

LA CO-EDUCAZIONE DEL BAMBINO: UNA PROPOSTA DI COLLABORAZIONE TRA I SERVIZI SOCIO-SANITARI, LA SCUOLA E LA FAMIGLIA

IL DEFICIT MENTALE

Maria Cristina Mambelli

Neuropsichiatria infantile

Direttore Unità Materno Infantile, Età Evolutiva e Famiglia

Distretto n.1

AULSS 15 Alta Padovana

L' Insufficienza Mentale (IM) è una condizione estremamente eterogenea e complessa caratterizzata da:

- un funzionamento intellettivo generale significativamente inferiore alla media (meno 2 deviazioni standard) della popolazione normale
- una riduzione delle capacità di adattamento alle esigenze della vita quotidiana
 - dall'essere presente prima dei 18 anni d'età
- da un'elevata morbilità psichiatrica che condiziona il quadro clinico attuale e la storia naturale del disturbo

Il funzionamento intellettivo generale è misurato con un quoziente di intelligenza, QI, ottenuto attraverso uno o più test somministrati individualmente

- Un QI di 70 o inferiore indica un funzionamento intellettivo significativamente al di sotto della media
- L'utilizzazione più flessibile del QI permette di includere nella categoria dell'insufficienza mentale persone con QI superiore a 70 come l'esclusione di quelli con QI inferiore a 70, se la valutazione clinica esclude deficit significativi o inadeguatezza delle funzioni adattive

Il comportamento adattivo corrisponde all'efficacia con cui una persona raggiunge i livelli di autonomia personale e di responsabilità sociale che è normale aspettarsi dalla sua età e dal suo contesto culturale

la valutazione clinica è indispensabile per il giudizio sull'adattamento globale ed è da tenere in considerazione l'età della persona

Molto spesso, sia per i processamenti cerebrali patologici delle emozioni secondari a lesioni direttamente coinvolgenti i circuiti ad esse dedicati, sia per reazioni secondarie di maladattamento alla condizione patologica e all'ambiente, all' IM si associano distorsioni più o meno complesse della personalità, con punte estreme verso veri quadri psicopatologici

- L' IM non è quindi un semplice disturbo cognitivo ma una sindrome psicopatologica complessa caratterizzata dalla presenza di un deficit cognitivo che, operando nella fase cruciale dello sviluppo, condiziona in modo più o meno massiccio l'evoluzione complessiva del soggetto, la sua personalità, il suo comportamento adattivo, le sue relazioni sociali
- Può associarsi ad altri disturbi ma è fra tutti il sintomo di gran lunga più importante per dignità e per importanza pratica

- Rappresenta il fattore plasmante della personalità in via di sviluppo e con i suoi diversi livelli contribuisce in maniera importante a determinare la varietà degli aspetti clinici
- Ha inizio precoce o al termine di un processo di progressivo rallentamento di sviluppo e tende generalmente a fissarsi, a stabilizzarsi
- Determina l'impossibilità di arrivare a certi traguardi tipici dello sviluppo psicologico normale e cioè: per l'intelligenza il pensiero "logico formale", per il carattere la piena coscienza di sé, l'autonomia, l'indipendenza

- Presenta alcuni aspetti qualitativi caratteristici, a prescindere dalla sua gravità, dovuti all'assenza o inadeguatezza del potenziale di progressione e di trasformazione che caratterizza lo sviluppo normale

- Il meccanismo deficitario, tipicamente psicopatologico, perché investe tutta la struttura della mente, è relativamente univoco nei vari quadri clinici perché ha spesso conseguenze comuni:
 - Riduce la forza e l'ampiezza delle funzioni esecutive (attenzione, memoria, rappresentazione, linguaggio, ecc.)
 - Facilita condotte imitative e stereotipe, abbassando l'autonomia e l'originalità
 - Riduce la capacità di astrarre dall'esperienza, di costruire operazioni mentali, di formulare ipotesi e deduzioni

FATTORI EZIOLOGICI

L'insufficienza mentale è determinata da una disfunzione cerebrale, esito dell'azione singola o multipla di numerosi e diversi fattori, biologici, ambientali e sociali

- Il funzionamento intellettuale e la disabilità dei pazienti si diversifica anche in ragione della sottostante particolare eziopatogenesi

FATTORI EZIOLOGICI

- E' quindi una condizione che non ha una storia e un decorso uniformi
- La prognosi dipende dal fattore causale e in secondo luogo dai fattori psicologici, relazionali, educativi e riabilitativi relativi all'ambiente di vita del paziente
 - Conoscere l'eziologia è importante perché permette di impostare un corretto programma terapeutico e prevedere la corretta evoluzione

FATTORI EZIOLOGICI

- I fattori eziologici dell'insufficienza mentale grave sono diversi da quelli dell'insufficienza mentale lieve: questi ultimi sono soprattutto ambientali e socio-culturali mentre i primi sono soprattutto organici
- L'IM grave è in genere determinata da una singola causa patologica mentre quella lieve è di solito multifattoriale
 - L'IM grave è dovuta nel 30-40% dei casi ad alterazioni genetiche, per un 10-30% a fattori ambientali e nel restante 40% dei casi l'eziologia è sconosciuta

FATTORI EZIOLOGICI

- Nell'IM lieve non si individua una precisa eziologia nel 70% dei casi e nel 30% le cause sono sia genetiche che ambientali
- L'IM può essere determinata da qualsiasi fattore che danneggi lo sviluppo del cervello
- La classificazione più usata dell'IM è basata sull'epoca in cui avviene l'insulto patogeno, anche se , soprattutto in epoca pre e post-natale fattori multipli, interagenti tra loro, possono contribuire all'insorgenza dell'IM

• FATTORI EZIOLOGICI

- Le cause perinatali comprendono: malformazioni congenite del SNC, anomalie genetiche del cervello, sostanze tossiche nel sangue materno, tossici esogeni assunti dalla madre, infezioni materne e/o fetali in gravidanza, malnutrizione materna/fetale e prematurità
- Le cause perinatali comprendono: traumi, asfissia alla nascita

FATTORI EZIOLOGICI

- Le cause post-natali comprendono: gli errori congeniti del metabolismo, le malattie degli organelli subcellulari, le anomalie di crescita/nutrizione postnatale, le sostanze tossiche endogene, le sostanze tossiche esogene, le anomalie endocrinologiche, le infezioni, i traumi, le neoplasie, le malattie neuromuscolari con interessamento del SNC, le malattie neurocutanee, l'IM idiopatica

FATTORI EZIOLOGICI

- Non di rado anche il cervelletto è coinvolto nelle patologie che possono essere causa di insufficienza mentale
 - Questo frequente interessamento è dovuto al fatto che il processo di maturazione del cervelletto inizia in una fase più tardiva dello sviluppo fetale ma si protrae più a lungo anche dopo la nascita, per numerosi anni
 - Questo lo rende un'area molto vulnerabile da parte di molti fattori lesivi

FATTORI EZIOLOGICI

- I pazienti che presentano anche un interessamento del cervelletto hanno un deficit cognitivo marcato ma un profilo cognitivo disarmonico alle scale di valutazione, con migliori prestazioni nelle prove verbali rispetto a quelle di performance
- La sintomatologia è legata al ruolo che il cervelletto ha in alcune funzioni cognitive e emotivo-relazionali, come la pianificazione e l'organizzazione visuo-spaziale, il linguaggio, la memoria, l'attenzione, l'affettività

EPIDEMIOLOGIA

- L'IM è una disabilità di grado variabile che interessa un numero elevato di persone per tutta la durata della loro vita, compromettendone l'autonomia, determinando importanti domande di assistenza non solo ai servizi sanitari ma anche alla società nel suo complesso e richiede l'investimento di ingenti risorse umane e finanziarie

EPIDEMIOLOGIA

- La PREVALENZA misura la frequenza di una malattia, cioè la proporzione di individui di una popolazione che presenta la malattia in un dato momento. Il tasso di prevalenza esprime il rapporto tra il numero degli ammalati e il totale della popolazione, compresi gli ammalati, in un dato momento
- L'INCIDENZA misura il numero dei nuovi casi e il tasso di incidenza è il rapporto tra il numero dei nuovi casi e il totale della popolazione (sana e malata) in un dato momento

EPIDEMIOLOGIA

- La PREVALENZA valuta tutti i casi presenti e la probabilità di essere affetto dalla malattia
- L'INCIDENZA valuta i nuovi casi e la probabilità di sviluppare la malattia

EPIDEMIOLOGIA

- La PREVALENZA media dell'IM grave può essere valutata intorno al 3 per mille
- La PREVALENZA media dell'IM lieve è intorno al 30 per mille, con valori che oscillano tra il 2 e l' 85 per mille

EPIDEMIOLOGIA

- Gli stessi fattori eziologici riscontrati nei paesi industrializzati sono alla base dell' IM anche nei paesi in via di sviluppo
- Le diverse condizioni socio-economiche, l'analfabetismo, la priorità nelle politiche sanitarie destinate alla prevenzione della mortalità infantile, l'assenza di interventi di prevenzione primaria (eliminazione delle cause) e la consanguineità giustificano i più alti tassi di prevalenza nei paesi in via di sviluppo

NEUROPSICOLOGIA

- L' IM rappresenta la via finale comune di molti processi patologici coinvolgenti il sistema nervoso centrale
- L 'atto cognitivo è un fenomeno non circoscrivibile, che rappresenta il risultato delle operazioni di un sistema assai complesso e fortemente intricato
- Esistono periodi critici in cui una determinata funzione si rende evidente per la maturazione di una determinata area/circuito cerebrale

NEUROPSICOLOGIA

- Il processamento di una certa funzione plasma in una specializzazione crescente la stessa area
- Variabili biologiche anche extra-nervose possono inserirsi nello sviluppo cognitivo

NEUROPSICOLOGIA

L'esperienza clinica diretta evidenzia come:

- Le persone con IM cadono in tutte le misure di singole funzioni cognitive (deficit generalizzato)
 - Le performance alle prove testali possono essere molto disomogenee, con aree di debolezza e di forza, anche se queste ultime non sono mai normali (deficit disomogenei quindi profili disomogenei)

NEUROPSICOLOGIA

L'esperienza di certi talenti eccezionali, più frequenti nei soggetti con autismo associato, che nel contesto di un' IM mostrano di possedere eccezionali capacità di memoria, o di calcolo, o di musica, evidenzia peraltro come questi talenti siano assolutamente impliciti, cioè non consapevoli, non migliorando con l'esperienza

NEUROPSICOLOGIA

L'esperienza clinica diretta evidenzia come vi sia una sorta di caratteristica comune deficitaria, rappresentata da una generale semplificazione del funzionamento cognitivo, a causa della limitazione della complessità delle operazioni mentali e delle capacità di processazione

MODELLO NEUROPSICOLOGICO

- Il programma genetico tipico della specie controlla la precoce specializzazione degli emisferi e dei circuiti neuronali
 - Quelli operativi alla nascita sono prevalentemente sottocorticali, deputati a processare comportamenti/procedure di sopravvivenza, che guidano “naturalmente” il soggetto verso un'evoluzione “umana”, evitando la dispersione in evoluzioni confuse

MODELLO NEUROPSICOLOGICO

- In questa evoluzione guidata dalla genetica l'interfacciamento con l'ambiente è fondamentale, perché l'esperienza scolpisce il cervello in modo ancor più “individuale” della genetica, insieme al “caso”, che ha un ruolo determinante
- Quindi il cervello passa da circuiti neuronali semplici e sottocorticali a circuiti più evoluti e complessi, corticali, fortemente interconnessi tra loro, come quelli frontali o cerebellari

MODELLO NEUROPSICOLOGICO

- Questi ultimi processano funzioni complesse di controllo e autocoscienza
 - Quindi una buona dotazione genetica, in condizioni di normalità, trarrà il maggior vantaggio possibile dall'esperienza in un reciproco modellamento, sviluppando un “programma” eccezionale

MODELLO NEUROPSICOLOGICO

- La genetica, inoltre, ha una programmazione temporale precisa e i programmi si attuano in tempi evolutivi diversi, anche post-natali
- Quindi non basta avere architetture cerebrali iniziali adeguate ma, per una corretta evoluzione cognitiva, è necessario un fattore interno che è il prodotto del lavoro di aree associative di livello superiore, che sono deputate a questo processamento e sono operative più tardi

MODELLO NEUROPSICOLOGICO

Quindi una mutazione genetica che non rende disponibili o che rende inefficienti i circuiti alla nascita o che non rispetta la temporalizzazione evolutiva per lo sviluppo di aree/circuiti più evoluti, non permetterà nemmeno una corretta implementazione delle aree/circuiti con l'uso della funzione

- Danni, invece, sopravvenuti in seguito, danneggiano il sistema localmente, impedendo il libero flusso dell'informazione e del suo processamento

MODELLO NEUROPSICOLOGICO

Quali ricadute sul piano riabilitativo?

- L'autoconsapevolezza è un fattore centrale nel lavoro, ed è una condizione necessaria per il controllo e l'implementazione dei propri processi mentali
 - Questo è vero nel normale ma, in modo meno efficiente, anche nella persona con IM, che con l'autoconsapevolezza dei propri processi può flessibilmente usarli per prodotti meno eccellenti dei normali ma più proficui per sé

MODELLO NEUROPSICOLOGICO

- Questo richiede un metodo e non una generica sollecitazione, tendente ad automatizzare certe routine quotidiane, e la guida di un riabilitatore coerente e cosciente del metodo
 - Questo rappresenta il sistema di controllo “esterno”, che fornisce il metodo perché la persona con IM si costruisca un sistema di controllo “interno”

MODELLO NEUROPSICOLOGICO

- Il raggiungimento di questa autoconsapevolezza è correlato con la severità dell' IM, ma anche il grave insufficiente mentale deve almeno raggiungere la consapevolezza che il riabilitatore costituisce il modello da seguire

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE

- Ogni patologia psichiatrica può sovrapporsi all' IM e questa costituisce uno dei più importanti fattori di vulnerabilità psichiatrica
- La prevalenza di disturbi psichiatrici nelle persone con IM è di 3-4 volte superiore rispetto alla popolazione generale
- Vi è una morbilità psichiatrica significativa in almeno il 40% delle persone con IM in età evolutiva

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE

- Esiste un nucleo psicopatologico comune in tutte le persone con IM, che condiziona non solo il rischio di disturbi psichiatrici ma anche la loro fenomenologia, la storia naturale e la risposta ai trattamenti
- Questo nucleo, legato alla gravità dell' IM, dipende dal ruolo strutturante dello sviluppo cognitivo normale, elemento equilibratore della personalità che favorisce uno sviluppo complessivo armonico

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE

La specificità della personalità del soggetto con IM deriva dall'azione di specifici fattori biologici sul SNC in fase di sviluppo, ma anche da come questa persona:

- costruisce la propria realtà rappresentazionale in modo più caotico e disorganizzato
- elabora in modo più primitivo le esperienze fisiche e relazionali
- regola in modo più grossolano il proprio comportamento e il proprio tono affettivo
- vive la qualità delle relazioni interpersonali e delle esperienze sociali, spesso diverse da quelle di una persona normodotata

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE

- Trascurare una diagnosi psichiatrica in favore di una descrizione sintomatologica comportamentale ha spesso portato a trattamenti aspecifici, come l'uso cronico di farmaci sedativi
- Il riconoscimento che una persona con IM può avere una depressione o un disturbo di panico, non rappresenta una indebita psichiatrizzazione ma un atteggiamento che garantisce a questa persona cure specifiche e non un'ulteriore discriminazione, insieme alle altre che spesso colpiscono le persone con IM

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE

- **DEPRESSIONE** è presente con una frequenza almeno pari ai normodotati
- **DISTURBO BIPOLARE** è raro nella sua forma con chiare e definite fasi depressive e maniacali, mentre più frequenti sono stati misti, con disturbi dell'umore, del sonno, del comportamento, deterioramento delle prestazioni, non di rado ridotta inibizione, soprattutto sessuale, con masturbazione e molestie

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE

- **DISTURBO D'ANSIA** è presente nel 25% dei soggetti con IM; nei soggetti con disturbo lieve vi può essere verbalizzazione dell'ansia, mentre in quelli con disturbo grave l'equivalente è costituito da aggressività, fuga, pianto, comportamento disorganizzato; una sindrome post traumatica da stress, per la difficile elaborazione di esperienze negative, può esprimersi con impulsività, insonnia, regressione

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE

- **DISTURBO DELL'ATTENZIONE CON O SENZA IPERATTIVITA'** è presente nel 4-11% dei soggetti con IM; la difficoltà nei processi di inibizione, tipica dell' IM, giustifica l'elevata prevalenza di sintomi inattentivi, di scarica motoria, di impulsività
- **DISTURBI PSICOTICI** sono presenti nel 3% circa dei soggetti con IM, soprattutto con complicanze durante gravidanza e parto

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE

- **DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO** si associano all' IM nel 75% dei casi, con prevalenza degli aspetti autistici nei primi 10 anni di vita e di quelli deficitari in seguito. Sono così più evidenti in età evolutiva il disturbo della relazione interpersonale, la rigidità delle condotte ripetitive e delle stereotipie, la frequenza e la gravità dell'auto-etero aggressività, le crisi di angoscia apparentemente immotivate, le atipie nella comunicazione verbale

MANIFESTAZIONI ASSOCIATE

- **DISTURBI DIROMPENTI DEL COMPORTAMENTO**

costituiscono la via finale comune di molti disturbi psichiatrici. Dipendono dalla gravità dell' IM. Possono avere un significato comunicativo, per esempio in risposta ad una ipo-iperstimolazione, modalità di ottenere gratificazioni, reazione a esperienze di abuso, risposta ad una malattia o a una sindrome dolorosa

IL GIUDIZIO PRECOCE

Molto spesso il primo giudizio di IM è formulato dalla madre, con un intuito spesso pre-conscio:

- Una povertà di comunicazione pre-linguistica che si manifesta nello sguardo del lattante, nel sorriso, negli schemi gestuali
- Un difetto di interazione con l'adulto, soprattutto un difetto di anticipazione nell'alimentazione
- Il bambino è troppo sonnolento, spesso definito “troppo buono”, oppure instabile o facilmente eccitabile
- L'interesse per l'ambiente e le persone è scarso

IL GIUDIZIO PRECOCE

- I primi organizzatori, come il sorriso e l'angoscia dell'8° mese compaiono in ritardo
- La povertà dei giochi, con una organizzazione posticipata del gioco simbolico
- Il bambino si presenta lamentoso, poco intraprendente, si sente sicuro solo nelle situazioni conosciute, che cerca di riprodurre in modo stereotipato

IL GIUDIZIO PRECOCE

- Già da questi primi momenti il rapporto con la madre, in particolare, e l'ambiente può essere patologico e inadeguato, perché essa, quando ha consapevolezza almeno parziale dell'handicap, mantiene il bambino in un legame simbiotico, o viceversa, non rendendosi conto della patologia, lo stimola in modo insufficiente
- In entrambe queste situazioni si instaura una relazione povera, che aggrava i primi segni dell'Insufficienza

LA DIAGNOSI

- La diagnosi e la definizione di un profilo cognitivo-comportamentale devono essere precoci e precisi e rimodularsi nel tempo
- Fondamentale è una valutazione dinamica, che deve considerare qual'è il potenziale di apprendimento del bambino, per verificare quali procedimenti e strategie il bambino adotta spontaneamente, qual'è il suo livello attuale e come si modifica, cioè quali procedimenti è in grado di adottare se gli viene suggerita e spiegata qualche strategia risolutiva

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

- Vanno identificate e ridefinite nel tempo le aree di forza e di debolezza per poter progettare un intervento riabilitativo fortemente individualizzato
- Questo è necessario data l'estrema variabilità individuale dei profili cognitivi
- Con il trattamento è indispensabile riuscire ad offrire opportunità formative che aiutino il bambino al raggiungimento del suo massimo potenziale di sviluppo, consentendo l'acquisizione delle maggiori forme di autonomia personale, cercando di raggiungere e mantenere nel tempo una qualità di vita la più soddisfacente possibile

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

- Le attività proposte vanno presentate in forma ludica e devono tendere non ad un recupero di singole abilità settoriali ma allo sviluppo armonico delle conoscenze e al loro uso, evitando un possibile addestramento al compito con automatizzazione delle risposte e dei comportamenti
- La valutazione va ripetuta nel corso della riabilitazione, per verificare i cambiamenti spontanei e i risultati ottenuti

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

- Gli interventi riabilitativi e sociali sono, tra l'altro, gli strumenti più importanti di prevenzione delle complicanze psichiatriche dell'IM
- Il trattamento dei disturbi comportamentali e l'intervento riabilitativo funzionale dovrebbero essere componenti di un unico progetto riabilitativo
- Questo deve essere volto alla promozione dell'autonomia personale, alla modulazione comportamentale, alla generalizzazione delle competenze specifiche

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

- Nello stesso modo l'intervento sociale deve essere centrato sulla qualità dell'inserimento della persona con IM e della famiglia nel tessuto sociale, contribuendo ad una più solida e realistica immagine di sé

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

- Una psicoterapia di sostegno può mirare al rinforzo dell'immagine del Sé, delle possibilità di relazione con figure significative, delle possibilità di comprensione e controllo della realtà interna ed esterna, con diretto riferimento alla realtà della vita attuale, attivando processi di identificazione strutturante
- Le carenze nel ragionamento astratto, nelle capacità introspettive e nell'espressione verbale, rendono complesso l'adattamento all'IM delle tecniche psicoterapiche classiche, che possono essere riservate a persone con IM lieve e buone abilità linguistiche

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

- Negli altri casi possono essere utilizzati approcci con ridotta componente verbale, come la psicomotricità, il rilassamento, il gioco, lo psicodramma e la drammatizzazione
- Molta attenzione deve essere posta al controllo delle dinamiche controtransferali: avere a che fare con un soggetto con ridotte prestazioni intellettive può attivare infatti nella relazione terapeutica e riabilitativa dinamiche aggressive, che possono esprimersi in un allontanamento del terapeuta dalla visione del mondo della persona con IM

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

- Le tecniche di trattamento comportamentale non si propongono un intervento sulle strutture del pensiero ma direttamente sui comportamenti, ad esempio attraverso il condizionamento che mira, in un gioco di premi e punizioni, a rimuovere comportamenti maladattivi
- Questi interventi hanno ampia applicazione nell' IM, sia per il controllo di comportamenti gravemente disturbanti, sia per l'ampliamento dei livelli di autonomia personale e sociale

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

- La componente cognitiva dell'intervento comportamentale può essere variamente presente, anche in rapporto al livello intellettuale della persona, attraverso il miglioramento della consapevolezza delle proprie competenze e l'incremento del patrimonio di strategie e piani organizzati che la persona è in grado di apprendere e poi di regolare e controllare
- Maggiore è il ruolo attivo della componente cognitiva nell'intervento, più alta sarà la possibilità di generalizzare e di mantenimento

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

- E' necessario modulare l'intensità di questi interventi comportamentali, talvolta utilizzati come uno strumento onnipotente per plasmare tutti i comportamenti di tutti i soggetti, permeando ogni scambio ed ogni momento della giornata, in una sorta di addestramento continuo, che serve ai “normali” per combattere il proprio senso di impotenza
- Ben gestito, nel rispetto della persona e in un contesto sempre relazionale, è un intervento che può favorire importanti progressi nelle capacità adattive e contenere il rischio psicopatologico

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

- Il “fare riabilitativo” con una persona disabile vuol dire dare importanza alla cura.
- Un bambino che gode di normali condizioni di salute fisica e mentale e vive in un ambiente “sufficientemente buono” gode di una serie di opportunità che gli consentono di:
 - condividere codici di giudizio
 - condividere stili di comportamento
 - sviluppare una relazione oggettuale adeguata
 - utilizzare adeguate strategie di elaborazione
 - raggiungere modelli posizionali di socializzazione

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

- Tutto questo avviene normalmente grazie alle comuni esperienze della vita quotidiana che i genitori, non in modo esplicito, offrono al bambino semplicemente occupandosi di lui
- Un bambino apprende tutto questo da solo, cioè per effetto dei normali processi di maturazione e sviluppo
- Nel bambino disabile in genere tutto questo non avviene: egli ha quasi sempre bisogno di un intervento tecnico per acquisire una determinata abilità, finendo facilmente con l'essere visto come un oggetto da aggiustare, dove non di rado tutto il complesso di riabilitazione viene fatto coincidere con il trattamento messo in atto

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

- Questo equivoco deriva dal confondere il piano dei problemi con quello dei bisogni, la dimensione dell'avere con la dimensione dell'essere
- Infatti “un conto è ritenere che un soggetto abbia una disabilità, un altro è considerarlo una persona disabile: nel primo caso si mette l'accento sulla disabilità ed inevitabilmente la tecnica riabilitativa è la risposta al problema; nel secondo caso l'accento è sulla persona nella sua globalità e quindi attiva delle scelte che sono risposte a dei bisogni

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

- Un corretto intervento riabilitativo non può quindi avere come unico parametro quello di agire sul difettoso sviluppo delle funzioni cognitive, soprattutto l'astrazione, l'autonomia e la creatività, ma deve attivare altri “saperi”, interdisciplinari, che a partire dalla diagnosi funzionale, dalle osservazioni dei bisogni e delle potenzialità emergenti nei vari contesti riabilitativi ed educativi, delinei percorsi finalizzati ad una serie di obiettivi:

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

- ~~Raggiungimento~~ di un livello di **alfabetizzazione** adeguato alle potenzialità di ciascuno
- Promozione dell'adattamento sociale
- Promozione e sviluppo della consapevolezza di sé
- Realizzazione di un'autonoma interazione con l'ambiente sociale e materiale

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

Sulla base delle capacità di ciascuno andrebbero proposte attività che sollecitino la capacità di:

- Discriminazione percettiva (riconoscere, indicare, etichettare...)
- Concettualizzazione e astrazione (concetti relazionali, rapporti topologici, identificazione di particolari rilevanti, della funzionalità di oggetti ed eventi....)
- Verbalizzare, comunicare e relazionarsi con gli altri (abilità di ascolto, conversazionali, descrittive, narrative...)
- Identificazione delle modalità con cui gli eventi si presentano e secondo cui funzionano

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

Oltre a questo dovrebbero essere definiti progetti educativo-didattici che, permettendo esperienze concrete di espressione e d'incontro con i diversi soggetti presenti nel proprio contesto sociale possano:

- Favorire l'interesse e la motivazione ad imparare
- Migliorare la comprensione di ciò che li circonda
- Stimolare la capacità di agire ipotizzando delle conseguenze
- Favorire il trasferimento e la generalizzazione delle abilità e conoscenze in funzione di una sempre maggiore autonomia

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

Queste esperienze possono diventare facile occasione di rielaborazione e risistemizzazione delle proprie competenze accademiche attraverso una rifinalizzazione delle proprie capacità (disegnare, riconoscere insegne, comporre il proprio numero di telefono, compilare moduli, scrivere inviti, ...) e un approfondimento delle conoscenze (segnaletica stradale, funzionamento dei mezzi pubblici, dei locali pubblici, del paesaggio,)

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

Per coloro che presentano una maggior difficoltà di accesso al simbolo e agli apprendimenti formalizzati possono essere formulati percorsi finalizzati all'apprendimento di abilità e conoscenze pratico-concrete con cui la persona possa:

- Stabilire relazioni positive con gli altri
- Interiorizzare il valore sociale e di promozione personale di un fare “regolato”
- Migliorare la manualità fine e la motricità
- Acquisire semplici strategie operative di azione sulla realtà materiale, raggiungendo una minima autostima e capacità di risposta alle attese dell'ambiente

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

- Andranno scelti gli obiettivi che meglio si adattano alle caratteristiche specifiche di ciascuno, che favoriscano una certa autodeterminazione e una minima indipendenza
- Le proposte vanno commisurate a partire dalle modalità di azione proprie di ciascuno
- Vanno definiti gli ambienti, perché possano essere agiti e conosciuti via via in modo autonomo e consapevole
- Va dato un ordine immediatamente riconoscibile agli oggetti, favorendo una frequenza regolare e scandita delle proposte, rendendole prevedibili

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

- Le modalità di insegnamento verranno definite in base ad un gradiente di complessità dei contenuti proposti, favorendo la possibilità di portare a termine con successo un apprendimento
- Vanno definiti gli aiuti e i sostegni per permettere una progressiva e graduale acquisizione e utilizzazione di abilità (ausili, ...)
- Vanno utilizzati aiuti verbali e figurati, come schemi, diagrammi, indicatori visivi, parole chiave,
- Vanno forniti materiali pre-formati e adattati alle peculiarità di ciascuno

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

- Le abilità della vita quotidiana devono essere insegnate al bambino con IM facendo maggiore attenzione rispetto a quella posta per qualsiasi bambino
- Queste possono costituire già dalla scuola elementare un punto di riferimento per la strutturazione di obiettivi e contenuti didattico-educativi
- Vanno favorite le abilità strumentali che siano maggiormente applicabili nei contesti di vita quotidiana del bambino, che costituiscano la base per gli apprendimenti successivi più legati all'ambiente e all'autonomia sociale

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

- Ampio spazio all'acquisizione di abilità funzionali alla vita quotidiana deve essere dato soprattutto alla Scuola Media, per una reale integrazione del ragazzo, specie per quelle abilità che saranno richieste per avere un ruolo sociale e un positivo inserimento lavorativo e per un miglioramento della qualità di vita

LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO

- E' molto importante consentire alle persone con IM di imparare tramite “il fare” e tramite “l'esperienza diretta” nei contesti sociali e di vita quotidiana, con una differenza sostanziale rispetto all'intervento scolastico tradizionale che privilegia l'apprendimento in aula
- L'intervento deve fondarsi sul “come fare”, cioè sull'acquisizione di procedure che possono costituire un patrimonio di conoscenze acquisite nel tempo
- Va dato spazio alla proposta di esperienze concrete ma anche alla rielaborazione concettuale di queste

....PER CONCLUDERE

- La persona con IM richiede innanzitutto una “cura” nel senso di un accudimento lento, sistematico, non tanto realizzabile in una stanza di terapia ma soprattutto negli ambienti quotidiani di vita (casa, scuola, territorio...)
- Perché ciò possa avvenire va superata la concezione riduttiva dell'uomo biologico a favore dell'uomo globale e multimodale, dove corpo biologico, componenti psichiche ed emotive giocano un ruolo paritetico

....PER CONCLUDERE

- In questa prospettiva l'individuo è caratterizzato da amplissime capacità non solo e non tanto di recupero, ma piuttosto di compensazione, sia nella propria organizzazione funzionale, sia nel processo di interazione con l'esterno
- In questo senso gli apporti riabilitativi possono sfruttare non solo tutte le potenzialità biologiche ma anche quelle ambientali e culturali, perché la persona, nella sua globalità e complessità, possa raggiungere un'adeguata qualità di vita che definisca delle condizioni di realizzazione realistiche dei bisogni e delle istanze di autonomia

DECORSO

- Quando è presente una significativa anormalità biologica il decorso è in genere cronico e senza remissioni, e senza trattamento il disturbo può diventare più grave
- In certe forme blande di disturbo a eziologia ignota, il decorso può presentare remissioni spontanee e la persona può avere un miglioramento del suo funzionamento intellettuale (es. maggiori stimolazioni ambientali) o miglior comportamento adattivo (es. un ambiente circostante meno esigente cui era difficile adattarsi)

GRADO DI COMPROMISSIONE

- Per definizione vi sono sempre deficit o carenze per quanto riguarda il funzionamento adattivo
- Il grado di compromissione è correlato al livello generale del funzionamento intellettuale o con la presenza o meno di sintomi associati
 - La complicità principale è l'inabilità a funzionare autonomamente e il bisogno conseguente di controllo e appoggio

SOTTOTIPI

Vi sono 4 sottotipi, corrispondenti al grado di compromissione intellettuale, definiti coi termini di lieve, moderato e medio, grave, gravissimo:

- Lieve QI 50-70
- Moderato QI 35-49
- Grave QI 20-34
- Gravissimo sotto

INSUFFICIENZA MENTALE LIEVE

- Corrisponde alla categoria educativa di “educabile”
- Comprende la percentuale più alta delle persone con questo disturbo (circa l'80%)
- Sono persone che possono sviluppare capacità sociali e di comunicazione durante il periodo prescolare
- Hanno menomazioni sensomotorie minime
- Spesso non sono distinguibili facilmente dai bambini “normali” fino ad un'età più elevata

INSUFFICIENZA MENTALE LIEVE

- Verso i 20 anni possono raggiungere cognizioni teoriche grossomodo corrispondenti al livello della media inferiore
- Durante l'età adulta possono di solito acquisire capacità sociali e professionali sufficienti per una minima autonomia personale
- Possono aver bisogno però di guida e assistenza quando sottoposti a situazioni insolite di stress sul piano sociale o economico

INSUFFICIENZA MENTALE MODERATA

- Corrisponde alla categoria educativa di “recuperabile o addestrabile”
- Comprende circa il 12% della popolazione delle persone con insufficienza mentale
- In età prescolare possono parlare o imparare a comunicare ma hanno scarsa coscienza delle convenzioni sociali
- Possono trarre giovamento da un addestramento professionale e possono prendere cura di sé stessi con l'ausilio di una modesta supervisione

INSUFFICIENZA MENTALE MODERATA

- In genere non progrediscono oltre un livello corrispondente ad una 2° elementare per quel che riguarda le materie teoriche
- Possono imparare a muoversi da soli in ambienti a loro familiari
- In età scolare possono trarre profitto da un addestramento alle attività sociali e lavorative
- In età adulta possono riuscire a contribuire al loro sostentamento con lavori non specializzati ma sotto stretta supervisione e in ambienti protetti
- Hanno bisogno di supervisione e guida anche in situazioni di lieve stress sociale o economico

INSUFFICIENZA MENTALE GRAVE

- Comprende circa il 7% delle persone con insufficienza mentale
- Nel periodo prescolare risulta evidente uno sviluppo motorio deficitario e un eloquio ridotto al minimo e lo sviluppo delle capacità verbali di comunicazione è scarsissimo o nullo
- In età scolare possono imparare a parlare ed essere istruiti alle pratiche igieniche elementari
- In genere non traggono giovamento dall'addestramento professionale
- In età adulta possono portare a termine semplici compiti lavorativi sotto stretta supervisione

INSUFFICIENZA MENTALE GRAVISSIMA

- Comprende meno dell'1% delle persone con insufficienza mentale
- In età prescolare sono bambini che mostrano minime capacità di funzionamento sensoriale e motorio
- Richiedono ambienti molto preparati e un'assistenza e supervisione continuative
- In età scolare può aversi qualche sviluppo ulteriore sul piano motorio e i bambini possono rispondere positivamente a un minimo o limitato addestramento all'accudimento di sé stessi

INSUFFICIENZA MENTALE GRAVISSIMA

- L'acquisizione di una certa capacità verbale e qualche ulteriore sviluppo sul piano motorio possono verificarsi in età adulta
- Può risultare possibile, ma molto limitatamente, l'autoaccudimento, purché la persona si trovi in ambienti particolarmente preparati e disponga di assistenza e supervisione costanti

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- La diagnosi di insufficienza mentale va effettuata ogni volta che questo disturbo è presente a prescindere dalla presenza di altre diagnosi
- Nei disturbi specifici dello sviluppo, vi è un ritardo o una mancanza di sviluppo in un'area specifica, come la lettura o il linguaggio, ma nelle altre aree di sviluppo il bambino si va sviluppando normalmente
- Al contrario il bambino con insufficienza mentale mostra un ritardo generalizzato di sviluppo in molte aree

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- Nei disturbi generalizzati dello sviluppo vi sono alterazioni nei tempi, nelle proporzioni, nella sequela di molte funzioni psicologiche basilari che sono coinvolte nello sviluppo delle capacità sociali e del linguaggio
- Vi sono inoltre gravi anomalie qualitative che non sono da considerarsi normali in nessuna fase dello sviluppo
- Nell'insufficienza mentale si verifica un ritardo generalizzato dello sviluppo e i bambini si comportano come se stessero attraversando una fase più precoce dello sviluppo normale
- L'insufficienza mentale può coesistere frequentemente con questi disturbi