

TRISOMIA 21 (SINDROME DI DOWN) E DISABILITÀ INTELLETTIVA

La definizione del passato di "ritardo mentale", attualmente viene definita con un concetto più ampio di "disabilità intellettiva", che si orienta maggiormente attraverso la distinzione teorica e culturale, in virtù di una diversa modalità di diagnosi.

Il ritardo mentale era graduato attraverso test di Quoziente intellettivo. Oggi, grazie a un cambiamento nella terminologia si preferisce utilizzare il range 90/120 di Q.I. come livello di "normalità intellettiva" per definire al di sotto della soglia di 90 punti appunto la "disabilità intellettiva", con una prospettiva che esclude la possibilità di una guarigione.

Le diagnosi però tengono in considerazione criteri più allargati: la persona viene considerata per ciò che fa, per il suo rapporto con l'ambiente.

Si è verificato un cambiamento di mentalità/percezione dove l'ambiente assume un ruolo importante anche per il trattamento dei singoli, anche per l'avanzare della ricchezza della offerta educativa e delle metodologie e quindi i percorsi proposti, per la costruzione di un "Progetto individuale" all'interno del "Progetto di vita".

<https://www.disabili.com/aiuto/articoli-qaiutoq/progetto-di-vita-e-progetto-individuale-per-le-persone-con-disabilita-a-cominciare-dalla-scuola>

La *L. n. 328/00, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, prevede che per ottenere piena integrazione scolastica, lavorativa, sociale e familiare della persona con disabilità, venga predisposto un **progetto individuale per ogni singola persona con disabilità fisica, psichica e/o sensoriale**, stabilizzata o progressiva. La sua finalità è creare percorsi personalizzati in cui gli eterogenei interventi siano coordinati in maniera mirata, al fine di rispondere adeguatamente ai bisogni ed alle aspirazioni del beneficiario.

All'art. 14 della legge 328 si specifica che *per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale... Il progetto individuale comprende, oltre alla **valutazione diagnostico-funzionale**, le **prestazioni di cura e di riabilitazione** a carico del Servizio sanitario nazionale, **i servizi alla persona** a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le **misure economiche** necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali **sostegni** per il nucleo familiare.*

Il Progetto Individuale

Il **Comune d'intesa con la A.S.L.**, deve predisporre un Progetto Individuale, indicando i vari interventi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali di cui necessita la persona con disabilità, nonché le modalità di una loro interazione. Si tratta di un approccio che guarda alla persona con disabilità non come ad un utente di diversi servizi, ma **come ad una persona con le sue esigenze, i suoi interessi e le sue potenzialità**. Si tratta perciò di un progetto che si articola nel tempo ed ha la finalità di creare le condizioni affinché i servizi e gli interventi si possano realmente attuare e concretizzare in piena sinergia.

Tale progetto si inquadra come **diritto soggettivo esigibile** e può essere identificato come **strumento per l'esercizio del diritto alla vita indipendente ed all'inclusione** nella comunità per tutte le persone con disabilità, come previsto anche Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

Più recentemente tutto ciò è stato ulteriormente ribadito dalla L. n. 112/16, che individua il progetto individuale quale punto di partenza per l'attivazione dei percorsi in essa previsti. In essa si specifica che il Progetto individuale di cui all'articolo 14, comma 2, della legge 8 novembre 2000, n. 328, è **redatto dal competente Ente locale** sulla base del Profilo di funzionamento, **su richiesta e con la collaborazione dei genitori o di chi ne esercita la responsabilità. Le prestazioni, i servizi e le misure di cui al**

Progetto individuale sono definite anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche.

Tale documento non è dunque automatico, ma **va appositamente richiesto dalle famiglie**. La sua redazione poi verrà effettuata con la partecipazione dell'istituzione scolastica coinvolta, la quale certamente ha un ruolo significativo, data la sua centralità nella predisposizione ed attuazione del PEI, parte integrante di un percorso progettuale che deve procedere in direzione delle massime autonomie possibili.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Promulga

la seguente legge:

Art. 1.

(Principi generali e finalità)

1. La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.
2. Ai sensi della presente legge, per "interventi e servizi sociali" si intendono tutte le attività previste dall'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.
3. La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e della presente legge, secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali.

Il Progetto di Vita è la finalità di un lavoro sinergico e coeso. Di fatto è ciò verso cui si tende, al fine di garantire e promuovere nella persona con disabilità capacità, conoscenze, abilità e, in una parola, competenze utili per una Vita di Qualità.

La disabilità intellettiva viene vista attraverso una prospettiva multidimensionale che comprende l'analisi del contesto di vita, l'offerta di attività su misura della persona, la partecipazione alla elaborazione del progetto di vita delle persone coinvolte, dove l'impatto della famiglia e dell'ambiente sono sempre determinanti. La prospettiva PSICOSOCIALE vede un intreccio tra fattori personali e fattori ambientali e la disabilità intellettiva stessa è l'esito di un intreccio tra compromissione e ambiente di vita.

La definizione della "Sindrome di Down" prende in considerazione il problema "fisico" determinato dalla mutazione genetica del fattore X. Nel DSM5 vengono presi in considerazione perciò anche le anomalie e i disturbi neurologici, le difficoltà motive.

L'ICD 11

L'**ICD-11** è l'undicesima revisione della Classificazione Internazionale delle malattie (ICD), e sostituisce l'ICD-10 come standard globale per la registrazione delle informazioni sanitarie e delle cause di morte.

L'ICD è sviluppato e aggiornato annualmente dall'Organizzazione mondiale della sanità. Lo sviluppo dell'ICD-11 è iniziato nel 2007^[1] e ha attraversato oltre un decennio di lavoro, coinvolgendo oltre 300 specialisti provenienti da 55 paesi divisi in 30 gruppi di lavoro,^{[2][3]} con ulteriori 10.000 proposte da parte di tutto il mondo.^[4] La versione stabile dell'ICD-11 è stata pubblicata il 18 giugno 2018, e approvata da tutti i membri dell'OMS durante la 72^a Assemblea mondiale della sanità^[5].

L'ICD-11 è entrato ufficialmente in vigore il 1° gennaio 2022.^[6]

L'ICD-11 è una grande ontologia composta da circa 85.000 entità, chiamate classi o nodi. Un'entità può essere qualsiasi cosa che sia rilevante per l'assistenza sanitaria; di solito rappresenta una malattia o un agente patogeno, ma può anche essere un sintomo isolato o un'anomalia del corpo. Ci sono anche classi per motivi di contatto con i servizi sanitari, circostanze sociali del paziente e cause esterne di lesione o morte.

L'ICD-11 fa parte dell'OMS-FIC, una classificazione medica dell'OMS. Ad esempio, l'ICD-O^[2] è una classificazione derivata per l'uso in oncologia. Il derivato principale della Fondazione è detto ICD-11 MMS, dove MMS sta per "Mortality and Morbidity Statistics", che può essere visualizzato online sul sito ufficiale dell'OMS.

Quindi la "Disabilità intellettiva" viene definita come "grave alterazione permanente dello sviluppo", o "grave alterazione delle funzioni intellettive", ove il "deficit dello sviluppo della astrazione" viene analizzato nelle conseguenze nella vita quotidiana.

Viene inclusa la definizione di "borderline cognitivo" e mentre nel passato per la misurazione del Quoziente intellettivo venivano utilizzati test della scala WISH, ora prevale l'utilizzo del criterio del FUNZIONAMENTO e del COMPORTAMENTO ADATTIVO: viene analizzata (e nel trattamento stimolata) la capacità del soggetto in autonomia, responsabilità sociale, comunicazione, attività di vita quotidiana indipendenza personale, autosufficienza. Nelle persone con sindrome di "Down" il comportamento adattivo è buono e questo è un vantaggio notevole per la costruzione di un "progetto di vita".

Per COMPORTAMENTO ADATTIVO si considera la verifica delle sequenze: studio/applicazione E LO STUDIO della insorgenza del DEFICIT anche in età evolutiva, monitorando lo sviluppo personale delle competenze e delle abilità, nonché della influenza delle problematiche cognitive nel processo di crescita.

LE FASCE DI GRAVITA' sono graduate in – lieve, - moderata, - grave, - profonda sulla base del FUNZIONAMENTO ADATTIVO, per stabilire il grado di supporto offerto al singolo.

I problemi cognitivi nei bambini e nelle bambine con questa sindrome sono evidenti fin dai primissimi anni di vita con difficoltà nel ragionamento, nella capacità di giudizio e nella difficoltà a modulare il proprio comportamento.

FASCIA DI GRAVITA' LIEVE: il Q.I. si attesta nell'85% dei soggetto tra 50/70 punti al termine del percorso scolastico della scuola secondaria di primo grado. Queste persone possono affrontare lavori di scarsa portata cognitiva. L'attenzione certamente viene orientata all'analisi delle possibilità o dei problemi di carattere relazionale, poiché nel linguaggio si evidenzia la incapacità di comprensione delle metafore, con la presenza di solito di un buon livello nel linguaggio verbale.

FASCIA DI GRAVITA' MODERATA : il Q.I. si attesta per il 10% dei soggetto tra i 30 e i 50 punti. Il linguaggio si presenta lento e compromesso, hanno bisogno di aiuto nella cura personale, imparano attraverso le routine (piani di lavoro). Le relazioni interpersonali si svolgono a un livello significativo, ma sono caratterizzate da incapacità a comprendere il ruolo giocato da e tra gli interlocutori. Possono essere impiegati in lavori protetti, con assistenza di tutor.

FASCIA GRAVE si presenta nel 5% dei pazienti, per un Q.I. tra i 20 e i 30 punti ed è caratterizzata da compromissioni profonde, a causa di grave lesione e compromissione cerebrale. Apprendono a comprendere e ad eseguire semplici comandi, ma utilizzano poche parole. Viene utilizzata la Comunicazione Alternativa Aumentativa (CAA). Necessitano di aiuto per vestirsi. Pochi pazienti (1 o 2%) presentano scarsa empatia.

EPIDEMIOLOGIA : la disabilità intellettiva si presenta nel 15% della popolazione (tra le famiglie disagiate la percentuale è del 4%) e si evidenzia in età scolare, con un picco tra i 10 e i 14 anni, quando deve essere utilizzata l'intelligenza logico-deduttiva, mentre la rilevazione diminuisce in età adulta. Si presenta con una frequenza in un rapporto superiore a una volta e mezzo nella popolazione maschile.

EZIOLOGIA : le cause biologiche di carattere genetico, sono dovute a fattori cromosomici, mentre per cause non genetiche è determinata da rischi prenatali in ambiente intrauterino o da traumi da parto o da condizioni culturalmente poco stimolanti. Esistono anche cause postnatali quando insorge la meningite.

ETIOPATOGENESI delle disabilità intellettive (leggi Vicari et altri 2002 S. Vicari (a cura di), M. C. Caselli (a cura di) **"I disturbi dello sviluppo. Neuropsicologia clinica e ipotesi riabilitative Copertina flessibile – 19 luglio 2002- Il Mulino ed.**

- Nel 30% 40% dei casi le cause sono sconosciute
- Nel 5% le cause sono determinate geneticamente
- Nel 30% sono attribuite ad anomalie accadute nella gestazione
- Nel 10% insorgono cause durante la nascita
- Per il 5% insorgono per eventi patologici post natali
- Nel 15-20% le cause sono determinate da condizioni di deprivazione

PROCEDURA ED ASSESSMENT per i bambini dai 3 ai 6 anni

La prima individuazione in genere è effettuata dalle osservazioni del Pediatra, durante le visite previste a step che stabiliscono il corretto sviluppo dell'accrescimento e ponderale. Durante il conseguente invio al servizio territoriale di Neuropsichiatria la valutazione clinica si concretizza attraverso una diagnosi psicometrica e psicologica con misurazioni delle capacità, dell'accrescimento, test di Q.I.

Pertanto le osservazioni dell'educatore sono molto importanti e il rapporto con la famiglia diventa fondamentale sia per la rilevazione delle difficoltà, sia nell'accompagnamento della famiglia al Pediatra prima e al Servizio di UONPIA.

La Diagnosi avviene attraverso la determinazione del comportamento adattivo con VINELAND ADAPTIVE BEHAVIOUR SCALES

APPROFONDIMENTO:

La Vineland è stata sviluppata da Edgar A. Doll (1935, 1965) per la valutazione degli individui con ritardo mentale; il focus della valutazione di questi soggetti era centrato sulla loro capacità di mantenere sé stessi. In seguito questa scala è stata utilizzata nella diagnosi e nella ricerca di altre disabilità, che comunque avevano come caratteristica il problema del comportamento adattivo. La Vineland è una scala che valuta l'autonomia personale e la responsabilità sociale delle persone dalla nascita fino all'età adulta. È utilizzabile con soggetti normodotati o con disabilità. La Vineland non richiede la diretta somministrazione delle prove al soggetto in esame, ma la compilazione insieme ad una persona che lo conosca in modo approfondito.

Esistono tre versioni della Vineland: Intervista – Forma breve, Intervista – Forma completa e la Versione per la scuola. Le tre versioni differiscono nel numero di item e di materiali e nel metodo di somministrazione

La Forma completa consta di 540 item e fornisce una valutazione analitica del comportamento adattivo tale da consentire la preparazione di programmi individuali educativi o riabilitativi. È un'intervista semistrutturata che viene somministrata ad un genitore o a un responsabile di un soggetto in età compresa tra 0 e i 18 anni e 11 mesi o di un adulto con disabilità. Il tempo di somministrazione per la Forma completa è normalmente compreso tra i 60 e i 90 minuti; inoltre questa Versione può essere somministrata a seguito della forma breve, per acquisire più informazioni sui deficit suggeriti da quest'ultima, oppure in modo indipendente.

La Vineland misura il comportamento adattivo nelle scale Comunicazione, Abilità quotidiane, Socializzazione e Abilità motorie e in ciascuna delle loro subscale. Inoltre si possono ricavare i punteggi per la Scala composta, che comprende le quattro scale del comportamento adattivo.

Inoltre ogni scala è formata da subscale: la Comunicazione è costituita da Ricezione, Espressione e Scrittura; le Abilità quotidiane sono composte dalla subscale Personale, Domestico e Comunità; la Socializzazione è formata da Relazioni interpersonali, Gioco e tempo libero e Regole sociali; in fine, le Abilità motorie si dividono tra Grossolane e Fini.

Inoltre ogni subscale è divisa in diversi cluster.

Nella scala della comunicazione si misura ciò che il soggetto comprende, dice e ciò che scrive e legge; nelle Abilità quotidiane si valuta come il soggetto mangia, si veste e si cura, quali lavori domestici è in grado di compiere e come il soggetto utilizza il suo tempo; nella Socializzazione si misura come il soggetto interagisce con gli altri, come gioca e come manifesta senso di responsabilità e sensibilità verso gli altri; e in fine nella Abilità motorie si valuta come il soggetto usa le sue parti del corpo per il movimento e la coordinazione e come usa le mani per manipolare oggetti.

Nelle scale con item organizzati in sequenza evolutiva, come la Vineland, l'individuazione di soglie base e di limiti superiori permette all'esaminatore di compilare soltanto gli item che sono appropriati al livello di funzionamento del soggetto. Tuttavia, dato che gli item della Forma completa sono disposti in ordine evolutivo all'interno di ogni cluster, non è possibile individuare un limite superiore, mentre è possibile individuare un soglia base per ciascuna subscale. Poiché gli item non sono somministrati nell'ordine in cui compaiono nel questionario, l'intervistatore non comincia con un item di partenza e procede in avanti o indietro, item per item, fintanto che non stabilisce una soglia base. Infatti, nell'intervista semistrutturata può essere stabilita una soglia base in ogni momento della somministrazione di ciascuna subscale.

Per ottenere la soglia base per ciascuna subscale del comportamento adattivo, bisogna cominciare con il cluster iniziale e procedere con l'intervista fintanto che si stabilisce una soglia di due cluster consecutivi con tutti gli item a punteggio due.

La Forma Completa comprende un questionario e un protocollo per il conteggio, oltre ad un manuale. Durante la somministrazione, l'intervistatore annota i punteggi agli item sul questionario. Dopo l'intervista viene utilizzato il protocollo per il conteggio, che contiene una pagina per riassumere i conteggi normativi. Il manuale contiene le linee guida per la somministrazione e l'attribuzione dei punteggi, le informazioni tecniche sullo sviluppo e la standardizzazione, le tabelle normative e le istruzioni per interpretare i punteggi.

La Vineland, sia per il ritardo mentale e sia per altre patologie con un problema di comportamento adattivo, ha il fine ultimo di indicare all'intervistatore l'entità della disabilità del soggetto in esame. Una volta ottenuti tutti i punteggi la disabilità può risultare: deficit cognitivo/adattivo o di ritardo mentale lieve, moderato, grave/profondo.

Il servizio di Neuropsichiatria Infantile effettua così una diagnosi dello sviluppo e una diagnosi della qualità di vita.

La VALUTAZIONE CLINICA prevede la comprensione del contesto, valuta la progressione dello sviluppo.

Pertanto la VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE apre alla formulazione del Progetto Educativo Individuale (P.E.I.) e quindi alla proposta del Progetto di Vita, effettuata dalla Equipe di UONPIA con la raccolta di tutte le informazioni necessarie e con follow-up successivi stabiliti dalla diagnosi e attraverso il controllo della messa in atto delle misure compensative, dispensative previste nel percorso di apprendimento, della programmazione educativa personalizzata e differenziata, se necessario, utilizzando l'apporto di Docenti di sostegno (preferibilmente specializzati) e assistenti educatori personali.

I principali strumenti utilizzati sono **SCALE di WESCHLER**, **le MATRICI DI RAVEN**, **Le SCALE DI SVILUPPO (per bambini molto piccoli)**, **i test di VINELAND (di cui sopra)**, **l'ICF** e **il CY** e **la valutazione del funzionamento adattivo**.

APPROFONDIMENTO

Le scale delle serie Wechsler sono rappresentate da tre scale:

1. la Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (**WPPSI**), per bambini di età compresa fra i 4 ed i 6 anni e mezzo;
2. la Wechsler Intelligence Scale for Children, Revised (**WISC-R**), per bambini e ragazzi dai 6 ai 17 anni;
3. la Wechsler Adult Intelligence Scale (**WAIS**), per adulti.

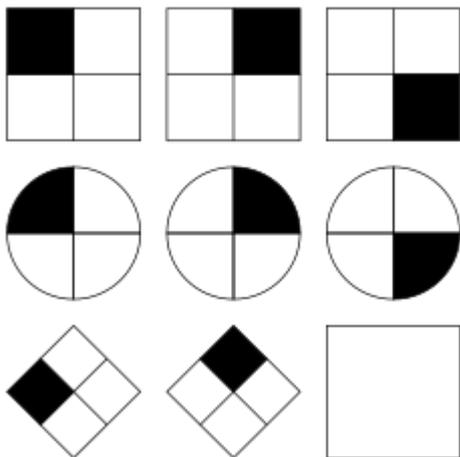
Esse rientrano nei reattivi mentali di livello, finalizzati a valutare l'efficienza intellettuale.

Tali reattivi forniscono il Quoziente Intellettivo Totale, il Quoziente Intellettivo Verbale ed il Quoziente Intellettivo di Performance. Inoltre, essi permettono di riportare in forma grafica i punteggi ottenuti in ciascuna delle prove che contribuiscono a determinare i vari QI, offrendo in questo modo la possibilità di definire un profilo cognitivo.

Le **matrici di Raven**, dette anche **matrici progressive**, sono un test utilizzato per la misurazione dell'intelligenza non verbale. In ogni scheda viene richiesto di completare una serie di figure con quella mancante. Ogni gruppo di item diventa sempre più difficile, richiedendo una sempre più elevata capacità di analisi, codifica, interpretazione e comprensione degli item. Le matrici di Raven sono considerate il test elettivo per misurare il fattore g_f dell'intelligenza, ovvero l'intelligenza definita fluida.

Il test

[[modifica](#) | [modifica wikitesto](#)]



Un esempio di matrice

Vi sono tre differenti tipi di matrici, per diversi tipi di pazienti:

- Matrici Progressive colorate (Bambini da 5 a 11 anni e gruppi speciali)
- Matrici Progressive Standard (Adolescenti e adulti da 12 a 80 anni)
- Matrici Progressive Avanzate (Adolescenti e adulti con abilità superiori)

In accordo con quanto afferma l'autore, le matrici progressive insieme ad un test di vocabolario sono in grado di misurare i due principali fattori dell'intelligenza secondo Raymond Cattell:

- Abilità di pensare chiaramente e di dare un senso alla complessità (intelligenza fluida e svincolata dalla cultura).
- Abilità di conoscenza, produzione ed elaborazione di informazioni, tipicamente di natura linguistica e legate alla cultura (intelligenza cristallizzata)

Questo test, che si pone l'obiettivo di misurare il fattore generale dell'intelligenza, è stato definito un test eccellente sia dal punto di vista psicometrico che da quello fattoriale. In effetti questo test misura il fattore G_f dell'intelligenza, direttamente, senza ricorrere a sottoscale o sommatorie di fattori secondari. Altri test invece si avvalgono di diversi sottotest, i quali misurano diversi fattori che analizzati e interpretati

soggiacciono al fattore principale Gf. Invece, nel caso delle matrici progressive, tutti gli item del test misurano direttamente e a diverso livello il fattore Gf.

Le Scale Bayley-III (Bayley, 2006) sono il punto di riferimento internazionale per la valutazione degli aspetti cognitivi, linguistici, motori, socioemotivi e comportamentali in bambini dai 16 giorni ai 42 mesi di età. Si avvalgono non solo dell'osservazione diretta della performance, ma anche del coinvolgimento dei genitori o dei caregiver. L'utilizzo delle scale Bayley offre una valutazione globale e completa dello sviluppo, permettendo di individuare precocemente un eventuale ritardo di sviluppo e fornendo indicazioni utili per la pianificazione di un intervento

I **test di sviluppo** nascono con un altro scopo, ovvero fornire informazioni sullo **stato di sviluppo di un bambino** e stabilire il raggiungimento delle tappe fondamentali. Tali strumenti sono costruiti partendo dal presupposto che una particolare abilità potrebbe non essere acquisita: man mano che il bambino cresce, un comportamento meno maturo può essere sostituito da uno più evoluto e qualitativamente diverso.

Le **Scale Griffiths** sono note a chiunque si occupi di **valutazione dello sviluppo** nella prima infanzia poiché da diversi anni sono un punto di riferimento affidabile per discriminare punti di forza e di debolezza nel **bambino** in età prescolare e fungono da base di partenza per la stesura di programmi di intervento mirati.

A seguito di un lungo lavoro di ristrutturazione delle **Griffiths Mental Development Scales (GMDS)** da parte dell'Association for Research in Infant and Child Development (A.R.I.C.D.), il panorama testistico si è arricchito della nuova versione di questo prezioso strumento: le **scale Griffiths III**.

Sono uno strumento di screening, particolarmente indicato nel primo livello di **valutazione dello sviluppo** globale del bambino, che permette l'individuazione di un **Quoziente di Sviluppo**, che rispecchia la somma dei punteggi grezzi individuati nelle diverse sottoscale.

Tale valutazione non solo rispetta la vivace evoluzione tipica di questa fascia di età ma permette di pianificare un intervento mirato o di suggerire ulteriori indagini diagnostiche. Le scale possono essere nuovamente somministrate dopo 6 mesi per un follow-up e dopo un anno con finalità diagnostiche. Mirano insomma a quella fusione tra valutazione e intervento che, soprattutto in età evolutiva, sembra ormai essere l'unica modalità di presa in carico sensata.

INTERPRETAZIONE DEL DISTURBO DELLO SVILUPPO OGGI

(CFR allegato Psicopatologia dello Sviluppo e Neuropsicologia: polarizzazione delle sindromi e costellazioni di personalità* Developmental Psychopathology and Neuropsychology: syndromic polarization and personality disorders G. LEVI, M. ROMANI, M. ROELLO Testo elaborato in collaborazione con il dott. M. Romani ed il dott. M. Roello)

- Disturbo dello sviluppo: a 18 mesi il bambino non cammina, non gioca, non parla, la lallazione giunge dopo i 18 mesi
- L'organizzazione cognitiva è poco coerente, alcune aree crescono, altre si fermano
- Il ritardo introduce una serie di distorsioni qualitative della struttura cognitiva
- Coesistono aree meno sviluppate con aree evolute: si verifica una forte capacità di rendere routinarie certe competenze ma non si sviluppano abilità utili a

- Lo sviluppo disomogeneo non evidenzia aree di funzionamento riferite alla normalità. E' necessaria e possibile la descrizione delle singole carenze
- La METACOGNIZIONE si presenta come il vero problema: il bambino o la bambina non riesce a pianificare /progettare/monitorare le sue abilità cognitive, non gli è possibile il transfert di conoscenze

CARATTERISTICHE GENERALI DELLA DISABILITA' INTELLETTIVA

Si osservano:

- Deficit di competenze cognitive generali
- Difficoltà a regolare il comportamento e le emozioni e nella gestione le relazioni interpersonali
- Difficoltà nella comprensione verbale
- Limiti nella pianificazione
- Lentezza nella esperienza percettiva
- Attenzione e concentrazione deficitarie
- Problemi di memoria e di generalizzazione e memoria compromessa
- Sviluppo fonetico in ritardo e parole brevi
- Ampiezza lessicale ridotta

PERTANTO IL TRATTAMENTO DOVRA' CONSIDERARE di:

- Utilizzare la concretezza e considerare la rigidità degli apprendimento
- Favorire l'incremento del comportamento adattivo
- Mediare tra obiettivi diversi per limitare la incapacità nel rappresentare un problema
- Cambiare l'assetto per adattare gli interventi alla mutevolezza delle situazione considerando le varie sfaccettature della situazione necessariamente complessa
- Favorire lo sviluppo comunicativo-linguistico sollecitando lo sviluppo fonetico e le parole più lunghe
- Utilizzare stratagemmi per avviare all'utilizzo delle concordanze nel linguaggio, imparare a osservare il tono e i turni della conversazione
- Nei casi gravi utilizzare la Comunicazione Alternativa Aumentativa