

Renzo Vianello

Quando educare è più difficile: il Funzionamento Intellettivo Limite

DISABILITÀ E BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI

Renzo Vianello, Santo Di Nuovo e Silvia Lanfranchi

Bisogni Educativi Speciali: il Funzionamento Intellettivo Limite o Borderline

Tipologia, analisi di casi e indicazioni operative



edizioni junior
Gruppo SPAGGIARI

Quando educare è più difficile: il Funzionamento Intellettivo Limite

Renzo Vianello, Santo Di Nuovo, Silvia Lanfranchi

Bisogni Educativi Speciali: il Funzionamento Intellettivo Limite o Borderline
Tipologia, analisi di casi e indicazioni operative

Introduzione

Cap. 1 Alunni e studenti con funzionamento intellettivo limite

Cap. 2 Funzionamento intellettivo limite: cause, tipi e comorbidità

Cap. 3 Funzionamento intellettivo limite e sindromi genetiche

Cap. 4 Funzionamento intellettivo limite e cause biologiche non genetiche

Cap. 5 Funzionamento intellettivo limite e autismo ad alto funzionamento

**Cap. 6 Funzionamento intellettivo limite e condizioni ambientali negative
(economiche, sociali, educative, culturali, psicopatologiche)**

Cap. 7 Funzionamento intellettivo limite e disturbi specifici di apprendimento

Cap. 8 Funzionamento intellettivo limite e deficit di attenzione/iperattività

**Cap. 9 Ulteriori situazioni caratterizzate da funzionamento intellettivo limite:
analisi di casi**

Cap. 10 Indicazioni per l'intervento educativo, scolastico, sociale e abilitativo

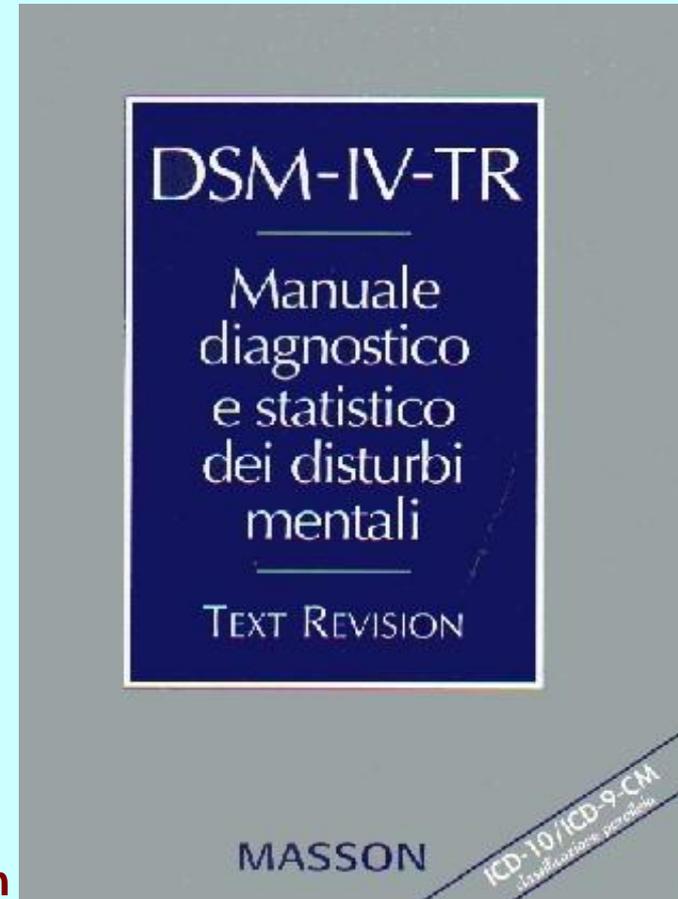
**Molto scarsa è la ricerca sul funzionamento intellettivo limite (FIL).
Si tratta di una specie di “limbo” tra normalità e ritardo mentale.
Anche il DSM-IV-TR (2000) vi dedica poche righe (6 righe a pag. 786), limitandosi a dire che questa diagnosi può essere formulata quando il QI è fra 71 e 84.**

**Fino al 1961 erano diagnosticati con ritardo mentale (anzi con mental deficiency) anche quelli che oggi ricevono una diagnosi di FIL.
In vari Paesi sono in scuola Speciale.
A volte sono chiamati «slow learners».**

**Una diagnosi di FIL dovrebbe essere effettuata non solo con riferimento al criterio del QI fra 71 e 84, ma anche con riferimento al criterio della presenza di difficoltà di adattamento (utilizzando le stesse categorie del ritardo mentale) e della insorgenza prima dei 18 anni.
(vedi ricerca Di Nuovo e coll.)
Inoltre si dovrebbe tener conto del margine di errore di 5.
La soglia diventa quindi tra 66-71 e 84-89.**

Come le disabilità intellettive (ex ritardo mentale) il funzionamento intellettivo limite non è una sindrome, ma un “risultato” finale di cause fra loro diverse.

È necessaria molta prudenza interpretativa nelle ricerche che li considerano una popolazione omogenea.



“Questa categoria può essere usata quando l’oggetto dell’attenzione è associato con un funzionamento intellettivo limite, cioè un QI di 71-84. La diagnosi differenziale fra Funzionamento Intellettivo Limite e Ritardo mentale (un QI di 70 o inferiore) è particolarmente difficile quando è complicata dalla coesistenza di certi disturbi mentali (per es., schizofrenia).”

(DSM-5, 2013) Funzionamento intellettivo borderline

“Questa categoria può essere utilizzata quando il funzionamento intellettivo borderline di un individuo è l’oggetto di attenzione clinica oppure ha un impatto sul trattamento o sulla prognosi dell’individuo. Differenziare il funzionamento intellettivo borderline e la disabilità intellettiva lieve (disturbo dello sviluppo intellettivo) richiede un’attenta valutazione delle funzioni intellettive e di adattamento e le loro discrepanze, in particolare la presenza di disturbi mentali concomitanti che possono influenzare la compliance del paziente alle procedure standardizzate dei test (per es., schizofrenia o disturbo da deficit di attenzione/iperattività con grave impulsività).” (pag. 845, ed. it)

Compliance = adesione del malato alle prescrizioni mediche e ai trattamenti



(DSM-5, 2013) *Funzionamento intellettivo borderline*

“Questa categoria può essere utilizzata quando il funzionamento intellettivo borderline di un individuo è l’oggetto di attenzione clinica oppure ha un impatto sul trattamento o sulla prognosi dell’individuo. Differenziare il funzionamento intellettivo borderline e la disabilità intellettiva lieve (disturbo dello sviluppo intellettivo) richiede un’attenta valutazione delle funzioni intellettive e di adattamento e le loro discrepanze, in particolare la presenza di disturbi mentali concomitanti che possono influenzare la compliance del paziente alle procedure standardizzate dei test (per es., schizofrenia o disturbo da deficit di attenzione/iperattività con grave impulsività).” (pag. 845, ed. it.)

(DSM 5, 2013) **Borderline intellectual functioning**

*“This category can be used when an individual’s **borderline intellectual functioning** is the focus of clinical attention or has an impact on the individual’s treatment or prognosis.*

***Differentiating** borderline intellectual functioning and mild intellectual disability (intellectual developmental disorder) requires careful assessment of intellectual and adaptive functions and their discrepancies, particularly in the presence of co-occurring mental disorders that may affect patient compliance with standardized testing procedures.”*

• **A cosa ci si riferisce quando si usa l'espressione difficoltà (o deficit) nel funzionamento intellettuale?**

- **ragionamento,**
- **problem solving,**
- **pianificazione,**
- **pensiero astratto,**
- **capacità di giudicare,**
- **apprendimento scolastico,**
- **apprendimento dall'esperienza.**

Le difficoltà nel **funzionamento adattivo** possono riguardare il raggiungimento degli standard di sviluppo e socioculturali necessari per l'indipendenza personale e la responsabilità sociale relativamente a:

- **comunicazione,**
- **partecipazione sociale,**
- **vita indipendente**
 - **a casa,**
 - **nella scuola,**
 - **nel lavoro**
 - **e nella comunità sociale.**

• Una diagnosi di FIL non è comunque completa se non fornisce anche indicazioni sul “**trattamento**” e cioè sui livelli di **supporto** necessario a casa, a scuola e nella società.

- **In definitiva si ha un cambiamento di prospettiva rivoluzionario.**
- **I supporti necessari sono il vero punto di riferimento.**
- **Essi dipendono dalle capacità adattive.**
- **Esse a loro volta dipendono dal funzionamento intellettuale (valutato anche con i test di intelligenza).**

- **Questo significa:**
 - **che il QI è utile, ma non sufficiente e nemmeno centrale;**
 - **che anche aggiungere ai deficit intellettivi l'accertamento di carenze a livello adattivo non è sufficiente;**
 - **che si deve pervenire alla definizione dei supporti necessari.**

È necessaria quindi una attenta analisi dei bisogni dell'individuo, considerato nel proprio contesto sociale (famiglia, scuola e società).

- MIUR 27 dicembre 2012

Strumenti d'intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica

Premessa

1. Bisogni educativi speciali

1.2 Alunni con disturbi specifici

1.3 Alunni con deficit da disturbo dell'attenzione e dell'iperattività

1.4 Funzionamento cognitivo limite

1.5 Adozione di strategie di intervento per i BES

1.6 Formazione

2. Organizzazione territoriale per l'ottimale realizzazione dell'inclusione scolastica

2.1 I CTS – Centri Territoriali di Supporto: distribuzione sul territorio

2.2 Funzioni dei Centri Territoriali di Supporto

2.3 Regolamento dei CTS

2.4 Organizzazione interna dei CTS

1.4 Funzionamento cognitivo limite

«Anche gli alunni con **potenziali intellettivi non ottimali**, descritti generalmente con le espressioni di **funzionamento cognitivo (intellettivo) limite (o borderline)**, ma **anche** con altre espressioni (per es. disturbo evolutivo specifico misto, codice F83) e specifiche differenziazioni-qualora non rientrino nelle previsioni delle leggi 104 o 170 – richiedono particolare considerazione. Si può stimare che questi casi si aggirino intorno al **2,5%** dell'intera popolazione scolastica, cioè circa 200.000 alunni.

Si tratta di bambini o ragazzi il cui QI globale (quoziente intellettivo) risponde a una misura che va **dai 70 agli 85 punti** e non presenta elementi di specificità. Per alcuni di loro il ritardo è legato a fattori neurobiologici ed è frequentemente in comorbilità con altri disturbi. Per altri, si tratta soltanto di una forma lieve di difficoltà tale per cui, se adeguatamente sostenuti e indirizzati verso i percorsi scolastici più consoni alle loro caratteristiche, gli interessati potranno avere una vita normale. Gli interventi educativi e didattici hanno come sempre ed anche in questi casi un'importanza fondamentale.»

Figura 1 L'applicazione della curva normale dei punteggi in QI (qui esemplificata con scale con deviazione standard di 15) prevederebbe il 13.6% di individui con funzionamento intellettuale limite (QI fra 70 e 84) e il 2.3% con ritardo mentale (QI <70). I dati epidemiologici relativi al ritardo mentale non confermano questa previsione e fanno ipotizzare una distribuzione non normale (almeno nella estremità inferiore della curva). Anche **i pochi dati relativi ai FIL fanno pensare a percentuali minori**. Ad esempio al 7% (Ninivaggi, 2001).

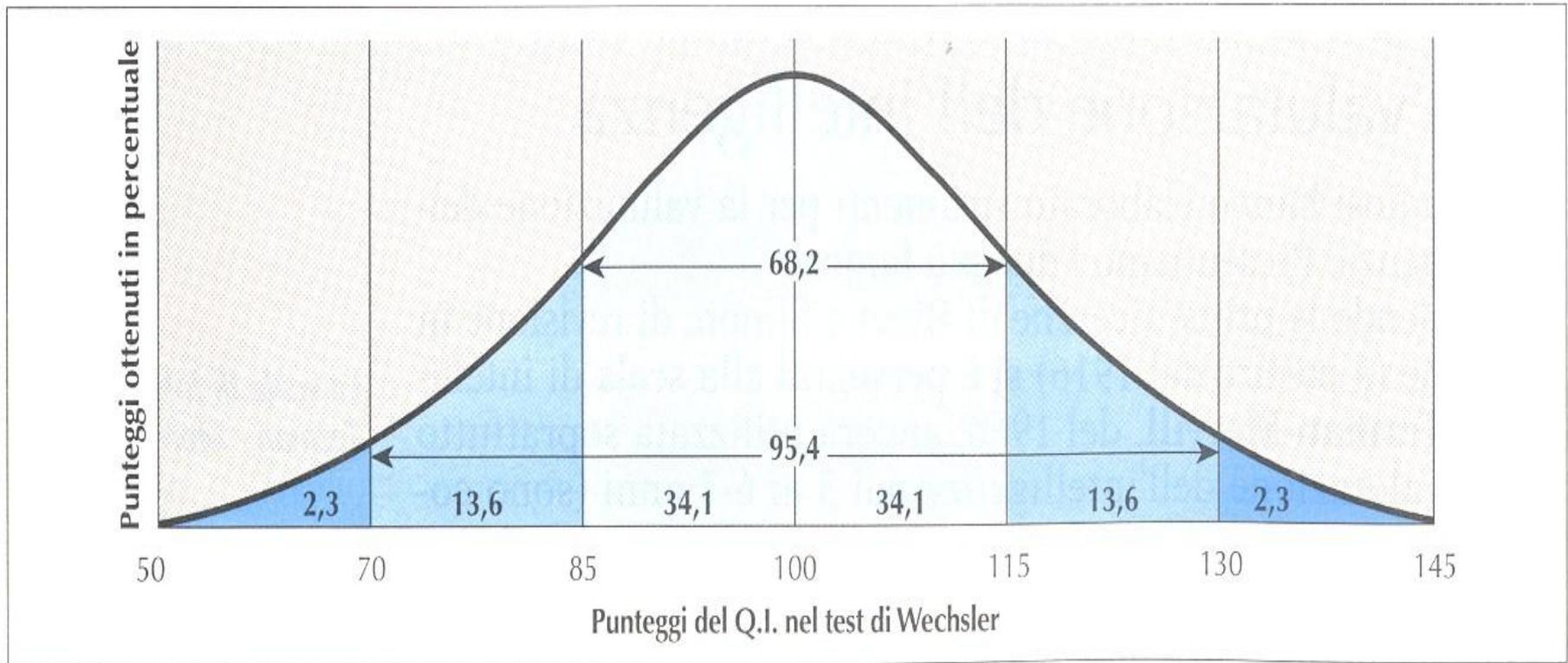


Fig. 3.2 Punteggi del Q.I. (quelli di riferimento) nel test di Wechsler.

La definizione di quale sia la prevalenza ci sembra attualmente prematura in quanto sarebbero necessari molti dati.

Anche se fossimo in grado di stabilire quanti sono (a varie età e di varie condizioni sociali) gli individui con QI fra 71 e 84, non avremmo comunque una stima precisa delle diagnosi di FIL.

Coerentemente con quanto presente nel DSM 5 il criterio del QI fra 71 e 84 non solo non è sufficiente, ma non è nemmeno di primaria importanza: cruciali sono le difficoltà adattive e le necessità di supporto.

In altre parole la prevalenza sarà stabilita in futuro dall'effettivo numero di diagnosi di FIL.

Nel frattempo, se utile, ci sembra opportuno ipotizzare che nella popolazione italiana, globalmente considerata, potrebbe trattarsi di una percentuale superiore al 3% e inferiore al 7% (o, al massimo, al 13%) .

In attesa di ulteriori indagini ci sembra inoltre opportuno ritenere che la diagnosi di FIL sia molto influenzata sia dall'età in cui viene effettuata che dal contesto socioculturale.

Con il passare dell'età risultano sempre più significative le difficoltà adattive e le necessità di supporto e questo dovrebbe portare ad un incremento progressivo della diagnosi di FIL.

Condizioni socioculturali non adeguate o difficoltà dovute all'immigrazione possono accentuare eventuali carenze cognitive di per sé lievi o addirittura rallentare lo sviluppo dell'intelligenza e quindi far aumentare le diagnosi di FIL.

(DSM-5, 2013)

- *“Un sistema categoriale eccessivamente rigido non coglie l’esperienza clinica o importanti osservazioni scientifiche.”*(pag.5);
- *“I disturbi mentali non sempre rientrano completamente all’interno dei confini di un singolo disturbo.”* (pag. LIV);
- *“I confini fra molte categorie di disturbi sono più fluidi nel corso della vita di quanto il DSM-IV abbia riconosciuto.”* (pag.5);
- *“molti sintomi assegnati a un singolo disturbo possono presentarsi a diversi livelli di gravità in molti altri disturbi.”* (pp. 5 e 6);
- *“I confini tra i vari disturbi sono meno impenetrabili di quanto si ritenesse in passato.”* (pag. 6).
- **In considerazione di ciò il DSM-5 cerca “di introdurre un approccio dimensionale ai disturbi mentali, che comprenda dimensioni trasversali alle categorie attuali. Un tale approccio dovrebbe permettere una descrizione più accurata delle manifestazioni del paziente e aumentare la validità della diagnosi.”** (pag. 6).

(DSM-5, 2013)

*• “Dal momento che il precedente approccio del DSM considerava ogni diagnosi categoricamente separata dalla condizione di salute e da altre diagnosi, non è stato in grado di cogliere **l’ampia condivisione di sintomi e di fattori di rischio da parte di molti disturbi, che invece si mostra evidente negli studi di comorbidità.** Le precedenti edizioni del DSM si sono concentrate sull’esclusione dalle diagnosi dei risultati che rappresentano falsi positivi; quindi, le categorie erano molto ristrette, come mostra l’esteso ricorso alla diagnosi “non altrimenti specificato”. Infatti, l’obiettivo, un tempo accettabile, di identificare popolazioni omogenee per il trattamento e la ricerca ha dato origine a categorie diagnostiche ristrette che non colgono in pieno la realtà clinica, l’eterogeneità dei sintomi all’interno dei disturbi e la condivisione di sintomi significativi da parte di disturbi multipli. La storica aspirazione di raggiungere l’omogeneità attraverso la sottotipizzazione all’interno delle categorie dei disturbi non è più sensata; anche i disturbi mentali hanno più livelli di eterogeneità, a partire dai fattori di rischio genetici fino ai sintomi.” (pag. 14)*

Comorbidità ADHD e FIL: ipotesi dalla letteratura

Sintesi (più avanti slide specifiche)

Comorbidità alta: 20%-30%

Correlazione negativa fra intelligenza e ADHD: meno intelligenza più rischio ADHD

Quando c'è comorbidità ADHD + FIL: attorno 40% anche disturbi psichiatrici

ADHD + FIL: permane più maschi che femmine (almeno 2:1)

ADHD + FIL: un profilo specifico nelle funzioni esecutive, in cui troviamo sia i punti di debolezza DI che quelle ADHD. Insomma: prevale proprio il dual deficit.

Funzionamento intellettivo limite e disturbi (specifici) di apprendimento

National Joint Committee on Learning Disabilities (1988)

«I disturbi specifici di apprendimento costituiscono un termine di carattere generale che si riferisce ad un gruppo eterogeneo di disordini che si manifestano con significative difficoltà nell'acquisizione e uso di abilità di comprensione del linguaggio orale, espressione linguistica, lettura, scrittura, ragionamento o matematica. Questi disordini sono **intrinseci** all'individuo, **presumibilmente legati a disfunzioni del sistema nervoso centrale** e possono essere presenti lungo l'intero arco di vita. Problemi relativi all'autoregolazione del comportamento, alla percezione e interazione sociale possono essere associati al disturbo di apprendimento, ma non costituiscono, per se stessi, dei disturbi specifici di apprendimento. Benché possano verificarsi **in concomitanza con** altre condizioni di handicap (per esempio danno sensoriale, **ritardo mentale**, serio disturbo emotivo) o con influenze esterne come le differenze culturali, insegnamento insufficiente o inappropriato, i disturbi specifici di apprendimento **non** sono il risultato di queste condizioni o influenze.»

Sintesi (più avanti slide specifiche)

Si tratta di disturbi che coinvolgono uno specifico dominio di abilità, lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale. Essi infatti interessano le competenze strumentali degli apprendimenti scolastici.

Le disfunzioni neurobiologiche alla base dei disturbi interferiscono con il normale processo di acquisizione della lettura, della scrittura e del calcolo.

Una caratteristica rilevante nei DSA è la comorbidità. È frequente infatti accertare la compresenza nello stesso soggetto di più disturbi specifici dell'apprendimento o la compresenza di altri disturbi neuropsicologici (come l'ADHD, disturbo dell'attenzione con iperattività) e psicopatologici (ansia, depressione e disturbi della condotta).

I DSA mostrano una prevalenza oscillante tra il 2,5 e il 3,5% della popolazione in età evolutiva per la lingua italiana, dato confermato dai primi risultati di una ricerca epidemiologica tuttora in corso sul territorio nazionale.

Disturbi specifici dell'apprendimento
CONSENSUS CONFERENCE
ROMA, 6-7 DICEMBRE 2010
Data di pubblicazione: giugno 2011

Introduzione

I disturbi di apprendimento esaminati da questa *consensus conference* interessano la condizione clinica evolutiva di difficoltà di apprendimento della lettura, della scrittura e del calcolo che si manifesta con l'inizio della scolarizzazione. Sono pertanto escluse le patologie di apprendimento acquisite.

I riferimenti internazionali utilizzati nella definizione e classificazione dei disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) sono:

- ICD-10 (F81 Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche)
- DSM IV TR (315 Disturbi dell'apprendimento).

Si tratta di **disturbi che coinvolgono uno specifico dominio di abilità, lasciando intatto il funzionamento intellettuale generale**. Essi infatti interessano le competenze strumentali degli apprendimenti scolastici.

Sulla base del deficit funzionale vengono comunemente distinte le seguenti condizioni cliniche:

- dislessia, cioè disturbo nella lettura (intesa come abilità di decodifica del testo)
- disortografia, cioè disturbo nella scrittura (intesa come abilità di codifica fonografica e competenza ortografica)
- disgrafia, cioè disturbo nella grafia (intesa come abilità grafo-motoria)
- discalculia, cioè disturbo nelle abilità di numero e di calcolo (intese come capacità di comprendere e operare con i numeri).

Disturbi specifici dell'apprendimento CONSENSUS CONFERENCE

Le disfunzioni neurobiologiche alla base dei disturbi interferiscono con il normale processo di acquisizione della lettura, della scrittura e del calcolo. I fattori ambientali - rappresentati dalla scuola, dall'ambiente familiare e dal contesto sociale – si intrecciano con quelli neurobiologici e contribuiscono a determinare il fenotipo del disturbo e un maggiore o minore disadattamento.

Il DSA è un disturbo cronico, la cui espressività si modifica in relazione all'età e alle richieste ambientali: si manifesta cioè con caratteristiche diverse nel corso dell'età evolutiva e delle fasi di apprendimento scolastico. La sua prevalenza appare maggiore nella scuola primaria e secondaria di primo grado. L'espressività clinica è inoltre in funzione della complessità ortografica della lingua scritta. Questa caratteristica, che differenzia le lingue “opache” (per esempio l'inglese), caratterizzate da una relazione complessa e poco prevedibile tra grafemi e fonemi, dalle lingue “trasparenti” (per esempio l'italiano), caratterizzate da una relazione prevalentemente diretta e biunivoca tra fonemi e grafemi corrispondenti, condiziona i processi utilizzati per leggere, gli strumenti di valutazione clinica e i percorsi riabilitativi, non consentendo un diretto e totale trasferimento dei dati scientifici derivati da studi su casistiche anglofone.

Disturbi specifici dell'apprendimento CONSENSUS CONFERENCE

La definizione di una diagnosi di DSA avviene in una fase successiva all'inizio del processo di apprendimento scolastico. È necessario infatti che sia terminato il normale processo di insegnamento delle abilità di lettura e scrittura (fine della seconda primaria) e di calcolo (fine della terza primaria).

Un'anticipazione eccessiva della diagnosi aumenta in modo significativo la rilevazione di falsi positivi. Tuttavia è possibile individuare fattori di rischio (personali e familiari) e indicatori di ritardo di apprendimento che possono consentire l'attuazione di attività e interventi mirati e precoci e garantire una diagnosi tempestiva.

Una caratteristica rilevante nei DSA è la comorbidità. È frequente infatti accertare la compresenza nello stesso soggetto di più disturbi specifici dell'apprendimento o la compresenza di altri disturbi neuropsicologici (come l'ADHD, disturbo dell'attenzione con iperattività) e psicopatologici (ansia, depressione e disturbi della condotta).

I DSA mostrano una prevalenza oscillante tra il 2,5 e il 3,5% della popolazione in età evolutiva per la lingua italiana, dato confermato dai primi risultati di una ricerca epidemiologica tuttora in corso sul territorio nazionale. Di fatto, anche se ancora non esiste uno specifico osservatorio epidemiologico nazionale, le informazioni che provengono dai Servizi di neuropsichiatria infantile indicano che i DSA rappresentano quasi il 30% degli utenti di questi servizi in età scolare e il 50% circa degli individui che effettuano un intervento riabilitativo. I DSA sono attualmente sottodiagnosticati, riconosciuti tardivamente o confusi con altri disturbi.

I DSA hanno infine un importante impatto sia a livello individuale (frequente abbassamento del livello curriculare conseguito e/o prematuro abbandono scolastico nel corso della scuola secondaria di secondo grado), sia a livello sociale (riduzione della realizzazione delle potenzialità sociali e lavorative dell'individuo).

Sono in aumento le prove scientifiche sull'efficacia della presa in carico e degli interventi riabilitativi nella riduzione dell'entità del disturbo e/o nel rendimento scolastico (misura del funzionamento adattivo in età evolutiva), nonché nella prognosi complessiva (psichiatrica e sociale) a lungo termine. La precocità e la tempestività degli interventi appaiono sempre più spesso in letteratura tra i fattori prognostici positivi.

Al raggiungimento di questi obiettivi devono contribuire più figure professionali e istituzioni, a seconda del ruolo rivestito nei diversi momenti dello sviluppo e dell'apprendimento e delle espressioni sintomatiche con cui il disturbo può rendersi evidente.

- Il pediatra tiene conto degli indicatori di rischio alla luce dei dati anamnestici, accoglie i segnali di difficoltà scolastiche significative riportate dalla famiglia e la indirizza agli approfondimenti specialistici. Gli insegnanti, opportunamente formati, possono individuare gli alunni con persistenti difficoltà negli apprendimenti e segnalarle alle famiglie, indirizzandole ai servizi sanitari per gli appropriati accertamenti, nonché avviare gli opportuni interventi didattici. I servizi specialistici per l'età evolutiva (per esempio i Servizi di neuropsichiatria infantile) sono attivati per la valutazione e la diagnosi dei casi che pervengono a consultazione, e predispongono un'adeguata presa in carico per i soggetti per cui è confermato il quadro clinico di DSA.**

L'implementazione di prassi cliniche condivise per la diagnosi, che prevedano l'utilizzo di protocolli di valutazione basati su prove standardizzate a livello nazionale, così come di modalità di trattamento scientificamente orientate, può consentire un livello di assistenza più efficace e omogeneo per i soggetti con DSA. Permette, inoltre, la rilevazione nazionale delle necessità diagnostiche e terapeutiche per questi disturbi (in termini di risorse umane ed economiche) e l'avvio di un percorso di ricerca sistematica sull'efficacia e l'efficienza degli interventi terapeutici nella popolazione di lingua italiana. L'adozione di criteri diagnostici *evidence based*, può contribuire inoltre a distinguere i DSA dalle altre difficoltà curriculari aspecifiche, connesse di solito a fattori relativi al contesto familiare, ambientale e culturale dello studente, nonché dalle difficoltà di apprendimento che sono conseguenza di ritardo mentale o deficit neurologici, sensoriali o motori.

Questa *consensus conference* si inserisce in un particolare momento della politica scolastica e sanitaria italiana, data la concomitante promulgazione della Legge n° 170 del 8 ottobre 2010 (*Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico*) che definisce i diritti e indica iniziative e misure necessarie per un'adeguata promozione dello sviluppo delle caratteristiche di questi pazienti. In conclusione, le raccomandazioni cliniche prodotte da questa conferenza di consenso, pur avendo come priorità l'assistenza sanitaria di questi giovani pazienti, si inseriscono in un particolare contesto sociale e culturale ricco di iniziative e di aperto dibattito culturale e scientifico.

Figura 2 Proprio in quanto **indipendenti** dall'intelligenza (specifici) i DSA dovrebbero distribuirsi nella curva normale con le stesse percentuali.

Ne deriverebbe una comorbidità del 2,3% con le disabilità intellettive e del 13,6% con I FIL. L'affermazione "I bambini con DSA sono intelligenti" sarebbe quindi corretta al 98% circa (o all'84% se la diagnosi di Fil è ritenuta una diagnosi di scarsa intelligenza).

La prassi per cui si esclude una diagnosi di DSA in presenza di scarsa intelligenza comporterebbe quindi la non individuazione di 2 o 16 bambini anche con DSA su un totale di circa 100 individui con DSA., di cui 98 o 84 con un QI superiore a 70 o 85.

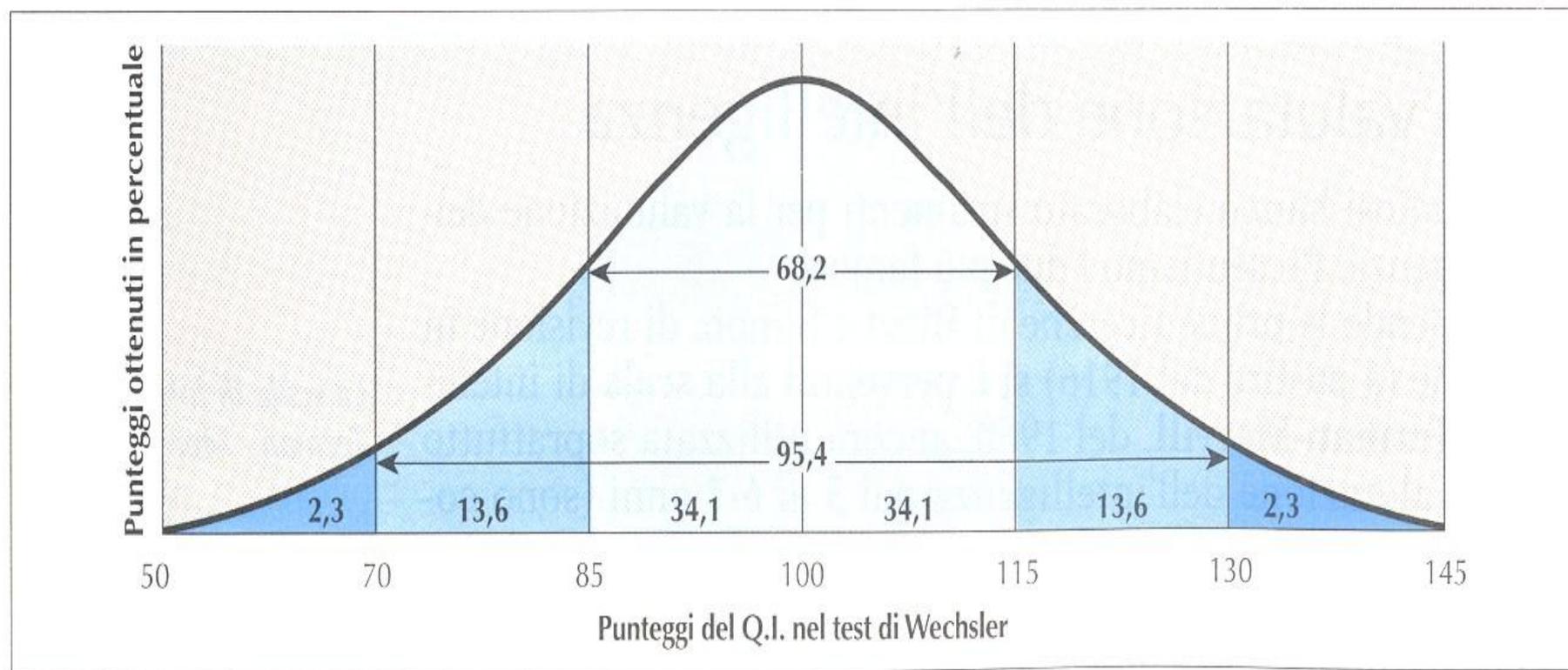


Fig. 3.2 Punteggi del Q.I. (quelli di riferimento) nel test di Wechsler.

FIL e DSA: circa uno ogni 500?

Se (Consensus Conference) la prevalenza è tra 2,5% e 3,5% e quella dei FIL è 7% (non il 13,6 teorico)

- la comorbilità DSA e FIL dovrebbe essere tra:
(7x2,5=) 0,175% e (7x3,5) 0,245
cioè 1 ogni 408- 571 coetanei

Effetti dei DSA sulle prestazioni nei test di intelligenza: in media 10 punti in meno?

Ipotizziamo DSA non riconosciuto e mal trattato ... non si esagera nel pensare che le prestazioni nei test di intelligenza possano essere **abbassate di 10 punti (5-15)** a causa di riflessi indiretti su:

- motivazione al test,
- motivazione a prove cognitive e scolastiche,
- paura di sbagliare (scarsa autostima),
- tendenza ad evitare l'insuccesso più che a cercare il successo,
- mancata acquisizione di nozioni e strategie verbali o aritmetiche o visuo-spaziali.

Ne deriva che QI effettivi di 76-84 potrebbero corrispondere a QI «biologici» di 86-94.

Condizioni di svantaggio socioculturale possono influire negativamente sulla traiettoria del QI dei bambini.

Almeno 15 punti di QI.

Con riferimento ai test di intelligenza più utilizzati si tratta di una deviazione standard.

In una popolazione di individui vissuti in ambienti caratterizzati da svantaggio socioculturale la percentuale di persone con QI fra 71 e 84 non è statisticamente 13,6%, ma 34%

(cioè la stessa percentuale di individui che nella popolazione normale hanno un QI fra 85 e 100): un individuo su 3.

Effetti di DSA + SSC sulle prestazioni nei test di intelligenza: fino a 30 punti in meno?

Consideriamo l'influenza eventuale di svantaggio socio-culturale (che può incidere negativamente ancor più del DSA; non raramente anche di 20 punti).

Sommando i due effetti = -10,-20 = -30

Ipotizzando 4% di allievi con svantaggio socioculturale: $4/100 \times 3/100 = 12/10.000 =$ circa 1,2 individui su 1.000 (o più) forniscono prestazioni al test di 30 punti inferiori alle sue capacità primitive («biologiche»).

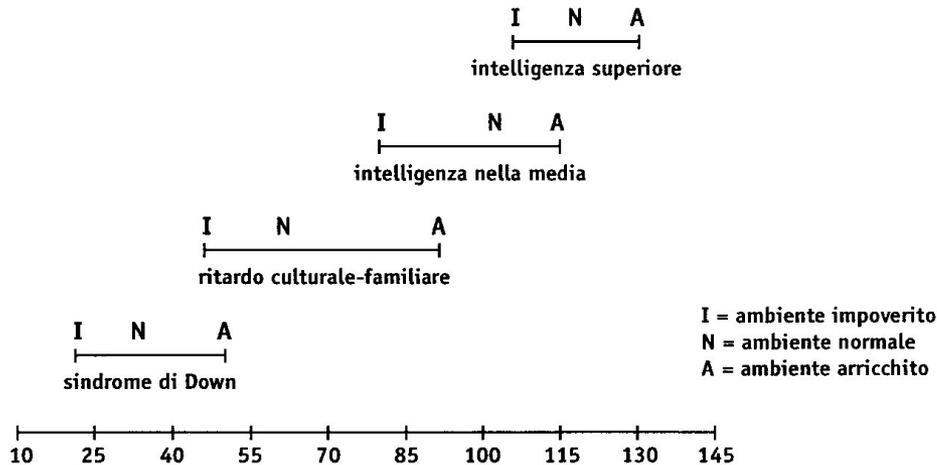


Figura 6.2. Curve normali esemplificatrici dei QI medi di 63 madri biologiche e dei loro figli adottati

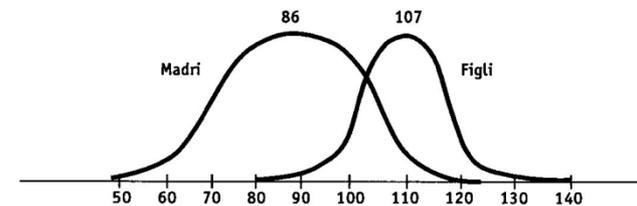


Figura 6.3. QI medi delle madri biologiche e dei loro figli educati in case adottive (da Baroff, 1978, p. 236)

	B'	M'	A'			
55	70	85	100	115	130	145
bambini adottati						
	B	M	A			
55	70	85	100	115	130	145
madri biologiche						

Funzionamento intellettivo limite e disturbi di apprendimento

Beatrice ha 9 anni e frequenta la quarta elementare. Gli insegnanti sono molto preoccupati per il suo rendimento scolastico e in particolare per le difficoltà in lettura e scrittura (anche il suo adattamento sociale non è buono: tende a ritirarsi, a non collaborare con i compagni, a deprimersi) e hanno perciò consigliato i genitori di portarla dagli operatori della AUSL per una “visita”.

Dal test WISC-R risulta un QI globale di 76, con un QI verbale di 74 e un QI di performance di 81.

Ulteriori analisi (che hanno considerato anche i dati emersi nelle prove MT) hanno evidenziato difficoltà notevoli a livello di lettura (superiori a quelle prevedibili sulla base del QI).

Funzionamento intellettivo limite e disturbi di apprendimento

Quale diagnosi è opportuna?

Ci pare che una risposta sia possibile solo approfondendo ulteriormente il caso.

A seconda dei nuovi dati emersi potrebbe risultare opportuno quanto segue.

Una diagnosi di funzionamento intellettivo limite con prestazioni in lettura più basse rispetto a ciò che ci si aspetta dall'intelligenza della bambina, ma che non giustificano anche una diagnosi di DSA.

Funzionamento intellettivo limite e disturbi di apprendimento

Quale diagnosi è opportuna?

Una diagnosi solo di disturbo di apprendimento con prestazioni basse ai test non per carenza funzionamento intellettivo, ma per interferenze motivazionali (prodotto indiretto del disturbo di apprendimento). In questo caso sarebbe opportuna una valutazione cognitiva ulteriore (con altri test) che facciano emergere prestazioni cognitive superiori rispetto a quelle emerse nel test WISC-R.

Funzionamento intellettivo limite e disturbi di apprendimento

Quale diagnosi è opportuna?

Una doppia diagnosi di disturbo specifico di apprendimento e di funzionamento intellettivo limite, nel caso si ritenga che le prestazioni intellettive non siano carenti (o solo in minima parte) a causa dei riflessi indiretti del disturbo di apprendimento (abbassamento della stima di sé, rifiuto della scuola ecc.), ma che ci sarebbero state anche in assenza del disturbo di apprendimento.

Funzionamento intellettivo limite e disturbi di apprendimento

La valutazione ha portato a concludere che si trattava di un caso molto complesso e che pur in presenza di cose atipiche la diagnosi più produttiva era quella di una comorbilità FIL e DSA.

Sulla base di questa diagnosi sono stati suggeriti sia i supporti tipici del FIL che quelli del DSA e quelli da utilizzare quando i bambini tendono ad isolarsi, a deprimersi e a non socializzare.

Funzionamento intellettivo limite e disturbi di apprendimento

- **Raffaella ha 12 anni**
- **Parto cesareo senza complicazioni. Peso normale.**
- **La madre è arrivata in Italia molto giovane, già in gravidanza, senza un compagno. Lavora come operaia: il suo compagno attuale è disoccupato.**
- **Sviluppo motorio normale.**
- ***Sviluppo cognitivo*: il test WISC III, somministrato a 11 anni, ha messo in luce un profilo decisamente disomogeneo con QI verbale 60, QI performance 96 e punteggio totale 75.**

Funzionamento intellettivo limite e disturbi di apprendimento

- **Nelle prove MT il test di lettura è risultato deficitario in rapidità e gravemente deficitario in correttezza; il punteggio in comprensione denota una situazione che richiede attenzione; nel test di lettura di parole e non parole il deficit nella correttezza risulta evidente; dettato e prove AC-MT sufficienti.**
- ***Sviluppo comunicativo e linguistico.* Prime parole a diciotto mesi. Attualmente la comunicazione è adeguata al livello cognitivo. Il linguaggio espressivo e l'organizzazione morfosintattica sono elementari. Il lessico è semplice. L'eloquio e la scrittura spontanea sono poveri di contenuti. A casa la famiglia parla italiano.**
- ***Caratteristiche del comportamento e di personalità, sviluppo sociale e rischio psicopatologico.* La bambina non ha frequentato l'asilo nido. Non risultano problemi nell'inserimento alla scuola materna anche se era descritta come ritirata e silenziosa.**

Funzionamento intellettivo limite e disturbi di apprendimento

Gli operatori che hanno effettuato la diagnosi hanno optato per la comorbidità.

Per quanto riguarda i disturbi di apprendimento è sembrato loro che non fosse evidente un disturbo prevalente, ma che in ogni caso “qualcosa c’era”.

Noi siamo molto colpiti dal QI di performance 96. Esso ci fa pensare ad un FIL molto atipico, con importanti potenziali di sviluppo cognitivo nelle prove non linguistiche.

Funzionamento intellettivo limite e disturbi di apprendimento

- **Si tratta di un caso da approfondire e da seguire attentamente sia con colloqui con la madre, sia con gli insegnanti.**
- **Sarebbe importante verificare se le carenze linguistiche sono dovute anche ad un contesto linguisticamente e culturalmente povero. Tali informazioni sarebbero utili per meglio comprendere la gravità degli eventuali disturbi di apprendimento.**
- **Anche l'assenza della figura paterna nei primi anni di vita può avere influito sullo sviluppo della personalità.**
- **A scuola sarebbe molto importante agire in modo particolarmente differenziato, dando molta importanza agli aspetti motivazionali. Cruciale può essere il fatto di aiutare la ragazza a recuperare una buona autostima nelle prestazioni in cui è più dotata.**

A scuola

Consideriamo due passi (ma si veda anche la scheda) della circolare ministeriale del 6 marzo 2013 nella sua parte introduttiva.

*“ ... il Piano Didattico Personalizzato è ... lo strumento in cui si potranno ... includere progettazioni didattico-educative calibrate **sui livelli minimi** attesi per le competenze in uscita ...”.*

Riteniamo cruciale il riferimento ai *livelli minimi attesi in uscita*.

Da chi sono decisi?

Dalla normativa?

Dal Consiglio di classe!

Spetta al Consiglio definire quali sono i contenuti essenziali in ogni disciplina.

Noi suggeriamo una modalità non usuale (ma crediamo corretta e molto produttiva) per definire quali sono i saperi essenziali (livelli minimi in uscita) per gli allievi con funzionamento intellettuale limite. Siamo consapevoli che si tratta di una proposta apparentemente semplice, ma che in realtà richiede un capovolgimento di prospettiva rispetto alla prassi più diffusa.

I saperi essenziali sono quelli acquisibili dagli allievi con funzionamento intellettuale limite.

Rispetto al “programma” i saperi essenziali sono quelli presenti nella loro zona di sviluppo potenziale.

Se non riescono ad apprenderli ci sono tre possibilità.

1. Abbiamo scelto obiettivi che non sono minimi, ma troppo alti e dobbiamo procedere ulteriormente nella scoperta dei saperi essenziali.

2. La scelta dei saperi essenziali è stata adeguata e sono quindi nella loro zona di sviluppo potenziale, ma è carente l'aiuto (il supporto) che forniamo loro. Questo può essere anche dovuto a problematiche motivazionali e ad aspetti di personalità che ostacolano ulteriormente il rapporto di apprendimento-insegnamento. Basti pensare alla possibile scarsa autostima, al timore di sbagliare ecc.

**3. Non si tratta di allievi con funzionamento intellettuale limite, ma con disabilità intellettive (o con comorbilità complesse), in quanto non è loro possibile raggiungere il livello minimo previsto per la classe in cui sono iscritti anche se forniamo loro i supporti ideali.
In questo caso cambiano gli obiettivi da raggiungere.**

Può bastare...

“La Direttiva ben chiarisce come la presa in carico dei BES debba essere al centro dell’attenzione e dello sforzo congiunto della scuola e della famiglia.”

Non è facile per la scuola collaborare con tutte le famiglie. A giudizio di chi scrive si tratta di una fra le varie situazioni in cui uno psicologo scolastico sarebbe veramente utile. Senza questa figura di “intermediario” a volte le collaborazioni sono comunque facili, altre volte quasi impossibili. Le possibilità di collaborazione aumentano se si fornisce alle famiglie il massimo di informazioni. Concordare assieme un Piano Educativo Personalizzato può essere una ottima occasione. Certo, ci vuole tempo. Di norma si tratta di tempo ben speso perché evita future incomprensioni.

Poiché gli allievi con funzionamento intellettuale limite sono fra loro molto diversi non è semplice proporre indicazioni in sintesi. Sono comunque possibili alcune indicazioni di base.

Assieme a tutti gli altri

Bambini e ragazzi con disabilità intellettive realizzano meglio i propri potenziali di apprendimento in contesti di integrazione scolastica e sociale. Eppure la “tentazione” del ritorno alla scuola speciale rinasce continuamente, come nei casi in cui si fa uscire sistematicamente (quindi non solo per 3 o 4 ore alla settimana) l’allievo dalla classe. Se leviamo agli allievi con funzionamento intellettuale limite i compagni di classe togliamo loro l’integrazione.

Conoscere lo sviluppo tipico

Per capire lo sviluppo atipico si deve prima conoscere lo sviluppo tipico. Molti insegnanti si trovano in difficoltà con i bambini certificati con funzionamento intellettivo limite non perché non conoscono i problemi specifici della disabilità, ma perché non conoscono abbastanza bene lo sviluppo normale. Ad esempio non sono esperti di comunicazione non verbale o di dinamiche emotive o di motivazione ecc. Spesso è necessario uno studio individuale sistematico.

Conoscere le specificità dello sviluppo atipico

La conoscenza dello sviluppo tipico è necessaria per una ottimale comprensione delle problematiche connesse con le disabilità intellettive, ma non basta. Il termine “limite” ci ricorda che gli allievi con FIL tendono a situarsi tra lo sviluppo dei minori con funzionamento cognitivo normale e quello di bambini e ragazzi con disabilità intellettive. Ciò richiede una conoscenza specifica dello sviluppo atipico e in particolare delle disabilità intellettive almeno a due livelli.

Di base è la conoscenza delle problematiche tipiche (non nel senso di sempre presenti, ma nel senso di più frequenti che nella popolazione generale) delle disabilità intellettive. Esse non riguardano solo lo sviluppo cognitivo e linguistico, ma anche quelli: fisico e motorio, emotivo, affettivo, sociale, motivazionale e di personalità.

Ad essa deve essere associata la conoscenza delle caratteristiche tipiche (anche qui nel senso di più frequenti) delle specifiche sindromi.

Su tali basi è più agevole utilizzare la conoscenza dello sviluppo tipico, dello sviluppo in caso di disabilità intellettive e dei vari tipi di funzionamento intellettivo limite per comprendere la specificità del singolo individuo. Possiamo anche dire che le conoscenze generali invitano a formulare ipotesi, che devono essere comunque verificate, senza pregiudizi e aspettandosi sempre le eccezioni.

Partire dalle ricchezze del bambino (e dalla sua zona di sviluppo potenziale)

Per insegnare qualcosa si deve partire da ciò che l'allievo sa già fare o conosce già. Anche se il bambino ha 10 anni e ha una età mentale di 8 oppure se è iscritto nella prima classe della scuola secondaria di secondo grado, ma il suo modo di ragionare è più tipico dei ragazzi iscritti alla prima o alla seconda classe della scuola secondaria di primo grado.

Si può insegnargli qualcosa solo se riconosciamo la sua “ricchezza” ... anche se questo vuol dire:

- capire a quali livelli (di intelligenza, comunicazione non verbale, comunicazione verbale, socializzazione, controllo delle emozioni ecc.) è il bambino o il ragazzo;**
- fargli proposte adeguate al suo livello, tenendo conto del fatto che le sue capacità di apprendimento di cose nuove sono minori di quelle di un bambino di stessa età equivalente e che anche la sua motivazione all'apprendimento e l'autostima (anche a causa della sua storia di insuccessi e spesso di un'autostima fragile) tendono ad essere minori.**

Allievo protagonista del proprio apprendimento

Comune a gran parte degli approcci teorici più significativi (Vygotskij, Piaget, Inhelder, Sinclair e Bovet, Doise e Mugny, Sternberg e Grigorenko ecc.) è la valorizzazione di un insegnamento rispettoso dell'allievo e in particolare della sua iniziativa, della sua attività, del suo punto di vista, delle conoscenze già acquisite, del suo modo di ragionare, dei suoi interessi, delle sue motivazioni, dei suoi valori. È come se si dicesse che il primo protagonista del rapporto insegnamento-apprendimento non è l'insegnante, ma l'allievo.

Da questo rispetto derivano l'attenzione per la sua zona di sviluppo potenziale e proposte di insegnamento su cui egli possa "lavorare", esprimendo la sua iniziativa, costruendo sulle sue conoscenze, utilizzando approcci, strategie e strumenti propri e in via di miglioramento.

Importanza della motivazione e dei valori

Fin dagli inizi la psicologia dello sviluppo e dell'educazione (ma anche la psicologia in generale) ha attribuito agli aspetti motivazionali estrema importanza. Anzi li ha considerati essenziali. A seconda dei diversi contesti teorici, sono stati usati vari termini: emotivo, affettivo, energetico, motivazionale, dinamico, valoriale ecc. Li accomuna il fatto che ci si riferisce al motivo per cui si agisce, al fine, all'obiettivo del comportamento.

Non sempre nel rapporto con bambini e ragazzi con funzionamento intellettivo limite si ha del tutto presente che ogni comportamento ha una necessaria componente motivazionale e che senza di esse l'individuo non mette a disposizione le sue energie (o, più frequente, non ne mette abbastanza).

Molto giustamente Sternberg e Grigorenko (2002, p. 73) evidenziano che la motivazione è guidata dai valori. Tener conto della motivazione non significa solo cercare di creare un ambiente sereno (comunque molto importante). Significa tener conto di come l'individuo si proietta nel futuro di ciò che per lui è importante. In altre parole è importante far leva sulla motivazione a raggiungere obiettivi ritenuti individualmente importanti.

Insegnamento differenziato e conduzione della classe in cui è inserito un alunno con disabilità

Come ci ricorda la normativa già citata gli allievi con funzionamento intellettivo necessitano di un insegnamento personalizzato.

Come farlo tenendolo in classe? Con un insegnamento differenziato (vedi Vianello 2012), cioè proponendogli attività semplificate, coerenti con ciò che in quel momento sta facendo la classe.

Ovviamente per attuare l'insegnamento differenziato serve programmazione e coordinamento fra gli insegnanti. La normativa ci ricorda: serve un Piano Educativo Personalizzato.

La cooperazione con i compagni di classe favorisce il realizzarsi dei potenziali di sviluppo

Molto è stato scritto sull'apprendimento e sull'insegnamento cooperativo. In questo contesto ci limitiamo a dire che esso è molto utile per le classi in cui è inserito un allievo con disabilità intellettive e in cui si attua un insegnamento differenziato.

Anche se non sempre, spesso è opportuno organizzare la classe in gruppi.

Quali classi inclusive?

Anche se la letteratura evidenzia i vantaggi dell'inserimento in classe normale rispetto a quello in scuola speciale, il fatto che non sempre ci siano questi vantaggi (Carlberg & Cavale, 1980; Epps & Tindal, 1988; Freeman & Alkin, 2000) invita a chiedersi quali siano le condizioni che caratterizzano le scuole che favoriscono i risultati maggiori.

Dall'analisi della letteratura risulta innanzitutto:

-l'importanza di una adeguata programmazione

-e la modifica dell'istruzione generale per adattarla anche ai bisogni degli studenti con disabilità

-Atteggiamento accogliente nei confronti di tutti gli allievi

-Assistenti all'insegnamento (ad esempio insegnanti di sostegno)

-Un insegnamento flessibile, che permetta la personalizzazione

- Buoni sistemi di monitoraggio dei progressi individuali e uso dei risultati per pianificare supporti e interventi individualizzati

- Didattiche flessibili, buone indipendentemente dalla presenza di allievi con disabilità

- Ritenerne che l'istruzione degli allievi con disabilità sia "normale" responsabilità di un insegnante