotte.

Il presente contributo intende presentare una breve rassegna relativamente al trattamento indicando come gli interventi sugli antecedenti (come ad esempio l'arricchimento ambientale) e sulle conseguenze (come ad esempio il rinforzo differenziale di un comportamento alternativo) possano produrre importanti riduzioni, delle stereotipie.

**Sessioni parallele** (Aula Lazzati ore 10.30-12.30)

*5° SIMPOSIO: Il dedalo nosologico: le diagnosi psichiatriche nei Disturbi del neurosviluppo*

Chairman: Franco Nardocci

**Relatore: Roberto Keller**

*La diagnosi psichiatrica nei disturbi del neurosviluppo: lo stato dell'arte*

Lo scopo della presentazione è valutare la modalità diagnostica dei disturbi del neurosviluppo e in particolare dei disturbi dello spettro autistico in età adolescenziale e adulta in rapporto ai quadri psicopatologici. Verranno presentati gli aspetti clinici, di diagnosi differenziale e le modalità di valutazione testistica confrontando quadri di autismo con quadri psicopatologici.

In sintesi emerge come va utilizzata cautela nell'impiego di strumenti testistici per la possibilità di falsi positivi ad esempio per ADOS nelle psicosi, da una errata autolettura dell'MMPI, da un utilizzo scorretto ai fini diagnostici di test invece adatti allo screening. In base ai dati clinici e neurobiologici si osserva infatti la necessità di ripensare ai disturbi del neuro sviluppo secondo un modello di continuità e non di comorbidità ad esempio tra disturbi autistici e alcuni spettri psicopatologici.

**Relatore: Marco O. Bertelli, Daniela Scuticchio, Michele Rossi, Annamaria Bianco Bertelli**

### *La scala SPAID-G: uno strumento validato sulla popolazione italiana*

Lo SPAID è un sistema di strumenti per la diagnosi psicopatologica nelle persone con disabilità intellettiva o autismo a basso funzionamento, in cui i sintomi dei disturbi vengono identificati a partire dalla loro espressione comportamentale e osservabile. Lo SPAID-G è lo strumento per lo screening psicopatologico generale, con valore di orientamento diagnostico. Ne vengono qui presentate le caratteristiche e i vantaggi d'uso nella pratica clinica quotidiana.

Lo SPAID-G è stato applicato ad un campione nazionale, consecutivo e multicentrico, di oltre 800 persone con DI. In alcuni sottogruppi sono stati utilizzati anche altri strumenti psicodiagnostici. Sono state anche eseguite sessioni ripetute di inter-rater reliability. Lo SPAID-G consiste in un questionario composto da 55 item. L'attribuzione di punteggio è dicotomica: uno o zero, in base alla presenza o assenza del comportamento descritto dall'item. Il punteggio di un sintomo può contribuire al punteggio di diversi raggruppamenti diagnostici ( sono stati inclusi tutti i principali raggruppamenti meta-sindromici del DSM più gli effetti indesiderati da farmaci), allo stesso modo in cui alcuni sintomi sono trasversalmente presenti in più condizioni psichiatriche. Il punteggio cut off di un raggruppamento diagnostico è stato fissato a 0,5, ovvero alla presenza di più della metà dei sintomi da cui è composto.

Lo SPAID-G ha mostrato buoni valori di coerenza interna (Alpha di Cronbach=0,81), inter-rater reliability (K di Cohen=0,76) e validità concorrente (57,89% con la DASH-2 di Matson per la diagnosi generale, 77,6% con la PDD-MRS di Krajer per la diagnosi d'autismo e 77,7% con le diagnosi operate da clinici).

Lo SPAID-G sembra possedere buone caratteristiche psicometriche e sembra essere uno strumento di screening valido, attendibile, di facile e rapido impiego da parte di professionalità diverse, anche con un training limitato, superando molti limiti degli strumenti precedenti.

**Relatore: Giuseppe Chiodelli**

### *Biologia e interazioni umane: la prospettiva bio-comportamentale*

Dedalo è il mitico costruttore del labirinto di Creta: questo era un intrico di strade, stanze e gallerie. Dedalo con il figlio Icaro, dopo aver terminato la costruzione, vi si trovarono prigionieri. Dedalo costruì delle ali, che attaccò con la cera alle loro spalle, ed entrambi ne uscirono volando. Ancora oggi la diagnosi psichiatrica (categoriale) soffre l'assenza di veri marcatori patognomonicosi così che da "mappa concettuale" rischia di diventare una "gabbia concettuale", che limita, o addirittura, che falsa l'erogazione degli interventi più specializzati. Inoltre, sono ormai noti i limiti degli strumenti per la diagnosi psichiatrica nelle persone con DI (limiti tanto maggiori quanto più elevata è la compromissione cognitiva). Ciò spiega, in gran parte, i dati epidemiologici che testimoniano un'elevata e inappropriata esposizione a farmaci

psicoattivi (specialmente i neurolettici) delle persone con DI. L'approccio bio-psico-sociale, e il modello che lo sottende (Engel, 1980), origina dalla concettualizzazione della salute come entità multidimensionale (WHO, 1948). Il modello pone l'individuo al centro di un ampio sistema influenzato da molteplici variabili (fisiche, psicologiche, sociali, familiari). Tuttavia, spesso, nella pratica clinica i vari professionisti, pur attribuendo valore all'approccio bio-psico-sociale, finiscono per focalizzare l'attenzione sull'aspetto che più attiene al proprio background culturale e professionale. Nell'ambito della salute mentale, per le persone con D.I., oggi è possibile disporre di modelli e strumenti per l' "assessment" e per i trattamenti specifici e efficaci (secondo EBPs) che integrano le conoscenze che derivano dalle discipline mediche e dalle scienze dell'apprendimento e del comportamento. Conoscerli e impiegarli permettono al clinico di agire prontamente e selettivamente a sostegno dei bisogni di salute mentale, in un'ottica multidimensionale.

**Sessioni parallele** (Aula Cripta ore 10.30-12.30)

### *6° SIMPOSIO: Come affrontare i contesti interni: emozioni, pensieri*

Chairman: Simone Zorzi

**Relatore: Roberto Anchisi e Mia Gambotto-Dessy**

### *Il biofeedback: uno sguardo sull'interno e un orientamento per la pratica terapeutica*

Neal Miller nel 1957 iniziò ad eseguire esperimenti per verificare la possibilità di condizionare in modo strumentale risposte mediate dal SNA, avviando così le ricerche sul biofeedback.

Impiantò nel cervello di ratti curarizzati degli elettrodi collegati con un elettrocardiografo: quando diminuiva la frequenza del battito cardiaco, il ratto riceveva un impulso che stimolava l'area del piacere sessuale. In breve il ratto mostrava di aver appreso il controllo dell'attività cardiaca, agendo direttamente sul SNA, non potendo agire altrimenti, essendo ogni movimento impedito dal curaro.

Negli anni '70 si definiscono le prime procedure di biofeedback in ambito clinico, inizialmente per i disturbi da stress, come l'ipertensione e le cefalee; in seguito per rendere più mirate le procedure di *behavior therapy*, con il monitoraggio della tensione muscolare durante il rilassamento, o del riflesso psicogalvanico durante la desensibilizzazione sistematica. L'importanza del biofeedback in terapia del comportamento viene tuttavia compresa solo da pochi, tra questi l'australiano Aubrey Yates, che ne sottolinea l'impatto innovativo, simile a quello rappresentato dalle tecniche endoscopiche in medicina. Ancora oggi il biofeedback viene considerato come una tecnica a sé stante, per il controllo non solo dei disturbi da stress, ma anche delle emozioni e in particolare dell'ansia.

Di contro, con il volume "Il biofeedback in neuropsichiatria e in medicina psicosomatica" (Agnoli, Anchisi e Tamburello, 1979) viene ripresa e sviluppata da Anchisi la linea indicata da Yates: le procedure di biofeedback

sono parte integrante, necessarie ma non sufficienti, di molte procedure di terapia del comportamento. Nel 1996 tale punto di vista viene compiutamente presentato nel “Manuale di biofeedback” (Anchisi e Gambotto Dessy, 1996) e successivamente nell’articolo “Medicina comportamentale: lo stato dell’arte” (Anchisi, 1997). In questa prospettiva il biofeedback può essere considerato come metafora dell’ACT, perché facilita il contatto con i processi di base espressi dall’*hexaflex*: *accettazione delle emozioni e delle sensazioni, presa di prospettiva (perspective taking) nei confronti dei pensieri, consapevolezza del sé che osserva, contatto con il momento presente e impegno nell’allenamento dell’attenzione*. Il volume “*Routes and Leaves*” (Anchisi, Moderato e Pergolizzi, *in stampa*) è emblematico nel delineare il continuum che dagli anni ‘70 ha caratterizzato gli sviluppi della Terapia del comportamento e, nel suo ambito, del biofeedback da parte di studiosi, ricercatori e clinici, che, rimanendo fedeli al metodo sperimentale, per sua natura euristico, consideravano già il contestualismo inscindibile dalle radici del comportamentismo.

### **Relatore: Giovanni Michellini**

#### ***Le variabili del benessere***

Obiettivo del presente contributo è quello di valutare quali siano le dimensioni legate al benessere degli operatori che lavorano nell’ambito dei Disturbi del Neurosviluppo.

Alla ricerca hanno partecipato 151 operatori (per il 49% personale ausiliario, 33% educatori, 5% infermieri e 16% dirigenti e coordinatori di RSD) in forza, in larga maggioranza, presso il servizio residenziale per adulti (92,7%) e presso il servizio ambulatoriale per minori (7,3%) di Fondazione Sospiro. Erano ugualmente rappresentati operatori di recente assunzione (meno di 3 anni di servizio pari al 25% dei partecipanti), con un’esperienza compresa tra i 4 e i 12 anni (26%), tra i 15 e i 21 anni (24%) e maggiore di 21 anni (25%).

I partecipanti hanno compilato in forma anonima il *Questionario Multidimensionale della Salute Organizzativa (Multidimensional Organizational Health Questionnaire, MOHQ: Avallone e Paplomatas, 2005)*, l’*Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II: Bond et al., 2011; nella versione italiana di Pennato, Berrocal, Bernini e Rivas, 2013)* e il *Maslach Burnout Inventory (Maslach, Jackson e Leiter, 1997)*.

Le analisi di regressione svolte sulle tre dimensioni del *burnout* suggeriscono che l’*Esaurimento emotivo* ( $F_{3,80}=20.23, p<.001, R^2_{adj}=.41$ ) sia fortemente in relazione con compiti lavorativi più pesanti ( $\beta=-.373, p<.001$ ), l’*inflessibilità psicologica* ( $\beta=.294, p<.01$ ) e la *conflittualità* ( $\beta=.229, p<.05$ ). Il rischio di *Depersonalizzazione* ( $F_{3,80}=17.49, p<.001, R^2_{adj}=.37$ ) sarebbe legato all’*inflessibilità psicologica* ( $\beta=.391, p<.001$ ), al poco ascolto da parte di colleghi e superiori ( $\beta=-.291, p<.01$ ) e a compiti lavorativi più pesanti ( $\beta=-.196, p<.05$ ). La *Realizzazione personale* ( $F_{3,80}=4.02, p<.05, R^2_{adj}=.10$ ) presenterebbe una certa relazione con le capacità di *problem solving* dell’organizzazione ( $\beta=.495, p<.01$ ), la poca disponibilità di informazioni ( $\beta=-.333, p=.07$ ) e una maggiore *flessibilità psicologica* ( $\beta=-.173, p=.11$ ). Dirigenti e coordinatori riportano una maggiore chiarez-

za rispetto a quali sono gli obiettivi dell’organizzazione e hanno un’opinione migliore delle sue capacità di *problem solving*, mentre gli educatori percepiscono il loro lavoro come più gravoso.

### **Relatore: Giovanni Miselli**

#### ***Emozioni, cognizioni e automatismi comportamentali nel personale***

Gli operatori che lavorano con persone con Disturbi del Neurosviluppo si trovano a sperimentare elevati livelli di stress lavoro correlato e *burnout*, che contribuiscono a un aumento dei conflitti sul luogo di lavoro, assenteismo e turnover elevati, nonché alla riduzione dell’efficacia degli interventi stessi (Lawson and O’Brien, 1994; Rose et al. 1998; Hastings et al., 2004; Robertson et al., 2005). Alti livelli di stress sono collegati al contesto in cui lavorano gli operatori, in particolare alla difficoltà nella relazione con gli utenti mentre alcune strategie automatiche di fronteggiamento, come elevati livelli di evitamento esperienziale, contribuiscono in modo significativo al processo del *burnout* (Devereux et al., 2009; Hastings et al., 2010). Le relazioni tra questi processi e le fondamentali abilità di cogliere il punto di vista altrui (*perspective taking*) e l’*empatia* sono state oggetto di ricerca per costruire interventi contestualistici in grado di supportare gli operatori nel lavoro di cura delle persone con DNS.

Gli interventi basati sull’*accettazione* e la *mindfulness* hanno mostrato risultati significativi in termini di riduzione dei livelli di stress psicologico degli operatori, dell’*evitamento esperienziale* e un aumento della *flessibilità psicologica*, che si mantengono nel tempo (Biglan et al., 2013; McConachie et al., 2014).

In questo lavoro verranno presentati dati e modelli di intervento breve per aumentare la *Flessibilità Psicologica* basati sull’*Acceptance and Commitment Training* provenienti da varie esperienze italiane e internazionali che mostrano come questo possa essere un approccio efficace per il sostegno agli operatori. Gli interventi basati sull’ACT aiutano gli operatori a incrementare l’*accettazione*, le abilità di *mindfulness* e le scelte consapevoli nella direzione dei propri valori, riducendo i livelli di stress percepito e riportando gli operatori in contatto con gli aspetti personali importanti nel proprio lavoro.

### **Relatore: Mauro Leoni**

#### ***Aprirsi alle emozioni, convivere con i pensieri nelle persone con disabilità***

Ettore Caracciolo precisava che a volte non si diventa “teorici originali” solo perché si è afflitti da buona memoria. Tuttavia è ben comprensibile l’*apprensione* dell’operatore che di fronte a presunte difficoltà di tipo emozionale nella persona disabile, si affaccia alla sterminata offerta di manuali e teorie di natura “psico” alla ricerca della ricetta migliore, dell’ennesimo libro sul colloquio che promette approcci nuovi e vincenti. Che fare?

L’intervento segue un percorso che esplora i due approcci oggi maggiormente sostenuti da evidenze in merito all’intervento tramite la parola: il colloquio motivazionale (*Motivational Interviewing*, Miller, W.R., & Rollnick, S., 2002 e 2013) e l’*Acceptance and Commitment Therapy*

(ACT; Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson, K.G., 1999 e 2011). In particolare verrà mostrata una sintesi della letteratura e verranno evidenziati i principi e le procedure comportamentali tipiche di questi approcci contestualisti e funzionalisti (*behavior analysis* e *verbal behavior*), al fine di discriminare gli elementi "nuovi" e gli aspetti già noti, e soprattutto per discuterne l'applicabilità e l'utilità nel caso delle persone con disabilità intellettiva o Disturbi dello spettro dell'autismo. Attraverso filmati ed esempi pratici sugli strumenti e le procedure applicati a persone

13 settembre - pomeriggio

**Lezione Plenaria** (Aula Magna ore 14.00-15.00)

**FABIO CELI**

*Di fronte alle complessità:  
come porsi, dove andare*

Chair: Luigi D'Alonzo

Edoardo ha 17 anni, una disabilità intellettiva moderata e buone autonomie. Non manifesta disturbi di comportamento. Clinicamente non è un caso grave. Tuttavia, inserito in uno stage in un supermercato perché impari a sistemare la merce sugli scaffali, sorge un problema. Il ragazzo confonde le confezioni simili e sbaglia a metterle a posto. Gli interventi comportamentali tradizionali prevedono in teoria metodi semplici per affrontare questi problemi, ma quando si tenta di applicarli nella vita reale come un supermercato ci troviamo di fronte a complessità che vanno gestite con una particolare attenzione alle relazioni e al contesto.

Al contrario di Edoardo, la complessità della situazione di Alice è evidente. La ragazza ha un pluridisabilità e qui la sfida è trovare dispositivi tecnici che favoriscano le sue capacità di autodeterminazione.

C'è un'ultima forma di complessità che vorrei affrontare. Si tratta dei pensieri, delle emozioni, talvolta della disperazione dei genitori dei pazienti con disabilità. Qui le metodiche classiche dell'approccio cognitivo comportamentale mostrano i tutti loro limiti. Come porsi di fronte a questo dolore? Vorrei mostrare come il così detto comportamentismo di terza generazione possa dare a un genitore la capacità di non fondersi con i suoi pensieri più negativi, ma di accettarli ed andare avanti lungo la strada migliore per favorire lo sviluppo e l'inclusione del proprio figlio.

adulte con disabilità, verranno discusse le implicazioni, le criticità e le potenzialità.

Verrà infine illustrata la sperimentazione attiva presso Fondazione Sospiro dal 2011, che prevede un protocollo formativo focalizzato sul colloquio clinico di 4+4 ore per gli operatori (educatori, infermieri, ausiliari) che lavorano con persone adulte con disabilità intellettiva o Disturbi dello spettro dell'autismo: un modello strutturato per facilitare l'applicazione quotidiana e la supervisione da aperte di coordinatori e psicologi.

**Sessioni parallele** (Aula Cripta ore 15.30-17.30)

**7° SIMPOSIO: Distrarci tra le sfide  
abilitative**

Chairman: Presti Giovambattista e Mauro Leoni

**Relatore: Mauro Mario Coppa**

*Il trattamento dell'enuresi e dell'encopresi*

Gli interventi finalizzati a migliorare la qualità della vita di persone con disabilità gravi riguardano il benessere fisico ed emotivo, l'incremento delle interazioni sociali, la capacità di scelta e autodeterminazione, le competenze comunicative. Una delle problematiche rilevanti, con percentuali elevate (fino al 75% dei soggetti) riguarda l'enuresi diurna e notturna e, in misura minore, l'encopresi (incontinenza fecale).

Le abilità di toileting risultano invece cruciali per consentire l'indipendenza e l'autostima della persona., la riduzione del carico assistenziale per i caregivers, la partecipazione sociale in contesti ecologicamente e socialmente rilevanti, in particolare la scuola, il contesto familiare, i servizi pubblici, gli ambiti lavorativo-occupazionali).

La relazione illustrerà in termini pratici e operativi le strategie di intervento e le condizioni procedurali di insegnamento psicoeducativo "evidence-based" più efficaci, sia relativamente agli incidenti enuretici diurni e notturni, sia nella gestione degli episodi di encopresi.

In particolare, verranno suggerite linee-guida procedurali per educatori, professionisti e genitori, con particolare riferimento a persone in età evolutiva ed adulte, fornendo anche indicazioni per l'utilizzo di semplici supporti tecnologici per favorire l'eterocontrollo e possibili percorsi di acquisizione della completa indipendenza ed autocontrollo sfinterico.

**Relatore: Silvia Berna e Ramona Guarino**

*L'attività fisica e le ricadute comportamentali*

L'esercizio fisico rappresenta un'attività che ha mostrato molteplici evidenze dal punto di vista della sua efficacia nel miglioramento delle condizioni generali di salute, in particolare rispetto ad alcuni indici fisiologici delle persone come per esempio il BMI, la funzionalità cardiaca e respiratoria. (Beasley, 1982; Combs & Jansma, 1990; Croce, 1990; Ellis, MacLean e Gazdag, 1989; King e Mace, 1990; Merriman, Barnett e Jarry, 1996; Tomporowski e

Ellis, 1984; 1985.). A questi aspetti ne vanno aggiunti altri relativi ai benefici derivanti dal rallentamento del declino funzionale legato all'età che, nella popolazione con disabilità intellettiva, pare particolarmente incipiente. La letteratura in materia segnala inoltre effetti di un certo rilievo nell'ambito del mantenimento di un buon tenore del tono dell'umore, e, nell'ambito di soggetti con problematiche di challenging behavior, l'attività fisica rappresenta una componente importante all'interno del package clinico, quale strategia nell'ambito dell'antecedent control (Allison, Basile e MacDonald, 1991; Kern et al., 1982; Powers, Thibadeau e Rose, 1992; Rosenthal-Malek e Mitchell, 1997; Watters e Watters, 1980). Il presente contributo intende mostrare gli effetti prodotti su alcune persone con disabilità intellettiva adulta con e senza disturbi comportamentali. Un ulteriore focus dell'intervento sarà dedicato ai principi sottostanti la conduzione di tale attività in un registro gruppale all'interno di un contesto residenziale.

L'esercizio fisico appare, a tutt'oggi, una attività ancora troppo trascurata dai programmi all'interno dei servizi sanitari e socio sanitari, dato messo in rilievo da alcuni lavori che mostrano come questa popolazione abbia decisamente meno opportunità di quella normotopica di praticare sport ed attività con valenza motoria (Temple, Frey e Stanish, 2006).

**Relatore: Fabrizio Giorgeschi**

### *Percorsi educativi ed esperienziali sulla sessualità*

Il lavoro presentato ha l'obiettivo di approfondire le tematiche sull'affettiva e sessualità nelle persone con disabilità intellettiva durante il corso del ciclo di vita. Gli obiettivi che si intende perseguire si delineano in tre direzioni di lavoro: a) gli atteggiamenti culturali, le credenze e i pregiudizi che fungono da barriera ad un pieno dispiegamento delle potenzialità socio-affettivo-sessuali delle persone con disabilità intellettive e i programmi per ridurre tale rischio; b) le abilità coinvolte nei processi affettivo-sessuali e i programmi di intervento per il loro sviluppo nelle persone con disabilità intellettive; c) i facilitatori ambientali in termini di contesti realmente inclusivi che possono creare opportunità di interazioni interpersonali per le persone con disabilità intellettive e garantire il diritto ad una vita affettivo-sessuale soddisfacente.

Per realizzare tale lavoro sono state revisionate alcune ricerche recenti sui programmi educativi nella sfera affettiva e sessuale delle persone con disabilità, sui programmi di training a educatori e familiari su tali tematiche e infine su alcune esperienze pratiche di training socio-affettivo-sessuale per le persone con disabilità intellettiva coinvolte nei percorsi riabilitativi dell'Istituto Madre Divina Provvidenza inserite nei percorsi di Vita indipendente. I risultati appaiono ancora controversi e instabili ma si iniziano a vedere buone pratiche che possono influenzare positivamente i percorsi di cura futuri in tali dimensioni.

**Relatore: Lucio Cottini**

### *La nostre classi sono davvero inclusive: come valutarlo?*

Il paradigma dell'inclusione scolastica, che si è affermato in maniera decisa a partire dagli anni Novanta del secolo scorso, enfatizza l'attenzione da porre alle esigenze diversificate di tutti gli allievi, nessuno escluso, nel rispetto del principio di pari opportunità e di partecipazione attiva di ognuno. Questa prospettiva può realmente rappresentare un deciso passo in avanti per perseguire l'obiettivo di promuovere una scuola delle differenze, nella quale la diversità di ognuno sia considerata come una condizione di base, una sorta di a priori di cui tener conto per costruire ambienti in grado di accogliere tutti.

Non viene negata, in sostanza, l'esistenza dei bisogni particolari, che per alcuni allievi sono davvero molto speciali, ma si invita a considerarli in una dimensione anche sociale, di sistema, e non come semplice deficit degli individui.

Ma come valutare la qualità inclusiva delle nostre scuole e delle nostre classi?

Nella relazione verrà proposto uno strumento per monitorare i processi inclusivi riferiti ai contesti scolastici, chiamato "Scala di Valutazione dei Processi Inclusivi". La Scala, disponibile anche on line, si pone come uno strumento valutativo e autovalutativo utile a consentire da un lato, la realizzazione di specifiche forme di misurazione e, dall'altro, la promozione di processi di riflessione sugli indicatori di qualità dell'educazione inclusiva, per contribuire alla progettazione e alla regolazione in itinere del progetto educativo della scuola e della classe. Verranno presentati anche i primi dati scaturiti dalla sua somministrazione. **Sessioni parallele** (Aula Lazzati ore 15.30-17.30)

### *8° SIMPOSIO: Ruolo lavorativo e identità personale: una sfida che interroga*

Chairman: Cristiano Gori e Serafino Corti

**Relatore: Marco Lombardi**

### *La condizione lavorativa delle persone con disabilità in Europa: lo stato dell'arte*

Lo studio presente indaga la condizione lavorativa delle persone con disabilità nel contesto europeo, valutando le diverse tipologie di inserimento lavorativo offerte e i diversi livelli di occupazione conseguiti.

È stata effettuata una revisione della letteratura scientifica attraverso una ricerca su web of science circa gli articoli che contengono le parole: "employment" AND "disability" OR "disabilities" AND "Europe" OR "European Union". A fronte di una scarsa letteratura scientifica riguardo la condizione lavorativa delle persone con disabilità in Europa, importanti informazioni possono essere raccolte a partire da documenti programmatici di istituzioni europee (EUSE, 2010; COWI, 2011). Inoltre, risulta difficile reperire dati aggregati a livello europeo per le persone con disabilità Intellettiva, mentre è di più facile accesso la letteratura generalista riguarda la disabilità. Modelli e modalità di inclusione lavorativa e di lavoro

variano nei diversi stati europei, ma un modello europeo inclusivo, basato sul libero mercato, sulla flexsecurity e ispirato dalla Convenzione Onu per le persone con Disabilità, detta le linee per l'avvenire della condizione lavorativa per le persone con disabilità (COWI, 2011).

Risulta importante sottolineare il passaggio da opportunità di lavoro segreganti ("sheltered employment") ed escludenti ad opportunità di lavoro con sostegni personalizzati ("supported employment") inclusive (Beyer, Urries & Verdugo, 2010). L'accesso al lavoro, nello specifico l'accesso a lavori che portino la persona con disabilità nella comunità, ha infatti dimostrato di promuovere migliori esiti personali di Qualità di Vita (ANFFAS, 2015; Claes, Van Hove, Vandeveld, van Loon, & Schalock, 2012; Kober & Eggleton, 2005).

**Relatore: Carlo Francescutti**

*Lavoro per le persone con disabilità?*

*Dai diritti alle opportunità*

Obiettivo della comunicazione è quello di sostenere una rinnovata azione di sostegno alle strategie di inclusione e inserimento lavorativo delle persone con disabilità e in particolare delle persone con disabilità intellettiva. A partire dalla Convenzione ONU che riprendendo un movimento di pensiero pluridecennale e una pratica inclusiva altrettanto importante e consolidata, sancisce all'articolo 27 il diritto delle persone con disabilità al lavoro, e l'importanza di rendere disponibili opportunità di "...mantenersi attraverso il lavoro che esse scelgono o accettano liberamente in un mercato del lavoro e in un ambiente lavorativo aperto".

Verranno considerati soprattutto alcuni dati sull'evoluzione del mercato del lavoro e delle pratiche di produzione per argomentare come nell'ultimo decennio i sistemi produttivi del mondo globalizzato sembrano avere sempre meno bisogno di "lavoratori" e alcune importanti nicchie di occupazione che sono state di particolare importanza proprio per le persone con disabilità intellettiva sono state spazzate via dalle trasformazioni in atto e non sembrano avere alcuno spazio nella cosiddetta "quarta rivoluzione industriale".

Ci troviamo in una situazione in cui tantissime persone sembrano condividere "il rischio di marginalità ed esclusione" che hanno per decenni vissuto le persone con disabilità intellettiva. Lo scenario che si annuncia può essere quello di una quota crescente di popolazione che vivrà di forme di intervento pubblico di tipo assistenziale. Le stesse misure di integrazione del reddito in corso di sperimentazione in diversi paesi invece di stimolare inclusione possono essere l'anticamera di processi di definitivo allontanamento di quote crescenti di popolazione dal lavoro.

Il tema dello sviluppo inclusivo e della sua relazione con l'azione riabilitativa e abilitativa deve essere radicalmente ripensato così come le politiche attive del lavoro per le persone con disabilità.

**Relatore: Andrea Bonsignori**

*Per riflettere: un'esperienza di inclusione lavorativa*

L'inclusione lavorativa delle persone con Disabilità Intellettiva e Autismo è il grade assente nel panorama degli interventi di sostegno alle persone con Disturbi del neurosviluppo. Spesso, infatti, già dall'età evolutiva, sono attivati percorsi abilitativi per migliorare la comunicazione e le abilità sociali delle persone senza riuscire però a trasformare queste nuove acquisizioni di skills in reali potenzialità per le persone con disabilità e per la loro Qualità di Vita. È come se l'incremento delle abilità non si congiungesse con l'aumento di opportunità di vita e di realizzazione di un reale progetto esistenziale, come ad esempio il lavoro.

Partendo da queste criticità la relazione presentata al convegno mostrerà come è stato possibile, attraverso l'esperienza della Chicco Cotto, sperimentata all'inizio con piccoli passi, costruire un percorso di formazione al lavoro per le persone con disturbi del Neurosviluppo.

Durante l'intervento si mostrerà come è stato possibile costruire, strutturare e gestire un'attività commerciale rivolta alle persone con disabilità capace di coniugare l'inclusione lavorativa con gli obiettivi di "guadagno" e auto sostenibilità economica di una piccola cooperativa che deve quotidianamente confrontarsi con il mercato.

L'esperienza che verrà presentata vuole configurarsi come un'opportunità di lavoro sostenibile e replicabile anche in altri contesti dimostrando che l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità non è un'utopia ma un modo differente per permettere che l'inclusione si realizzi veramente superando la ancora presente, e camuffata, logica assistenziale.

**Relatore: Giampiero Lapini**

*Quale lavoro per le persone in condizioni di gravità*

Il lavoro presentato ha l'obiettivo di approfondire le tematiche sugli inserimenti lavorativi delle persone con disabilità intellettive gravi. A tale scopo verrà presentata la vision valoriale che ha ispirato tale scelta strategica, con particolare riferimento alle 'carte dei diritti', alle linee guida nazionali e internazionali, ai piani di indirizzo nazionali e normative regionali sulle disabilità intellettive e ai valori cristiani in particolare la carità, la giustizia e il bene comune.

A seguire verranno presentati le scelte metodologiche e i percorsi esperienziali promossi nel corso delle ultime due decadi che hanno previsto la nascita e sviluppo di una serie di attività lavorative variegata quali la gestione di ristorante pizzeria, edicola, azienda agricola, lavoro conto terzi per ditte orafe e ditte di confezioni, all'interno delle quali sono state coinvolte persone con disabilità intellettive di vario livello.

Verrà inoltre presentato un modello di sviluppo di network sociale con la costruzione di una rete fitta e variegata di relazioni con istituzioni, enti, associazioni del terzo settore che è stato strategico per promuovere questi percorsi lavorativi che, seppur ancora lontani da una piena realizzazione, lasciano intravedere interessanti

sviluppi per un pieno dispiegamento dei diritti al lavoro delle persone con disabilità intellettiva grave.

**Sessioni parallele** (Aula Magna ore 15.30-17.30)

## 9° SIMPOSIO: *Le nuove sfide della terza età nei disturbi del Neurosviluppo*

Chairman: Diego Maltagliati

**Relatore: Luc Pieter De Vreese**

### *Invecchiare nella condizione di disabilità: una sfida dentro la sfida*

Almeno quattro sono i motivi per cui la nuova longevità nelle persone con disabilità intellettiva (DI) rappresenta una sfida dentro la sfida:

- a. una corretta o tempestiva diagnosi e/o un adeguato monitoraggio degli stati patologici organici acuti o cronici e delle sue complicazioni seppure molto frequenti, sono spesso ostacolati da una compromissione della comunicazione verbale, da limitazioni fisiche e/o dalla presenza di disturbi del comportamento;
- b. i tassi di incidenza di questi disturbi del comportamento, non necessariamente associati con una malattia psichiatrica specifica, accrescono significativamente con l'età, non di rado limitando l'accesso a certi servizi territoriali;
- c. le persone anziane con DI sono a maggiore rischio di demenza rispetto alla popolazione generale, la cui diagnosi, spesso tardiva, può avere conseguenze molto negative per la persona stessa, per i loro familiari e per gli operatori;
- d. le suddette condizioni favoriscono una poli(psico) terapia con un conseguente elevato rischio di numerosi effetti collaterali a volte anche severi con inevitabili ricadute sulla qualità di vita di queste persone e di chi gli sta attorno;

Pertanto per consentire alle persone con DI che invecchiano ad affrontare al meglio questa sfida dentro la sfida, bisogna implementare nel nostro paese un moderno approccio psicogeriatrico anche nel mondo della DI finalizzato all'ottimizzazione della funzionalità generale e della qualità di vita

**Relatore: Carlo Dalmonego**

### *Come valutare il funzionamento intellettivo nella persona adulta*

Il lavoro ha come obiettivi presentare una meta-analisi della letteratura scientifica che riguarda il funzionamento cognitivo in persone adulte con disabilità intellettiva, e presentare la Forma Breve del Prudhoe Cognitive Function Test e analisi delle correlazioni con i punteggi emersi in una ricerca pilota

Nella meta-analisi effettuata sono state selezionate le ricerche degli ultimi 20 anni e i criteri di inclusione comprendevano: riferimento ad indagini che coinvolgessero persone adulte con disabilità intellettiva e riferimento a

strumenti o procedure di valutazione di tipo cognitivo. La ricerca è stata effettuata con un campione di 30 soggetti adulti con DI, eterogeneo per fasce d'età, patologia e sesso.

L'analisi della letteratura ha evidenziato come, purtroppo, proprio quegli strumenti pensati per misurare il QI sono poco adatti ad essere usati tout court con persone con disabilità intellettiva moderata o grave. A fronte dei numerosi studi che si occupano di valutazione cognitiva, infatti, pochi sono quelli che approfondiscono il funzionamento cognitivo della persona con DI e ancora meno quelle che considerano soggetti adulti. Nonostante il numero relativamente limitato di contributi, la meta-analisi ha fatto emergere qualche interessante proposta di strumenti utili ad indagare il funzionamento cognitivo di persone adulte con DI. La ricerca effettuata ha confermato l'usabilità delle due forme brevi della PCFT e mostrando come esse possano far emergere informazioni importanti circa il funzionamento cognitivo. Un secondo risultato riguarda le correlazioni positive emerse dal piccolo campione utilizzato che confermano la connessione forte tra il funzionamento cognitivo, il comportamento adattivo e i sostegni e come essi s'intreccino al dominio della qualità della vita "sviluppo personale".

La disponibilità di strumenti come il PCFT permetterà di monitorare l'evoluzione della persona e adeguare i Progetti di Vita ai cambiamenti. In particolare uno strumento come il PCFT forma breve risulterà sensibile al declino cognitivo e l'insorgere dei primi sintomi di demenza.

**Relatore: Michela Uberti, Mariella Nolli, Roberta Barisani**

### *Storia di vita e autodeterminazione*

La costruzione di un contesto terapeutico basato sulla storia di vita è un approccio consolidato nella cura delle persone con demenza.

Nelle persone con disabilità intellettiva il percorso di vita è spesso caratterizzato da molteplici cambiamenti rappresentati, oltre che dai vari cicli di vita, anche da modifiche dei contesti, dalla perdita di persone care e di riferimenti affettivi. Cambiamenti che frequentemente determinano la perdita di informazioni riguardo le esperienze vissute e il loro effetto sulla vita della persona con disabilità intellettiva.

Risulta fondamentale cercare di mantenere il continuum della storia di vita delle persone con disabilità intellettiva attraverso tutti i cambiamenti che andranno ad affrontare in modo da poter proseguire progetti e attività costruiti sui valori e le preferenze della persona life-span.

L'equipe di Fondazione Sospiro, adattando gli strumenti presenti nella letteratura internazionale, ha tentato di costruire un modello che aiuti la persona con disabilità intellettiva e i caregiver a raccogliere tutte le informazioni riguardanti le esperienze vissute, il grado di sostegno richiesto, il gradimento e gli esiti per garantire alla persona con disabilità intellettiva il rispetto e l'affermazione del proprio essere e dei propri valori in tutte le fasi della vita, in particolare nell'età che avanza e nelle persone che sviluppano un decadimento cognitivo correlato alla demenza.

**Relatore: Tiziano Gomiero**

## **Quali servizi per la terza età?**

L'aspettativa di vita di adulti con disabilità intellettiva (DI) si avvicina a quella della popolazione generale, ma la pratica quotidiana indica che questo invecchiamento è molto spesso un invecchiamento con più problemi, si pensi ad esempio alle persone con sindrome di Down (SD) che sono ad alto rischio di sviluppare una demenza e come quindi una diagnosi precoce si fondamentale per migliorare la qualità della vita. Attualmente vi è mancanza di una risposta concertata dei servizi per assicurare la migliore assistenza sanitaria e sociale possibile, si pensi ad esempio alle cattive pratiche legate all'utilizzo di strumenti di screening non validati o inopportuni per questa popolazione e al ritardo nel cogliere le differenze tra condizioni età-correlate e patologiche.

Basato su le attuali revisioni della letteratura e la pratica maturata nei servizi diretti a queste persone a partire dal

2005, questo lavoro si propone di presentare in modo sintetico alcune informazioni riguardanti alcune caratteristiche demografiche dell'invecchiamento, l'intreccio tra i problemi di salute fisica, mentale, e i comportamenti di sfida e come tentare di rispondere a queste sfide integrando il bisogno di salute e servizi sociali a partire dalle evidenze disponibili.

Verrà presentato un panel di interventi psicosociali integrativi per l'invecchiamento della persone con DI mutuati dalla letteratura e applicati in alcuni nostri servizi che comprendono analisi di approcci globali centrati sulla persona, formazione dei caregiver familiare e professionale, studio dei contesti di vita (ambienti fisici e organizzativi) più idonei per eliminare le disparità di salute nell'invecchiamento di adulti con DI. Un accenno verrà posto al rilievo del monitoraggio e al puntuale rilevamento di outcome diretti e indiretti che possano sostenere l'efficacia degli interventi proposti in un ottica di QdV.

## 1° Giornata

<p><b>12/09/2016</b> <b>mattino</b></p> <p>Ore 09.00/13.00</p>	<p style="text-align: center;"><b>AULA MAGNA</b> <b>1° SEMINARIO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Il rinforzamento non contingente: gli esiti della ricerca scientifica e le applicazioni cliniche</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Chairman: Maurizio Bonati</i> <i>Relatore: Louis Hagopian</i></p>		
	<p style="text-align: center;"><b>AULA CRIPTA</b> <b>2° SEMINARIO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>L'applicazione delle tecnologie assistive ai principi dell'ABA per le persone con disabilità gravi e multiple</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Chairman: Aldina Venerosi</i> <i>Relatore: Giulio Lancioni</i></p>		
<p><b>12/09/2016</b> <b>pomeriggio</b></p> <p>Ore 14.00/16.00</p> <p>Plenaria</p>	<p>Apertura XI Convegno Nazionale sulla Qualità della Vita per le disabilità</p> <p style="text-align: center;"><b>AULA MAGNA</b></p> <p style="text-align: center;">Saluto delle autorità</p> <p style="text-align: center;">Presentazione dell'XI Convegno Qualità della Vita per le Disabilità <i>Serafino Corti</i></p> <p style="text-align: center;">Lezione Magistrale:</p> <p style="text-align: center;"><b>Procedure e tecnologie per garantire un ruolo attivo a persone con disabilità gravi e multiple</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Chairman: Annamaria Indelicato</i> <i>Relatore: Giulio Lancioni</i></p>		
<p>Ore 16.00/18.00</p> <p>Paralele</p>	<p style="text-align: center;">1° Simposio <b>AULA MAGNA</b></p> <p><b>Sfide diagnostiche e nuove frontiere</b></p> <p><i>Relatori:</i> <i>Michela Matteoli</i> <i>Maria Luisa Scattoni</i> <i>Massimo Molteni</i> <i>Chairman: Elisa Maria Fazzi</i></p>	<p style="text-align: center;">2° Simposio <b>AULA LAZZATI</b></p> <p><b>La sfida dei sostegni nel ciclo di vita: abilitazione, riabilita- zione e progetti di vita</b></p> <p><i>Relatori:</i> <i>Raffaele Ciambrone</i> <i>Maurizio Giuseppe Arduino</i> <i>Serafino Corti</i> <i>Roberto Franchini</i> <i>Chairman: Antonella Costantino</i></p>	<p style="text-align: center;">3° Simposio <b>AULA CRIPTA</b></p> <p><b>Non si è solo genitori: la sfi- da del benessere genitoriale</b></p> <p><i>Relatori:</i> <i>Paolo Zampiceni</i> <i>Anna Prevedini</i> <i>Marilena Zacchini</i> <i>Chairman: Paola Visconti</i></p>

## 2° Giornata

<p><b>13/09/2016</b> <b>mattino</b></p> <p>Ore 09.00/10.30</p> <p>Plenaria</p>	<p><b>AULA MAGNA</b></p> <p><b>I gravi disturbi del comportamento: l'autolesionismo e i suoi sottotipi</b></p> <p>Chairman: Luigi Croce Relatore: Louis Hagopian</p>		
<p>Ore 10.45/13.00</p> <p>Parallele</p>	<p>4° Simposio <b>AULA MAGNA</b></p> <p><b>Affrontare le psicopatologie nei disturbi del neurosviluppo</b></p> <p>Relatori: Consiglia Antonazzo Maria Laura Galli Francesco Fioriti Roberto Cavagnola Chairman: Paolo Moderato</p>	<p>5° Simposio <b>AULA LAZZATI</b></p> <p><b>Il dedalo nosologico: le diagnosi psichiatriche nei Disturbi del neurosviluppo</b></p> <p>Relatori: Roberto Keller Marco Bertelli Giuseppe Chiodelli Chairman: Franco Nardocci</p>	<p>6° Simposio <b>AULA CRIPTA</b></p> <p><b>Come affrontare i contesti interni: emozioni, pensieri</b></p> <p>Relatori: Roberto Anchisi Giovanni Michelini Giovanni Miselli Mauro Leoni Chairman: Simone Zorzi</p>
<p><b>13/09/2016</b> <b>pomeriggio</b></p> <p>Ore 14.00/15.15</p> <p>Plenaria</p>	<p><b>AULA MAGNA</b></p> <p><b>Di fronte alle complessità: come porsi, dove andare</b></p> <p>Chairman: Luigi D'Alonzo Relatore: Fabio Celi</p>		
<p>Ore 15.15/18.15</p> <p>Paralele</p>	<p>7° Simposio <b>AULA MAGNA</b></p> <p><b>Districarsi tra le sfide abilitative</b></p> <p>Relatori: Mauro Mario Coppa Silvia Berna Ramona Guarino Fabrizio Giorgeschi Lucio Cottini Chairman: Serafino Corti</p>	<p>8° Simposio <b>AULA LAZZATI</b></p> <p><b>Ruolo lavorativo ed identità personale: una sfida che interroga</b></p> <p>Relatori: Marco Lombardi Carlo Francescutti Andrea Bonsignori Giampiero Lapini Chairman: R. Keller</p>	<p>9° Simposio <b>AULA CRIPTA</b></p> <p><b>Le nuove sfide della terza età nei disturbi del neurosviluppo</b></p> <p>Relatori: Luc De Vreese Carlo Dalmonego Michela Uberti Tiziano Gomiero Chairman: A. Costantino</p>

A series of horizontal dotted lines for writing.

A series of horizontal dotted lines for writing.

