

**RISORSE DIDATTICHE**

# La Diagnosi Funzionale nelle Disabilità intellettive I° parte

Dr. Sergio Messina  
Neuropsichiatra Infantile  
UONPIA Caltagirone  
ASP3 Catania

# L'incidenza dei Disturbi del Neurosviluppo nella Scuola è sempre più elevato

## Gli alunni con Bisogni educativi speciali

- L'Istituto nazionale di statistica in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione ha condotto uno studio in merito all'**inclusione scolastica** degli alunni nell'anno scolastico 2019/2020, con particolare riguardo per gli alunni con BES
- Secondo questi **dati**, rispetto all'anno scolastico 2017/2018, negli ultimi due anni l'incremento degli studenti BES è stato del **29%** sugli alunni iscritti, equivalente a circa **60 mila studenti in più**.
- I motivi più evidenti sono:
  - Una più attenta osservazione dei ragazzi da parte di docenti e genitori
  - Una maggiore riconoscibilità, rispetto al passato, di molti disturbi che interferiscono con l'apprendimento
  - L'aumento di studenti provenienti da altri Paesi.



Gestione Patrimonio  
Informativo e Statistica

## **I principali dati relativi agli alunni con disabilità**

**anno scolastico 2018/2019**

Novembre 2020



Negli anni l'inclusione degli alunni con disabilità continua a tracciare un andamento crescente: nell'a.s. 2004/2005 la percentuale di alunni con disabilità certificata era pari all'1,89%, nell'a.s. 2018/2019 tale percentuale è salita al 3,3%.

Da un confronto sui vari ordini di scuola, il numero di alunni con disabilità è passato **dallo 0,9% al 2,4% nella scuola dell'infanzia, dal 2,4% al 3,8% nella scuola primaria, dal 2,9% al 4,2% nella scuola secondaria di I grado e dall'1,3% al 2,7% nella scuola secondaria di II grado**

Tavola 8 - Alunni con disabilità e totale alunni: aa.ss. 2004/2005 - 2018/2019

Anno scolastico	Alunni con disabilità	Totale alunni	% alunni con disabilità sul totale alunni
2004/2005	167.804	8.882.334	1,89
—			
2008/2009	192.997	8.946.233	2,16
2009/2010	200.462	8.961.634	2,24
2010/2011	208.524	8.965.822	2,33
2011/2012	216.013	8.961.159	2,41
2012/2013	223.496	8.943.353	2,50
2013/2014	228.017	8.876.176	2,57
2014/2015	234.788	8.845.984	2,65
2015/2016	242.353	8.790.557	2,76
2016/2017	254.366	8.705.450	2,92
2017/2018	268.246	8.664.367	3,10
2018/2019	283.856	8.579.879	3,31

Fonte: MI - DGSIS - Ufficio Gestione Patrimonio informativo e Statistica - Rilevazioni sulle scuole

Dai dati emerge che è **portatore di disabilità psicofisica il 96,4%** del numero complessivo di alunni con disabilità frequentanti le scuole; nello specifico **il 68,8% presenta una disabilità intellettiva**, il **3,2% una disabilità motoria** e il **24,4% è portatore di un altro tipo di disabilità**. L'1,5% presenta una disabilità visiva e il 2,1% una disabilità uditiva.

Tavola 5 - Alunni con disabilità per ordine di scuola e tipologia (comp. %) - a.s. 2018/2019

Ordine di scuola	visiva	uditiva	psicofisica	di cui		
				intellettiva	motoria	altro
Infanzia	1,1	2,3	96,6	60,3	4,5	31,8
Primaria	1,4	1,9	96,7	70,4	2,7	23,6
Sec. I grado	1,3	1,8	96,9	72,2	2,4	22,3
Sec. II grado	1,9	2,6	95,5	67,3	4,1	24,1
TOTALE	1,5	2,1	96,4	68,8	3,2	24,4

Nota: per la provincia di Bolzano non è disponibile il dettaglio per tipologia di disabilità

Fonte: MI - DGSIS - Ufficio Gestione Patrimonio informativo e Statistica - Rilevazioni sulle scuole

# Tipologia di disabilità su % di alunni certificati ai sensi della 104/92

Disturbo	% Scuola Infanzia	% Scuola primaria	% Scuola Secondaria I° Grado	% Scuola Secondaria II° Grado
<b>Autismo</b>	<b>17,9</b>	6,6	4,1	3,5
Disturbi mentali	10,9	9,4	9,3	9,3
<b>Disturbi del linguaggio</b>	6,4	9,4	4,4	2,6
<b>Ritardo mentale lieve</b>	3,8	<b>14,3</b>	<b>20,0</b>	<b>21,8</b>
<b>ADHD</b>	0,9	3,4	3,1	1,9
<b>D. Evolutivi misti</b>	6,9	5,5	3,0	1,9
<b>D. Ipercinetici</b>	/	2,4	2,2	1,3
<b>DSA</b>	/	1,8	3,1	2,4
Sindrome Down	2,8	1,7	1,6	2,2
Disturbi del comportamento	/	1,4	1,5	/

# REPORT DI RICERCA

## Migranti con disabilità

- Rispetto al numero complessivo degli alunni con disabilità (230.581, pari al 2,6% del totale) l'incidenza degli alunni stranieri con disabilità è dell'11,5% (era del 6,2% nell'a.s. 2007/2008), con valori sopra la media registrati nella scuola dell'infanzia (15,0%), nella scuola primaria (13,0%) e nella scuola secondaria di primo grado (12,2%).

# La Diagnosi Funzionale

Decreto Presidente della Repubblica  
24 febbraio 1994

*(Pubblicato la prima volta nella G.U 6 aprile 1994, n. 79, il D.P.R. è stato ripubblicato, dopo la registrazione alla Corte dei conti, sulla G.U. 15 aprile 1994, n. 87)*

## 3. Diagnosi funzionale.

1. Per diagnosi funzionale si intende la **descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psicofisico dell'alunno in situazione di handicap**, al momento in cui accede alla struttura sanitaria per conseguire gli interventi previsti dagli articoli 12 e 13 della legge n. 104 del 1992.

2. Alla diagnosi funzionale provvede l'unità multidisciplinare composta: dal medico specialista nella patologia segnalata, dallo specialista in neuropsichiatria infantile, dal terapeuta della riabilitazione, dagli operatori sociali in servizio presso la unità sanitaria locale o in regime di convenzione con la medesima. La diagnosi funzionale deriva dall'acquisizione di **elementi clinici e psico-sociali**. Gli elementi clinici si acquisiscono tramite la visita medica diretta dell'alunno e l'acquisizione dell'eventuale documentazione medica preesistente.

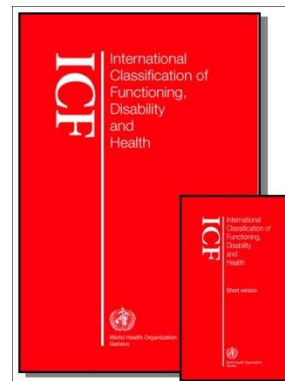
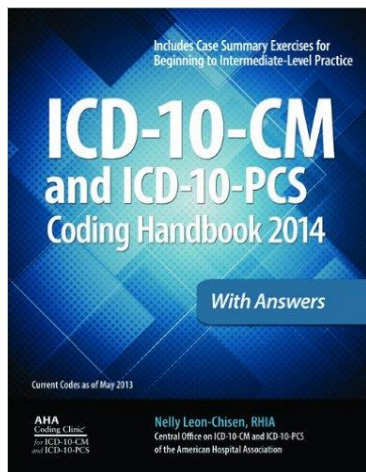
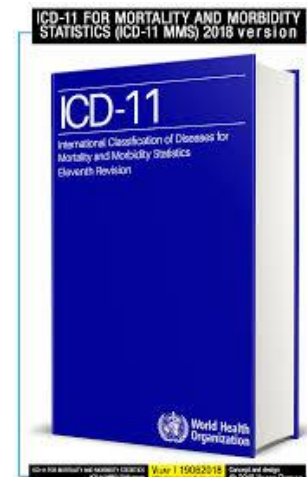
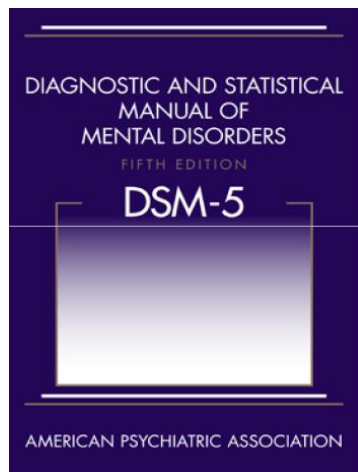
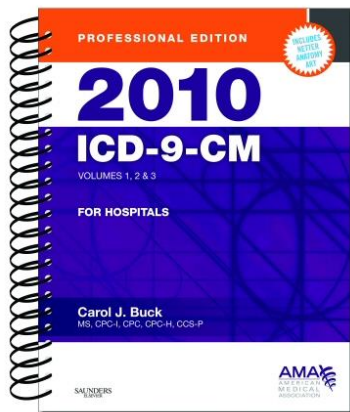
3. La diagnosi funzionale, di cui al comma 2, si articola necessariamente nei seguenti accertamenti:

- a) **l'anamnesi fisiologica e patologica prossima e remota del soggetto**, con particolare riferimento alla nascita (in ospedale, a casa, ecc.), nonché alle fasi dello sviluppo neuro-psicologico da zero a sedici anni ed inoltre alle vaccinazioni, alle malattie riferite e/o repertate, agli eventuali periodi di ospedalizzazione, agli eventuali programmi terapeutici in atto, agli eventuali interventi chirurgici, alle eventuali precedenti esperienze riabilitative;
- b) **diagnosi clinica**, redatta dal medico specialista nella patologia segnalata (rispettivamente neuropsichiatra infantile, otorinolaringoiatra, oculista, ecc.), come indicato nell'art. 3, comma 2: la stessa fa riferimento all'eziologia ed esprime le conseguenze funzionali dell'infermità indicando la previsione dell'evoluzione naturale.

4. La diagnosi funzionale, essendo finalizzata al recupero del soggetto portatore di handicap, deve tenere particolarmente conto delle potenzialità registrabili in ordine ai seguenti aspetti:

- a) **cognitivo**, esaminato nelle componenti: livello di sviluppo raggiunto e capacità di integrazione delle competenze;
- b) **affettivo-relazionale**, esaminato nelle componenti: livello di autostima e rapporto con gli altri;
- c) **linguistico**, esaminato nelle componenti: comprensione, produzione e linguaggi alternativi;
- d) **sensoriale**, esaminato nella componente: tipo e grado di deficit con particolare riferimento alla vista, all'udito e al tatto;
- e) **motorio-prassico**, esaminato nelle componenti: motricità globale e motricità fine;
- f) **neuropsicologico**, esaminato nelle componenti: memoria, attenzione e organizzazione spazio temporale;
- g) **autonomia personale e sociale**.

# La diagnosi



ICF

- Full version
- Short version



N. 43

MINISTERO DELLA SANITÀ

DECRETO MINISTERIALE 5 febbraio 1992.

**Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti.**

# Sistemi di classificazione condivisi

- Cercare di costruire strumenti adeguati per rilevare le condizioni di salute presenti in un dato momento
- Efficacia dei trattamenti
- Grado di integrazione sociale e di inserimento lavorativo della persona con disabilità
- Ridurre le difficoltà attuali nello scambio delle esperienze e nella documentazione della efficacia dei protocolli riabilitativi

# I rischi del classificare

- *“Ogni classificazione è nello stesso tempo un aiuto e un impedimento al riconoscimento.”* (Canevaro, 1995)
- *“Classificare significa PENSARE, facendo collegamenti tra le varie esperienze ed eventi. Nello stesso tempo, classificare può essere anche un modo di NON PENSARE, in quanto le classificazioni permettono di incasellare un paziente prima ancora di averlo compreso.”* (Fava Vizziello, 2003)
- La natura non conosce le nostre classificazioni (De Feo 1989)

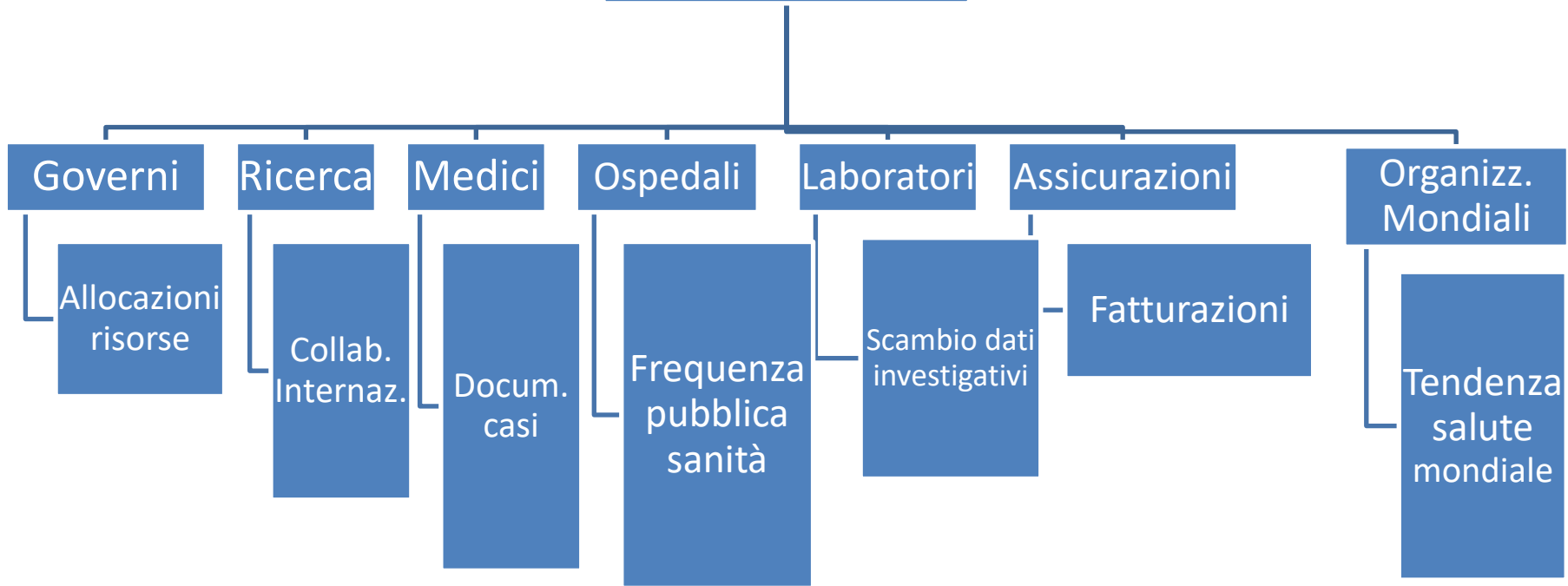


Le classificazioni sono tra i prodotti più importanti ma anche meno conosciuti dell'OMS (WHO).

La *“Famiglia delle Classificazioni Internazionali (FIC)”* è un insieme di classificazioni integrate che forniscono un linguaggio comune per le informazioni sanitarie in tutto il mondo.

Tra queste vi sono le *“Classificazioni di riferimento”* che sono approvate per i rapporti internazionali e coprono i principali parametri di salute.

# Classificazioni OMS



# L'OMS è responsabile di tre classificazioni di riferimento primarie

- Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi di salute correlati (ICD)
- Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF)
- Classificazione internazionale degli interventi sanitari (ICHI)

Oltre alle “Classificazioni di riferimento” vi sono

- a) Classificazioni “Derivate”, che sono estensioni delle prime e vengono create per essere utilizzate all'interno di un contesto specializzato, ad esempio a livello nazionale
- b) Classificazioni “Correlate”, complementari alle precedenti e coprono aree di specialità non altrimenti descritte nella «Famiglia delle Classificazioni».

# Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi di salute correlati (ICD)

- Un sistema di classificazione nel quale le malattie e i traumatismi sono ordinati in gruppi sulla base di criteri definiti.
- Fornire un linguaggio comune per codificare le informazioni relative alla morbilità e mortalità in modo da disporre di dati comparabili per le statistiche e il monitoraggio epidemiologico.

## Vari utilizzi

- Monitoraggio dell'incidenza e della prevalenza delle malattie,
- Cause di morte,
- Codici di resistenza antimicrobica,
- Codici per la documentazione completa della sicurezza del paziente, in linea con il quadro di sicurezza del paziente dell'OMS,
- Doppia codifica per diagnosi di medicina tradizionale
- Registrazione di malattie rare.

# Un po' di storia

- La prima edizione della classificazione internazionale, nota come Elenco internazionale delle cause di morte, è stata adottata dall'Istituto internazionale di statistica nel **1893**, per essere successivamente rivisto e pubblicato in una serie di revisioni per riflettere i progressi della salute e della scienza medica nel tempo.
- **L'OMS fu incaricato dell'ICD alla sua creazione nel 1948** e pubblicò la sesta versione, ICD-6, che incorporava per la prima volta la morbilità.
- I regolamenti sulla nomenclatura dell'OMS, adottati nel 1967, stabilirono che gli **Stati membri avrebbero utilizzato la revisione più recente dell'ICD** per la registrazione nazionale e internazionale e la comunicazione delle statistiche di mortalità e morbilità.
- Nel 1975, a Ginevra, nel corso della 29a Assemblea della Organizzazione Mondiale della Sanità fu approvata la 9a revisione della Classificazione (ICD-9).
- Dal 1979, negli Stati Uniti, un Comitato provvede ad aggiornare annualmente una versione modificata ed ampliata, con l'introduzione degli interventi e delle procedure diagnostiche e terapeutiche, del sistema di classificazione, la ICD-9-CM International Classification of Diseases, 9th revision, Clinical Modification.

# In Italia

- L' ICD-9, nella traduzione italiana predisposta e pubblicata a cura dell'ISTAT, Classificazione delle malattie, traumatismi e cause di morte (9 revisione, 1975), è stata utilizzata, ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità del 26 luglio 1993, per la codifica delle informazioni cliniche rilevate attraverso la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).
- Le Commissioni Mediche preposte al riconoscimento degli stati di invalidità e/o disabilità e, nel caso di minori, del beneficio di eventuali indennità di frequenza o accompagnamento, sono tenute a codificare le diagnosi accertate tramite ICD-9 e ICD-9-CM.

# ICD-9 e DSM Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali nei Disturbi dell'età evolutiva

- Un costante parallelismo tra ICD e DSM, nato nel 1952 (American Psychiatric Association APA).
- Le due organizzazioni hanno deciso di collaborare e dare il proprio contributo ad entrambi i manuali, così l'APA partecipò ai lavori per la realizzazione dell'ICD-8 e successivamente pubblicò il DSM II. Lo stesso avvenne anche con la revisione che portò all'ICD-9 a cui fece seguito nel 1980 l'uscita del DSM III. Con le stesse modalità si è avuta la collaborazione per l'elaborazione di DMS-5 ed ICD-10
- Nonostante le procedure di codifica proposte dal DSM siano più semplici di quelle dell'ICD, la scelta da parte dei vari Stati di utilizzare il secondo sistema di classificazione per redigere le statistiche relative alla salute pubblica dipende principalmente da accordi tra loro ratificati.

# Classificazione ICD-10

- I lavori sulla decima revisione di ICD ebbero inizio **nel settembre 1983**, quando fu convocata a Ginevra una riunione preparatoria su ICD-10 che è stato approvato nel maggio 1990 dalla Quarantatreesima Assemblea Mondiale della Sanità.
- Da allora sono state pubblicate circa **15 versioni aggiornate**, di cui l'ultima nel 2019
- In attesa della pubblicazione della versione italiana dell'ICD-11, la classificazione ICD-10 è attualmente adottata in Italia per la codifica delle cause di morte nella rilevazione ISTAT sui decessi.
- Questo nuovo sistema alfanumerico è costituito da una lettera seguita da tre cifre a livello di quattro caratteri (Esempio F70.0), in modo da rendere possibile assegnare alla maggior parte dei capitoli una lettera unica o un gruppo di lettere, ciascuna in grado di fornire 100 categorie a tre caratteri.

---

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL  
MANUAL OF  
MENTAL DISORDERS

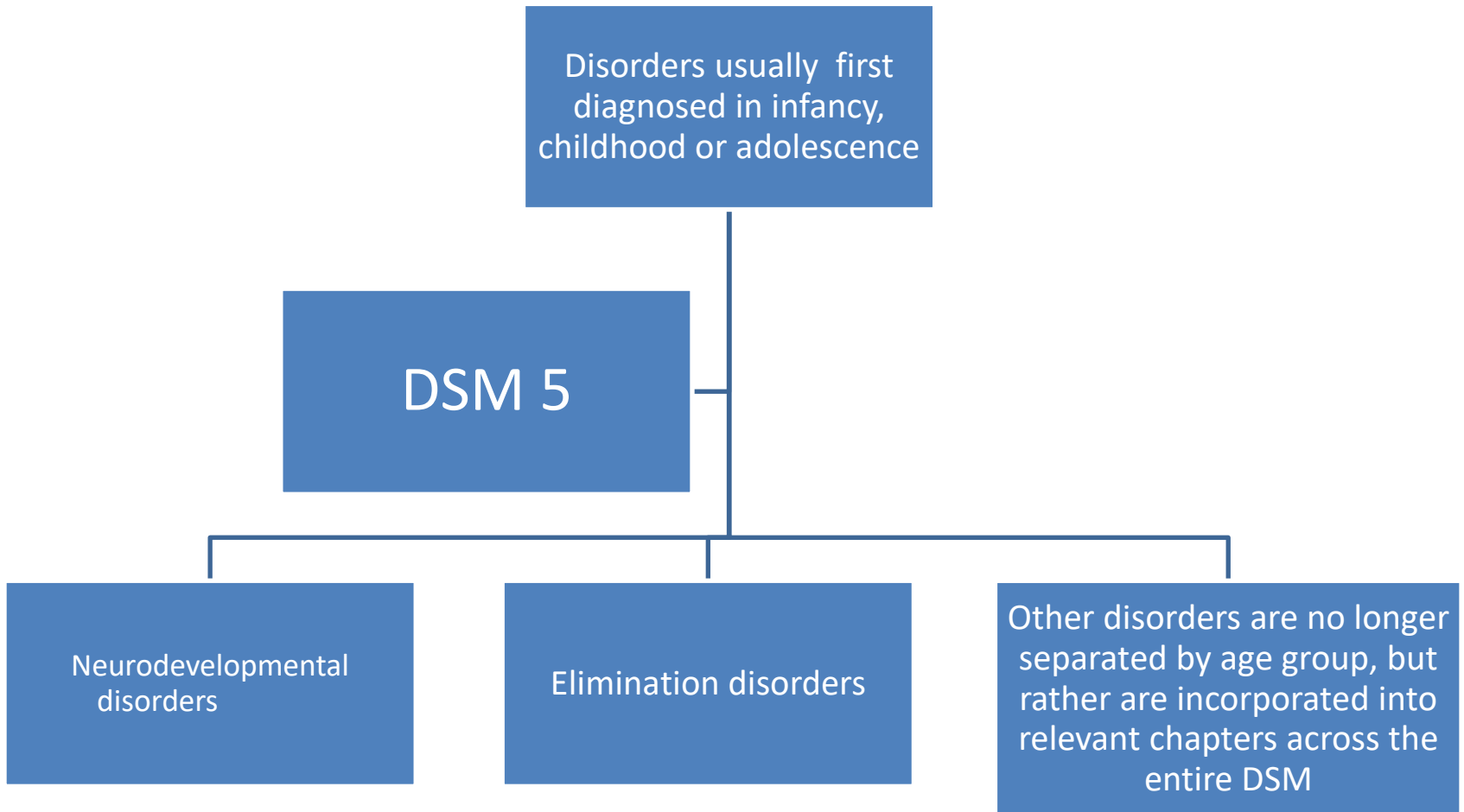
FIFTH EDITION

DSM-5

---

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

# DaI DSM IV al DSM 5



# Neurodevelopmental Disorders

- Intellectual Disabilities
- Communication Disorders
- Autism Spectrum Disorder
- Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
- Specific Learning Disorder
- Motor Disorders
- Other Neurodevelopmental Disorders

## Intellectual Disabilities (33)

	(__.)	Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder) (33)
		<i>Specify current severity:</i>
317	(F70)	Mild
318.0	(F71)	Moderate
318.1	(F72)	Severe
318.2	(F73)	Profound
315.8	(F88)	Global Developmental Delay (41)
319	(F79)	Unspecified Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder) (41)

## Communication Disorders (41)

315.39	(F80.9)	Language Disorder (42)
315.39	(F80.0)	Speech Sound Disorder (44)
315.35	(F80.81)	Childhood-Onset Fluency Disorder (Stuttering) (45)
		<b>Note:</b> Later-onset cases are diagnosed as 307.0 (F98.5) adult-onset fluency disorder.
315.39	(F80.89)	Social (Pragmatic) Communication Disorder (47)
307.9	(F80.9)	Unspecified Communication Disorder (49)

### Autism Spectrum Disorder (50)

- 299.00 (F84.0)** Autism Spectrum Disorder (50)  
*Specify if:* Associated with a known medical or genetic condition or environmental factor; Associated with another neurodevelopmental, mental, or behavioral disorder  
*Specify current severity for Criterion A and Criterion B:* Requiring very substantial support, Requiring substantial support, Requiring support  
*Specify if:* With or without accompanying intellectual impairment, With or without accompanying language impairment, With catatonia (use additional code 293.89 [F06.1])

### Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (59)

- \_\_\_ (\_\_\_) Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (59)  
*Specify whether:*
- 314.01 (F90.2)** Combined presentation
  - 314.00 (F90.0)** Predominantly inattentive presentation
  - 314.01 (F90.1)** Predominantly hyperactive/impulsive presentation  
*Specify if:* In partial remission  
*Specify current severity:* Mild, Moderate, Severe
  - 314.01 (F90.8)** Other Specified Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (65)
  - 314.01 (F90.9)** Unspecified Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (66)

### Specific Learning Disorder (66)

- \_\_\_ (\_\_\_) Specific Learning Disorder (66)  
*Specify if:*
- 315.00 (F81.0)** With impairment in reading (*specify if with word reading accuracy, reading rate or fluency, reading comprehension*)
  - 315.2 (F81.81)** With impairment in written expression (*specify if with spelling accuracy, grammar and punctuation accuracy, clarity or organization of written expression*)
  - 315.1 (F81.2)** With impairment in mathematics (*specify if with number sense, memorization of arithmetic facts, accurate or fluent calculation, accurate math reasoning*)  
*Specify current severity:* Mild, Moderate, Severe

## Motor Disorders (74)

**315.4 (F82)**      Developmental Coordination Disorder (74)

**307.3 (F98.4)**      Stereotypic Movement Disorder (77)

*Specify if: With self-injurious behavior, Without self-injurious behavior*

*Specify if: Associated with a known medical or genetic condition, neurodevelopmental disorder, or environmental factor*

*Specify current severity: Mild, Moderate, Severe*

## Tic Disorders

**307.23 (F95.2)**      Tourette's Disorder (81)

**307.22 (F95.1)**      Persistent (Chronic) Motor or Vocal Tic Disorder (81)

*Specify if: With motor tics only, With vocal tics only*

**307.21 (F95.0)**      Provisional Tic Disorder (81)

**307.20 (F95.8)**      Other Specified Tic Disorder (85)

**307.20 (F95.9)**      Unspecified Tic Disorder (85)

## Other Neurodevelopmental Disorders (86)

**315.8 (F88)**      Other Specified Neurodevelopmental Disorder (86)

**315.9 (F89)**      Unspecified Neurodevelopmental Disorder (86)

# Le disabilità intellettive: classificazioni

- Il linguaggio esprime la cultura di una società ed è indicativo degli atteggiamenti che si assumono a specifici problemi .
- Un linguaggio nuovo, consono alle esigenze della persona, deve considerare disabilità ed handicap come un insieme complesso di condizioni, molte delle quali si producono e si rafforzano all'interno dell'ambiente sociale di appartenenza.

# Disabilità Intellettive

## Disturbo dello sviluppo intellettivo

DSM I (1953)	DSM II (1968)	DSM III (1980)	DSM III-R (1987)	DSM IV (1994)	DSM5 2013
Deficienze mentali	Ritardo mentale	Disturbi pervasivi dello sviluppo	Non sostanziali modifiche	Non sostanziali modifiche	Disabilità intellettiva Disturbi dello sviluppo intellettivo
					Svincolati dal QI

# The Rosa's Law

RITARDO MENTALE - DISABILITÀ INTELLETTIVA



**ROSA'S LAW**  
Public Law 111-256  
OCT. 5, 2010

This Act shall be construed to make amendments to provisions of Federal law to substitute the term "an intellectual disability" for "mental retardation"; and "individuals with intellectual disabilities" for "the mentally retarded" or "individuals who are mentally retarded".

**Rosa Marcellino**  
Edgewater, Maryland

Nick Marcellino: "What you call my sister is how you will treat her."

La Legge di Rosa è una legge degli Stati Uniti che sostituisce diversi casi di "ritardo mentale" in legge con "disabilità intellettiva" (5 ottobre 2010) .

Prende il nome da Rosa Marcellino, una bambina di 9 anni con Sindrome di Down .

# Il DSM 5

- Oltre alla valutazione cognitiva delle abilità intellettive è fondamentale indagare le aree di funzionamento del soggetto mediante strumenti appositi che hanno lo scopo di approfondire il livello di adattamento in quanto il solo **Qi**, ovvero la presenza di un **Quoziente Intellettivo sotto la media, non è sufficiente** a formulare una **diagnosi esaustiva**.

“Se non riesco ad imparare nel modo in cui insegni, potresti insegnare nel modo in cui imparo?”

*Harry Chasty*

# E' possibile prevedere come si svilupperanno i processi di apprendimento nei soggetti con disturbo del neurosviluppo ?

- L'accesso all'istruzione post secondaria per soggetti con learning disabilities sembra correlata alla:
- **Gravità del disturbo** (intesa come livello di inefficienza dell'abilità di lettura, scrittura e di numerazione calcolo),
- **Al QI**
- **Alla possibilità di accesso alle risorse esterne** (nello specifico: partecipazione ad attività extracurricolari e risorse sociali messe a disposizione per l'orientamento allo studio)

## Le funzioni esecutive

- La letteratura internazionale ritiene le Fe maggiormente predittive di un buon rendimento scolastico rispetto a parametri più classici come il QI
- Con l'ingresso a scuola ai bambini per l'acquisizione della letto-scrittura e del calcolo sarà necessario un carico cognitivo progressivamente crescente e per tanto dovranno utilizzare maggiori risorse per lavorare, elaborare e processare mentalmente una serie di dati crescenti al fine di vedere e apprendere nuove connessioni tra gli elementi anche attraverso strategie di autocontrollo

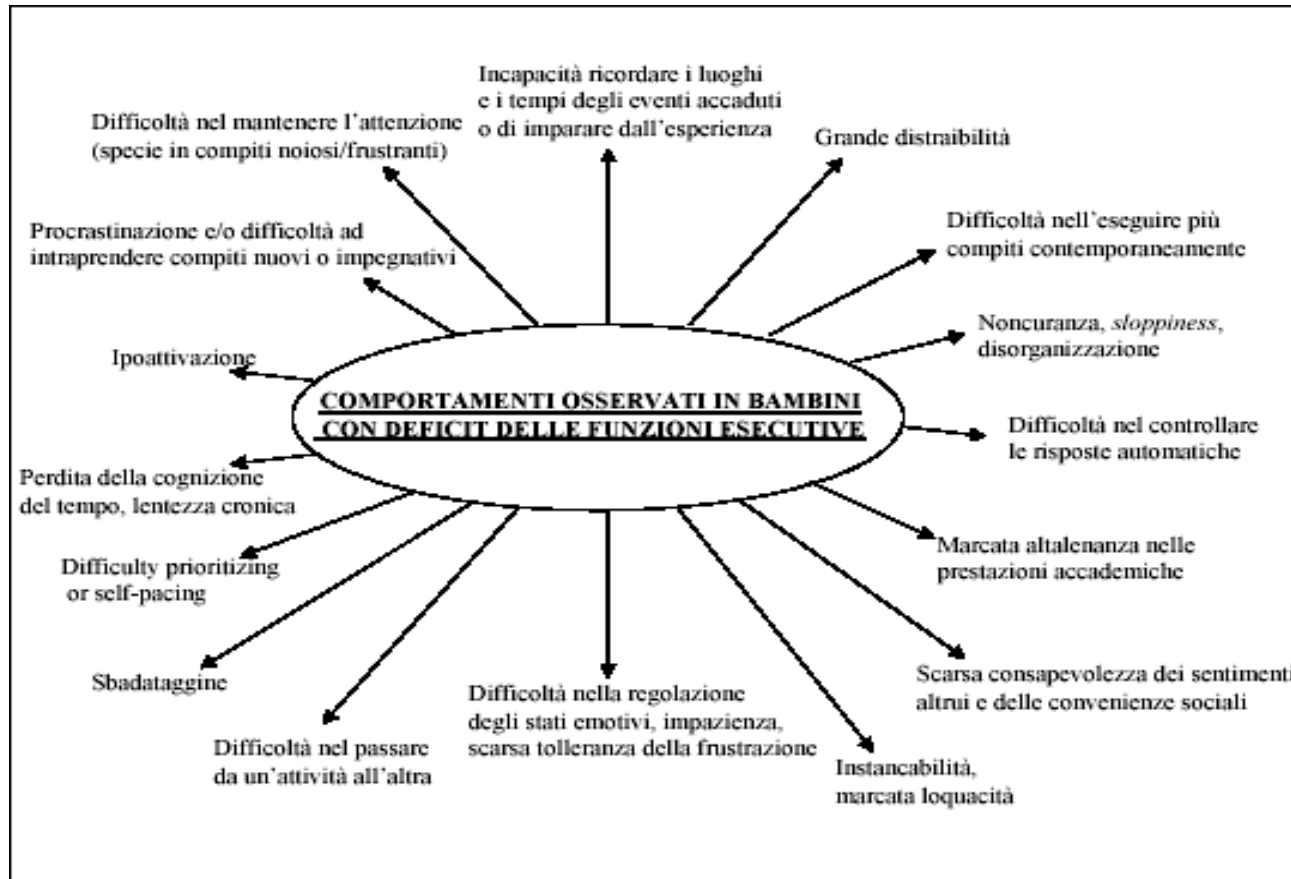
# Funzioni esecutive e Processi di apprendimento

## Letto-scrittura

### Abilità matematiche

- La Ricerca dimostra da tempo che molti alunni con difficoltà aritmetiche mostrano un **deficit nella Memoria di lavoro (verbale e visuo-spaziale)** e nella **capacità di inibire risposte apprese in favore di nuove**, che rende ancora più faticoso ignorare informazioni non rilevanti ed utilizzare al meglio strategie adeguate alla risoluzione di problemi

- Il **deficit nella Memoria di lavoro** (sia nella componente verbale che visuo-spaziale) è considerato una delle caratteristiche principali della dislessia anche in età adulta
- I soggetti con dislessia fanno maggiore uso delle caratteristiche visive della parola (forma ortografica) che non di quelle fonologiche proprio per un **deficit della Memoria fonologica**
- Altre FE coinvolte nella dislessia: Funzioni esecutive verbali, **l'inibizione, il monitoraggio, la revisione in itinere, l'attenzione visuo-spaziale**



ICF

21 maggio 2001

Classificazione Internazionale del  
Funzionamento, della Disabilità e della Salute  
(International Classification of Functioning,  
Disability and Health -ICF)

191 Paesi partecipanti alla 54ma Assemblea  
Mondiale della Sanità

# La versione italiana

L'Agenzia Regionale della Sanità della Regione Friuli Venezia Giulia e la [Disability Italian Network-DIN](#) hanno presentato ufficialmente la versione italiana dell'ICF il **17 aprile 2002** a Trieste durante la [“WHO-Conference on Health and Disability”](#).

# Il capovolgimento di logica proposto dall'ICF

- Rappresenta la conclusione di un lungo lavoro di revisione dell'ICIDH-2, iniziato nel 1996, a Ginevra, con un *meeting* di revisione (Bozza Alfa), seguita l'anno successivo dalla versione Beta-1, che integrava i suggerimenti raccolti nel corso degli ultimi anni, ed infine nel '99 veniva realizzata la Beta-2, presentata a Londra in occasione del *meeting* annuale e, arricchita delle decisioni prese nel corso dello stesso, pubblicata nel luglio dello stesso anno per la prova sul campo.
- Solo dopo questa fase sperimentale la versione prefinale dell'ICIDH-2 viene presentata in occasione del meeting annuale nel novembre e quindi sottoposta al Comitato Esecutivo dell'OMS (gennaio 2001) che finalmente viene approvata con il nuovo titolo di ICF.
- **È un capovolgimento di logica:** mentre gli indicatori tradizionali si basano sui tassi di mortalità, **l'ICF pone come centrale la qualità della vita delle persone affette o meno da una patologia**, permette quindi di evidenziare come convivono con la loro condizione e come sia possibile migliorarla affinché possano contare su un'esistenza produttiva e serena.

# Il rapporto complementare tra ICD-10 ed ICF

## ICD-10

- Modello di riferimento eziologico
- Informazioni sulla mortalità
- Si interessa delle «conseguenze» delle malattie
- «Cause determinanti della salute» o sui «Fattori di rischio»

## ICF

- Classifica il funzionamento e la disabilità associati alle condizioni di salute
- Informazioni sulle condizioni di salute
- Classificazione delle «componenti della salute»
- Posizione neutrale rispetto all'eziologia
- Si riferisce all'ampio contesto della salute

**Il termine "disabilità" viene ad assumere il significato di "fenomeno multidimensionale" risultante dall'interazione tra persona e ambiente fisico e sociale**

# Il Modello medico vs il Modello sociale

## *Il modello medico della disabilità*

- È un problema della persona
- Causata direttamente da malattie, traumi o altre condizioni di salute
- necessita di assistenza medica sotto forma di trattamento individuale da parte di professionisti
- La sua gestione mira alla cura o all'adattamento ad esse da parte dell'individuo e a un cambiamento comportamentale
- L'assistenza medica è la questione prioritaria
- A livello politico la risposta principale è quella di modificare o riformare le politiche di assistenza sanitaria.

## *Il modello sociale della disabilità*

- non è la caratteristica di un individuo
- complessa interazione di condizioni
- un problema creato dalla società
- la gestione del problema richiede azioni sociali
- E' responsabilità collettiva della società nel suo complesso implementare le modifiche ambientali necessarie per la piena partecipazione delle persone con disabilità in tutte le aree della vita sociale.
- Atteggiamenti e le ideologie e cambiamenti sociali
- A livello politico diventa un problema di diritti umani.
- Le disabilità diventano una questione politica.

# La cultura dei diritti umani per le persone con disabilità: dall'integrazione all'inclusione sociale

- Il modello “medico” è stato criticato dalle associazioni delle persone con disabilità e sostituito dal modello *sociale*, che invece tende a valorizzare **le diversità umane** – di genere, di orientamento sessuale, di cultura, di lingua, di condizione psico-fisica e così via – e rileva che **la condizione di disabilità non deriva da qualità soggettive delle persone, bensì dalla relazione tra le caratteristiche delle persone e le modalità attraverso le quali la società organizza l'accesso ed il godimento di diritti, beni e servizi**
- **Una persona si trova in condizione di disabilità** non perché si muove con una sedia a rotelle, comunica con il linguaggio labiale, si orienta con un cane guida, si relaziona a cuore aperto, ma **perché gli edifici sono costruiti con le scale, si pensa che comunicare sia possibile solo attraverso il linguaggio orale, orientarsi sia possibile solo attraverso l'uso della vista, relazionarsi agli altri solo in forma intellettualmente pienamente consapevole.**

# In una società in cui

- le applicazioni tecnologiche rendono accessibili autobus, treni e navi,
- le tecnologie informatiche consentono ad un cieco di leggere ed ad un sordo di ascoltare,
- le persone con disabilità possono frequentare le scuole ordinarie e svolgere un lavoro produttivo,

Ogni trattamento differente non ha più giustificazione, ogni segregazione in istituto o laboratorio protetto, ogni sito web che non rispetta le norme *WAI (Web Accessibility Initiative) di accessibilità*, ogni autobus senza adeguamenti per non deambulanti, non udenti e non vedenti, ogni comunicazione non adeguatamente personalizzata

**rappresenta una violazione dei diritti umani.**

# L'applicazione universale dell'ICF

- L' ICF non riguarda soltanto le persone con disabilità, ma tutti.
- Gli stati di salute e quelli ad essa correlati, associati a tutte le condizioni di salute possono trovare la loro descrizione nell'ICF.
- L'abbandono man mano definitivo del termine *handicap* e dei suoi derivati, che hanno connotazioni fortemente negative (handicappato) in favore di termini più aggiornati, più descrittivi dei contesti di vita
- Si pone l'attenzione sulle risorse e sulle prestazioni abili ovvero sulle abilità emergenti di un soggetto, invece che sui suoi insuccessi.

**Solo una valutazione in positivo rappresenta il punto di partenza di qualsiasi percorso educativo pensato per garantire il diritto alla non-omologazione, all'originalità, alla diversità, alla irripetibile unicità di una persona.**

# Condizione di salute

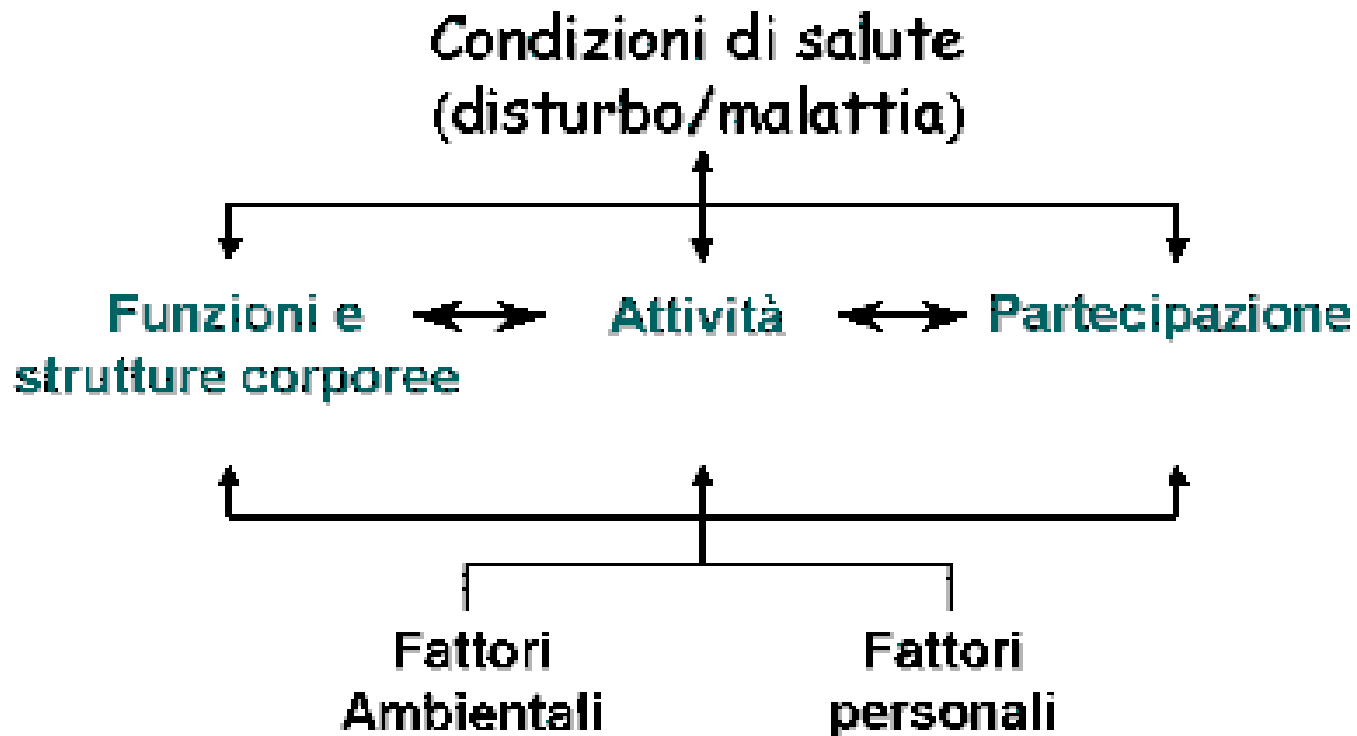
**L' ICF non è una classificazione delle "conseguenze delle malattie" ma delle "componenti della salute"**

- La salute viene valutata secondo tre dimensioni: **biologica**, **individuale** e **sociale** (approccio di tipo "bio-psico-sociale")
- La disabilità è la conseguenza di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, fattori personali e fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive.

# Individuo- Salute-Ambiente

- Ogni individuo, date le proprie condizioni di salute, può trovarsi in un ambiente con caratteristiche che possono limitare o restringere le proprie capacità funzionali e di partecipazione sociale
- L'ICF, correlando la condizione di salute con l'ambiente, promuove un metodo di misurazione della salute, delle capacità e delle difficoltà nella realizzazione di attività che permette di individuare gli ostacoli da rimuovere o gli interventi da effettuare perché l'individuo possa raggiungere il massimo della propria auto-realizzazione.

# Modello concettuale dell' ICF



# Attività individuale

## Partecipazione sociale

- *Attività*: esecuzione di un compito o di una azione di un individuo; essa rappresenta la prospettiva individuale del funzionamento.
- *Partecipazione*: coinvolgimento in una situazione di vita; rappresenta la prospettiva sociale del funzionamento.

# ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE

- Apprendimento e applicazione delle conoscenze
- Compiti e richieste generali
- Comunicazione
- Mobilità
- Cura della propria persona
- Vita domestica
- Interazioni e relazioni interpersonali
- Aree di vita principali
- Vita sociale, civile e di comunità

**TABELLA 4.1**  
**Visione d'insieme dell'ICF**

Componenti	Parte 1: Funzionamento e disabilità		Parte 2: Fattori contestuali	
	Funzioni e Strutture Corporee	Attività e Partecipazione	Fattori Ambientali	Fattori Personali
<b>Domini</b>	Funzioni corporee Strutture corporee	Arece di vita (compiti; azioni)	Influenze esterne su funzionamento e disabilità	Influenze interne su funzionamento e disabilità
<b>Costrutti</b>	Cambiamento nelle funzioni corporee (fisiologico)  Cambiamento nelle strutture corporee (anatomico)	Capacità Eseguire compiti in un ambiente standard  Performance Eseguire compiti nell'ambiente attuale	Impatto facilitante o ostacolante delle caratteristiche del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti	Impatto delle caratteristiche della persona
<b>Aspetto positivo</b>	Integrità funzionale e strutturale	Attività Partecipazione	Facilitatori	non applicabile
	Funzionamento			
<b>Aspetto negativo</b>	Menomazione	Limitazione dell'attività  Restrizione della partecipazione	Barriere/ostacoli	non applicabile
	Disabilità			

# ICF-CY Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute per Bambini e Adolescenti

- Realizzata per documentare le caratteristiche dello sviluppo del bambino e l'influenza dell'ambiente circostante
- Utilizzabile da chi eroga servizi, dagli utenti e da tutti coloro che hanno a che fare con la salute, l'istruzione e il benessere di bambini e adolescenti.
- Questo documento è il risultato di un lungo processo di elaborazione e comprende dimensioni, categorie e codici atti a documentare funzioni e strutture corporee, attività e partecipazione di bambini e adolescenti, nonché i loro ambienti attraverso le varie fasi dello sviluppo.

# Le quattro questioni chiave

- a) Il bambino nel contesto della famiglia
- b) Il ritardo evolutivo
- c) La partecipazione
- d) Gli ambienti

**L'unità di classificazione nell'ICF-CY  
non è una diagnosi per un bambino  
ma un profilo del suo funzionamento.**

# Una codifica accurata della disabilità nei bambini e negli adolescenti presuppone

- Adeguata conoscenza dei cambiamenti nel funzionamento che si associano alla crescita e allo sviluppo,
- Capacità di distinguere fra i cambiamenti evolutivi che rientrano nella gamma della normalità e quelli atipici.
- Il cambiamento nel funzionamento è parte del «funzionamento tipico» di un bambino
- Riconoscere che la «normalità» è dipendente dall'età e implica la comprensione di ciò che è «funzionamento normale» a un dato momento e del suo ruolo di mediazione sull'ambiente di bambini e adolescenti.
- Descrivere la natura e la gravità delle limitazioni del funzionamento del bambino
- Quali fattori ambientali influiscono su tale funzionamento
- Orientare ad un intervento educativo finalizzato a modificare quei fattori ambientali che limitando la partecipazione riducono le performance e le capacità di azione del soggetto e la sua integrazione nel contesto vita.

# Il bambino nel contesto della famiglia

- Lo sviluppo è un processo dinamico che porta progressivamente il bambino dalla dipendenza dagli altri per tutte le attività all'indipendenza adolescenziale.
- L'influenza delle interazioni familiari sul funzionamento del bambino è maggiore che in qualunque altro momento successivo dell'arco di vita individuale e queste fanno da cornice all'acquisizione di varie abilità nel corso dei primi due decenni di vita.
- In questo contesto, il funzionamento del bambino dipende da interazioni continue con la famiglia o con altri caregiver nell'ambiente sociale immediato.
- Il funzionamento del bambino può essere maggiormente compreso vedendolo nel contesto del sistema familiare

# Il ritardo evolutivo

- L'ICF-CY comprende il termine e il concetto di ritardo per definire il qualificatore universale per le Funzioni Corporee, le Strutture Corporee, le Attività e la Partecipazione.
- Il momento della comparsa di certe funzioni o strutture corporee e dell'acquisizione di alcune abilità può variare in funzione delle differenze individuali nella crescita e nello sviluppo.
- Possono presentarsi «sfasamenti» (anche non permanenti) nella comparsa di funzioni, strutture o capacità
- Tali «sfasamenti» possono manifestarsi in qualunque ambito (ad esempio, funzioni cognitive, funzioni dell'eloquio, mobilità e comunicazione), essere specifici dell'età e subire gli effetti dei fattori fisici e psicologici dell'ambiente.
- Queste variazioni nella comparsa di funzioni e strutture corporee o nella manifestazione di abilità evolutive attese definiscono il concetto di ritardo evolutivo e spesso servono come base per identificare i bambini che sono maggiormente a rischio di disabilità.
- E' importante considerare il concetto di ritardo nella comparsa di funzioni, strutture, attività e partecipazione nell'assegnazione di un qualificatore di gravità

# Differenza tra Difficoltà e Disturbo dell'apprendimento

- **Per difficoltà** si intende una CONDIZIONE PROVVISORIA determinata da fattori esterni (educativi, didattici, socio-ambientali) o interni all'alunno (tempi di apprendimento, fattori emotivo-motivazionali, attenzione).
- **Per disturbo** si intende una CONDIZIONE COSTITUZIONALE, INNATA, con resistenza alla modificabilità e alla automatizzazione in seguito ad interventi educativi ed abilitativi anche specifici.

# La partecipazione

- Con lo sviluppo, le situazioni di vita cambiano in modo notevole, per numero e complessità, passando dalla relazione con il caregiver primario e dal gioco solitario del bambino piccolissimo al gioco sociale, alle relazioni con i coetanei e alla frequenza della scuola dei bambini di età maggiore.
- Più un bambino è piccolo, più è probabile che le sue opportunità di partecipazione siano definite dai genitori, dai caregiver o dagli erogatori di servizi.
- Il ruolo dell'ambiente familiare e delle altre persone che fanno parte dell'ambiente immediato è centrale per capire la partecipazione, in particolare per la prima infanzia.
- La capacità di essere coinvolto e di interagire socialmente si sviluppa nelle relazioni del bambino piccolo con persone come i genitori, i fratelli e i coetanei presenti nel suo ambiente immediato.
- L'ambiente sociale continua a essere un fattore importante in tutto il periodo dello sviluppo ma la natura e la complessità dell'ambiente cambiano nell'arco temporale che va dalla prima infanzia all'adolescenza.

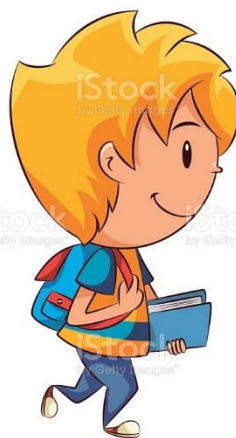
# Gli ambienti

- La natura e la complessità degli ambienti dei bambini cambiano notevolmente con le transizioni attraverso i diversi stadi della prima infanzia, dell'infanzia, della preadolescenza e dell'adolescenza e contemporaneamente si ha un progressivo incremento nella competenza e nell'indipendenza dei bambini e degli adolescenti.
- Gli ambienti dei bambini e degli adolescenti possono essere considerati come la serie di sistemi successivi che li circondano, dal più immediato al più distante, aventi ognuno un'influenza diversa, che varia in funzione dell'età o dello stadio evolutivo raggiunto.



www.tutodisegni.com

Dipendenza  
significativa  
da persone  
nell'ambiente  
immediato



Gli ambienti  
della vita  
quotidiana  
sono  
strettamente  
connessi alla  
famiglia, alla  
casa e alla  
scuola



Gli ambienti della  
vita quotidiana si  
diversificano  
gradualmente nel  
contesto più ampio  
della comunità e  
della società

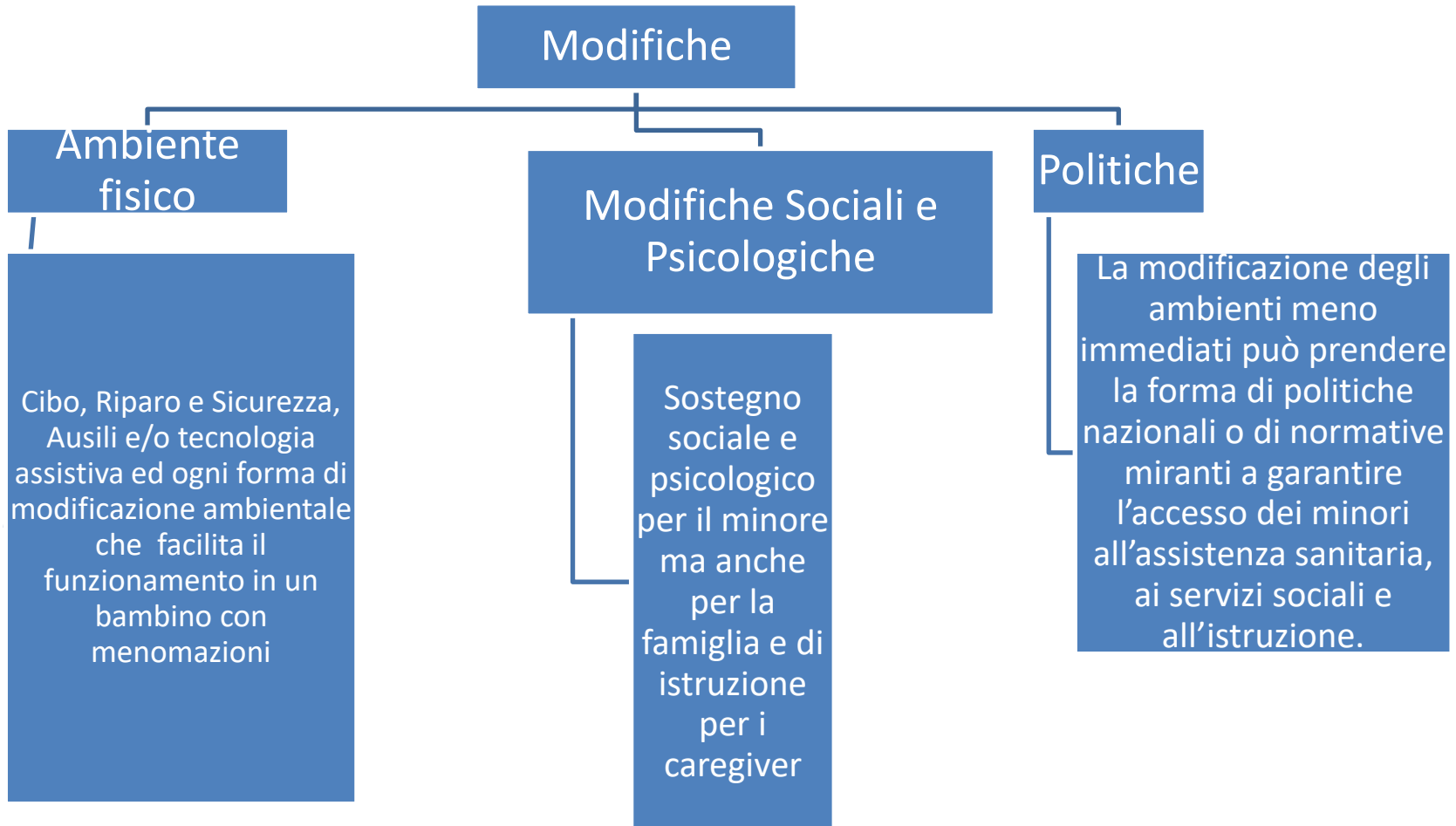
**I fattori  
ambientali  
negativi hanno  
spesso un  
impatto più  
forte sui bambini  
che sugli adulti.**

**Gli elementi fisici e sociali dell'ambiente  
hanno un impatto significativo sul loro  
funzionamento**

# Nel corso della pandemia nella popolazioni molto giovani (11 e i 17 anni)

- Difficoltà nello gestire le emozioni, lo stress e i pensieri ossessivi
- Compromessa la fiducia nelle proprie capacità.
- Sintomi di natura depressiva,
- Aumento del consumo di alcool
- Problemi del sonno
- Preoccupazione per la propria salute fisica (quindi ipocondria)
- Discontrolli emozionali con comportamenti imprudenti (pensiamo ai grandi assembramenti, alle feste e affini).
- Comportamenti impulsivi e dei gesti di autolesionismo.

# Le modificazioni ambientali come azioni di prevenzione per la salute ed il benessere del minore



# Qualificatori

Qualificatore	Descrizione performance
Xxx0	Nessuna difficoltà. La persona non presenta il problema
Xxx1	Difficoltà lieve. Il problema è presente in meno del 25% del tempo, con un'intensità tollerabile e che si è presentato raramente negli ultimi 30 giorni
Xxx2	Difficoltà media. Il problema è presente in meno del 50% del tempo, con un'intensità che interferisce nella vita quotidiana della persona e che si è presentato frequentemente negli ultimi 30 giorni
Xxx3	Difficoltà grave. Il problema è presente in più del 50% del tempo, con un'intensità che altera parzialmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni
Xxx4	Difficoltà completa. Il problema è presente per più del 95% del tempo, con un'intensità che altera totalmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni
Xxx8	Non specificato. Esiste un problema, ma non si è in grado di quantificarne la gravità

# I qualificatori

- Se utilizziamo degli strumenti di rilevazione (adeguatamente e correttamente tarati per sesso, età e funzione misurata) allora dovremmo sapere quanto quella specifica funzione risulta deficitaria rispetto alla popolazione normale.
- Questa quantità è calcolata in base alla percentuale di funzionamento compromesso.
- Le difficoltà potrebbero insorgere quando si adoperano quegli strumenti in cui non si utilizzano i percentili, ma altre scale di misura, come Deviazioni Standard, Punti T e Stanines. In questi casi è bene tenere presente le eventuali conversioni
- Non esistono degli strumenti di rilevazione per tutte le funzioni riportate all'interno dell'ICF-CY

# Il qualificatore indica un livello di funzionamento in una certa misura approssimativo

Perchè

- Usando sia gli strumenti che la propria esperienza si ha comunque un margine d'errore sistematico.
- Un secondo motivo è legato al periodo in cui si trovano i soggetti a cui è destinato l'ICFCY, cioè, bambini ed adolescenti un periodo in continuo cambiamento.

Diventa necessario

- Leggere i qualificatori sia in relazione all'indagine usata per elaborarli, ma anche in base al periodo di sviluppo in cui essi sono stati realizzati.
- Considerare anche un solo anno di vita come preponderante nel modificare il funzionamento di un bambino e/o di un adolescente sia in senso positivo che negativo.

# La Diagnosi Funzionale secondo il modello ICF

- Area Cognitiva e dell'Apprendimento
- Area della Comunicazione
- Area Relazionale
- Area Sensoriale
- Area Motorio-prassica
- Area delle autonomie personali
- Aree di vita principale (Autonomie sociali)
- Struttura
- Fattori ambientali

Funzioni corporee (b)

Attività e Partecipazione (d)

# Area Cognitiva e dell'Apprendimento

## A) Funzioni Corporee

Codice	Dominio/ Categoria	Descrizione	Performance
B114	Orientamento	Temporale (b1140) Spaziale (b1141) Rispetto alla persona (b1142) Rispetto agli oggetti (b1143)	0-4
B117	Funzioni intellettive	Compresi ritardi e demenze	0-4
b130	Funzioni dell'energia e delle pulsioni	Motivazione (b1301) Controllo impulsi (b1304)	0-4
B140	Funzioni dell'attenzione	Mantenimento (b1400) Spostamento (b1401) Distribuzione (b1402) Condivisione (b1403)	0-4
B144	Funzioni della memoria	A Breve termine (b1440) A lungo termine (b1441) Di recupero e di lavoro (b1442)	0-4

Area Cognitiva e dell'Apprendimento  
 A) Funzioni Corporee  
 Area delle funzioni mentali

Codice	Dominio/Categoria	Descrizione	Performance
B140	Funzioni dell'attenzione	Focalizza uno stimolo esterno o un'esperienza interiore per il periodo di tempo necessario.	0-4
B144	Funzioni della memoria	Registra, conserva e rievoca informazioni quando necessario	0-4
B1521	Regolazione delle emozioni	Controlla i propri impulsi e manifestazioni emotive	0-4
B1640	Astrazione	Crea idee e rileva caratteristiche generali a partire da esperienze concrete	0-4
B1641	Pianificazione	Sviluppa mentalmente modi organizzati di procedere e di agire, come ad esempio preparare il materiale per il tirocinio	0-4

# Area Cognitiva e dell'Apprendimento

## A) Funzioni Corporee

Codice	Dominio/ Categoria	Descrizione	Performance
B147	Psicomotorie		0-4
B160	Funzioni del pensiero		0-4
b163	Funzioni cognitive di base		0-4
B164	Funzioni cognitive di livello superiore	Astrazione (b1640) Organizzazione e pianificazione (b1641) Gestione del tempo (b1642) Flessibilità cognitiva (b1643) Insight (b1644) Giudizio (b1645) Soluzioni di problemi (b1646)	0-4
B172	Funzioni di calcolo	Semplice (b1720) Complesso (b1721)	0-4

# Area Cognitiva e dell'Apprendimento

## B) Attività e Partecipazione

Codice	Dominio/ Categoria	Descrizione	Performance
	Esperienze sensoriali intenzionali	Guardare (d110) Ascoltare (d115) Altre percezioni sensoriali intenzionali (d120)	0-4
	Conoscenze intenzionali	Copiare (d130) Imparare da azioni (d131) Imparare dal gioco simbolico (d 1331) Ripetere (d135) Imparare a leggere (d140) Imparare a scrivere (d145) Imparare a calcolare (d150) Acquisire abilità basilari (d1550) Acquisire abilità complesse (d1551)	0-4
	Applicazione delle conoscenze		0-4

# Area Cognitiva e dell'Apprendimento

## B) Attività e Partecipazione

### Applicazione delle conoscenze

Codice	Dominio/ Categoria	Descrizione	Performance
D160	Focalizzare l'attenzione	Sulla persona (contato, volto e voce) (d1600) Sui cambiamenti dell'ambiente circostante (d1601)	0-4
D163	Pensiero	Immaginare (d1630) Riflettere (d1631) Ipotizzare (d1632)	0-4
D177	Prendere decisioni		
	Intraprendere un compito	Semplice (d1200) Complesso (d2101) Autonomamente (d1202) In gruppo (d1203) Completare un compito semplice (d1204) Completare un compito complesso (d1205) Intraprendere compiti articolati (d220) Eseguire routine quotidiane (d230) Gestire la tensione durante il compito (d240)	0-4

# Area Cognitiva e dell'Apprendimento

## B) Attività e Partecipazione

### Applicazione delle conoscenze

Codice	Dominio/ Categoria	Descrizione	Performance
D130	Copiare	Imitare o mimare come una componente basilare dell'apprendere, come compiere un gesto, un suono o le lettere dell'alfabeto	0-4
D135	Ripetere	Ripetere una sequenza di eventi o di simboli come una componente basilare dell' apprendere	0-4
D140	Abilità di lettura	Riconosce caratteri alfabetici e pronuncia le parole correttamente	0-4
D145	Abilità di scrittura	Produce caratteri alfabetici per comporre parole e frasi, usando correttamente ortografia e grammatica	0-4
D150	Abilità di calcolo	Utilizza i numeri e compie operazioni aritmetiche	0-4

# Area Cognitiva e dell'Apprendimento

## B) Attività e Partecipazione

### Applicazione delle conoscenze

Codice	Dominio/ Categoria	Descrizione	Performance
D1550	Abilità semplici	Effettua azioni intenzionali elementari	0-4
D1551	Abilità complesse	Effettua insiemi integrati di azione	0-4
D166	Leggere	Usare abilità e strategie dei processi di lettura (d1660) Comprendere il testo scritto (d1661)	0-4
D170	Scrivere	Usare abilità e strategie dei processi di scrittura (d1700) Utilizzare convezioni grammaticali nei componenti scritti (d1701) Usare abilità e strategie per creare componenti (d1702)	0-4
D172	Calcolo	Usare abilità e strategie semplici del processo di calcolo (d1720) Usare abilità e strategie complesse del processo di calcolo (d1721)	0-4

# Area della Comunicazione

## A) Funzioni corporee

Codice	Dominio/ Categoria	Descrizione	Performance
B167	Funzioni mentali del linguaggio	Recepire il L. b1670 Espressione del L. b 1671 Funzioni L integrative b1672	0-4
B320	Funzioni dell'articolazione della voce		0-4
B330	Funzioni della fluidità e del ritmo della voce		0-4
			0-4
			0-4

# Area della Comunicazione

## B) Partecipazione ed attività

Codice	Dominio/ Categoria	Descrizione	Performance
D310	Comunicare e ricevere messaggi verbali		0-4
D315	Comunicare e ricevere messaggi non verbali	Gesti del corpo d3150 Segni e simboli d3151 Disegni e fotografie d3152	0-4
d325	Comunicare e ricevere messaggi scritti		0-4
D330	Parlare	Esporre un fatto o raccontare una storia attraverso il linguaggio verbale	0-4
D345	Scrivere messaggi		0-4
D360	Utilizzo di strumenti e tecniche di comunicazione		

# Area Relazionale

Esecuzione di azioni e compiti richiesti per le interazioni semplici e complesse con le persone (estranei, amici, parenti, membri della propria famiglia, partner e persone amate), in un modo contestualmente e socialmente adeguato.

Codice	Dominio/ Categoria	Descrizione	Performance
D710	Interazioni interpersonali semplici	Interagire con le persone in modo contestualmente e socialmente adeguato come mostrare considerazione e stima o rispondere ai sentimenti degli altri	0-4
D750	Relazioni sociali informali	Entrare in relazione con gli altri e persone che vivono nella stessa comunità o ambiente scolastico	0-4
	Relazione informale con gli amici	Creare e mantenere relazioni di amicizia	0-4
	Relazione figlio-genitore	Creare e mantenere una relazione con il proprio genitore, obbedienza ai genitori	0-4

# Area Motorio-prassica

Codice	Dominio/Categoria	Descrizione	Performance
D4154	Mantiene la posizione seduta	Mantenere una posizione seduta per il tempo richiesto, come per sedersi alla scrivania o a un tavolo.	0-4
D440	Uso fine della mano	Compiere azioni coordinate nel maneggiare oggetti, raccogliarli, manipolarli e lasciarli andare, usando una mano, dita e pollice, come necessario. Comporre un numero telefonico, sfogliare un manuale pagina per pagina, ritagliare una figura.	0-4
D445	Coordinazione oculo-manuale	Compiere azioni coordinate necessarie per muovere o manipolare oggetti, usando mani e braccia (girare le maniglie della porta, usare un cacciavite, spingere o tirare a sé un carrello, raggiungere una penna allungando il braccio, afferrare un oggetto in movimento, fermare e prendere un bicchiere prima che cada).	0-4

# Area delle autonomie personali

## B) Partecipazione ed attività

Codice	Dominio/ Categoria	Descrizione	Performance
D510	Lavarsi	Lavarsi autonomamente le mani, la faccia e asciugarsi con un asciugamano.	0-4
D520	Prendersi cura di singole parti del proprio corpo		0-4
D530	Bisogni corporali	Manifestare il bisogno di, pianificare ed espletare l'eliminazione di prodotti organici (mestruazioni, minzione e defecazione) e poi pulirsi	0-4
	Vestirsi d540 Mangiare d550 Bere d560 Prendersi cura della propria salute d570		0-4
D571	Evitare situazioni pericolose per sé e per gli altri		0-4

# Struttura

## Partecipazione ed attività

Codice	Dominio/ Categoria	Descrizione	Performance
S1	Cervello		0-4
S2	Occhi, orecchie e strutture correlate		0-4
S3	Strutture coinvolte nella voce e nell'eloquio		0-4
S7	Strutture correlate al movimento		0-4
S8	Cute e strutture correlate		0-4

# L'uso anche in campo didattico

- La diagnosi di un soggetto, spesso effettuata sia con l'ICD-10 che con il DSM-IV-R o meglio il DSM 5, si completa con le informazioni sul funzionamento del soggetto stesso.
- Sono proprio i codici dell'ICF-CY che ci aiutano nel comprendere, in maniera diretta e specifica, il funzionamento di un individuo, così da poter sviluppare un iter riabilitativo ben strutturato e realmente efficace.
- Oltretutto l'ICF-CY è stato sviluppato per le esigenze di una popolazione che necessita per definizione di attenzioni diverse rispetto al mondo adulto.
- L'ICF-CY è un mezzo che facilita l'uso di un linguaggio comune fra i vari professionisti, molti dei quali con diverse competenze epistemiche.

## “La buona scuola”

### Legge 13 luglio 2015, Inclusione scolastica degli studenti con disabilità

- Si introduce il modello bio-psico-sociale della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)
- Il nuovo Profilo di funzionamento, che deve essere elaborato dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare, con la partecipazione della famiglia, di coloro che hanno in carico la persona con disabilità utilizza il modello bio-psico-sociale dell' ICF
- Ingloba i precedenti: Diagnosi Funzionale e Profilo Dinamico
- Funzionale.
- Definisce la tipologia delle misure di sostegno e delle risorse strutturali necessarie per l'inclusione scolastica
- Tiene conto delle specifiche situazioni di carattere bio-psico-sociale, nei contesti che contribuiscono a determinare la condizione di disabilità di ciascuno.

# Coinvolgimento di tutti gli “attori” (con le rispettive e diversificate competenze)

- UONPIA Aziende Sanitarie
- Insegnanti (di sostegno, curricolari e il CdC)
- Altro personale del contesto scolastico
- Famiglia
- Alunno come narratore di se stesso
- Tutti gli “altri significativi” coinvolti nel processo educativo, di programmazione individualizzata e di inclusione



# La Diagnosi funzionale nelle Disabilità intellettive

## II° parte

Dr. Sergio Messina  
Neuropsichiatra Infantile  
UONPIA Caltagirone  
ASP3 Catania

# Il rapporto patologie della età evolutiva ed apprendimento è radicalmente modificato

- L'**apprendimento** delle prime fasi **della** lettura e **della** scrittura è un obiettivo raggiungibile (anche se in età superiori rispetto ai 6-7 anni) per la grande maggioranza (cioè per più del 75% dei soggetti) degli allievi con **sindrome di Down**. Maggiori difficoltà essi incontrano nell'area logico-matematica.
- I bambini con Disturbo dello spettro **autistico** (ASD) acquisiscono generalmente abilità di decodifica ma hanno difficoltà rispetto alla comprensione della **lettura**. Sono in grado, relativamente, di recuperare più facilmente parole ma hanno più difficoltà a comprendere ciò che hanno letto.

# Il nodo della *diversità*

## La diversità ci appartiene

- I primi esseri viventi si riproducevano per partenogenesi, che vedeva un essere vivente riprodursi sulla base del proprio DNA
- Questo ha prodotto un progressivo impoverimento genetico delle generazioni successive e quindi l'evoluzione ha condotto alla riproduzione attraverso la mescolanza di due esseri, diversi tra di loro: un essere di genere maschile ed un essere di genere femminile.
- La complessità del DNA ha poi prodotto la diversificazione delle soluzioni combinatorie possibili allargando a dismisura il concetto di diversità umana.

# La diversità ci appartiene

- Gli esseri umani, attraverso la cultura, il linguaggio, la società in cui vivono, acquisiscono ulteriori caratteristiche che arricchiscono la sua irripetibile esistenza.
- Purtroppo è significativo sottolineare che, mentre per le specie animali e vegetali esiste un impegno specifico a livello internazionale a salvaguardare specie e generi animali e vegetali con la Dichiarazione di Rio de Janeiro<sup>28</sup>, **niente di tutto questo è stato fatto per riconoscere la ricchezza delle diversità umane.**
- La normalità appartiene alla società a cui si appartiene, alla “mia” razza, alla “mia” cultura.

# Neurodiversità

*“Non tutto ciò che non è allineato, e dunque ‘anormale’, deve necessariamente essere ‘inferiore’.* (Hans Asperger 1938)

- L'uomo è complesso per natura e questa sua complessità è il valore che lo rende umano ed individuo
- La **neurodiversità**, termine coniato nel 1998 dalla sociologa australiana **Judy Singer**, è un modo di guardare a quello che comunemente chiamiamo con le parole *disturbo, sindrome* e di considerare che esistono persone che hanno un funzionamento neurologico differente dalla maggior parte delle persone, ma non per questo “malato”.
- ***I termini Neurodiversità e Neurotipicità*** implicano una consapevolezza, supportata dalle neuroscienze, che ogni persona ha un suo specifico funzionamento neurologico (Neurodivergenza).
- Nella scuola e nella società educante ancora oggi è prevalente invece un'istituzione pensata e organizzata per persone *neurotipiche*.
- E' necessario un vero **cambiamento di prospettiva**.
- Anche a parità di diagnosi di neurodiversità non esistono due individui uguali, proprio perché è normale che ogni persona sia diversa dall'altra (il rischio di omologare in categorie le persone in base alla diagnosi)

# Neurodevelopmental Disorders

- Intellectual Disabilities
- Communication Disorders
- Autism Spectrum Disorder
- Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
- Specific Learning Disorder
- Motor Disorders
- Other Neurodevelopmental Disorders

# Disabilità intellettiva e Disturbi dello sviluppo i problemi più diffusi

- Si stima che il problema più frequente è la disabilità intellettiva, che riguarda il 42,6% degli studenti con disabilità nella scuola primaria e il 49,2% di quelli nella scuola secondaria di I grado.
- Seguono i disturbi dello sviluppo e quelli del linguaggio che interessano rispettivamente il 25,6% e il 23,2% degli alunni con disabilità nella scuola primaria, mentre nella scuola secondaria di primo grado, dopo la disabilità intellettiva, i problemi più frequenti sono legati ai disturbi dell'apprendimento e ai disturbi dello sviluppo (rispettivamente il 24,3% e il 21,7% degli alunni con disabilità).

# La disabilità intellettiva

- In ogni paese, approssimativamente l'1% della popolazione è affetta da Disabilità Intellettiva.
- E' una disabilità che comincia prima dell'età adulta, ed ha effetti duraturi sullo sviluppo, producendo:
  - abilità ridotta a gestirsi autonomamente (funzione sociale diminuita) dovuta anche a
  - abilità ridotta di capire nuove informazioni e di imparare nuove capacità (intelligenza ridotta).

Le caratteristiche essenziali sono

- Funzionalità intellettiva generale sotto la media
- Deficit significativi delle funzioni sociali in aree come le abilità sociali, la comunicazione
- Difficoltà nel raggiungimento d'indipendenza personale e responsabilità sociali.

# Gravità della Disabilità intellettiva

- Le Disabilità intellettive possono essere classificate in borderline, leggere, moderate, gravi, profonde, in accordo con il livello di QI.
- Il livello di QI dà una guida approssimativa del livello generale di funzionamento dell'individuo.
- Disabilità lieve
- Disabilità media
- Disabilità grave
- Disabilità estrema

**Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità - 5 febbraio 1992** "Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti." (Gazz. Uff. 26 febbraio 1992, n. 47, S.O.)

**- Deficit delle funzioni cognitive:**

- e) Deficit delle funzioni intellettive: deterioramento o insufficienza intellettiva
- **LIEVE**: deficit di memoria lieve associato ad almeno due dei seguenti segni: **disorientamento temporale**; **afasia lieve**; **disturbi del comportamento lievi** insorti approssimativamente insieme ad altri segni;
- **MEDIA**: deficit grave di memoria, disorientamento temporale, afasia lieve e media, **autosufficienza nelle necessità personali della vita quotidiana**;
- **GRAVE**: deficit grave di memoria, disorientamento temporale e spaziale, afasia media e grave, disturbi del comportamento, **dipendenza da altri per le necessità personali della vita quotidiana**, disturbi sfinterici.

## **Decreto Ministeriale - Ministero della Sanità - 5 febbraio**

**1992** "Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti." (Gazz. Uff. 26 febbraio 1992, n. 47, S.O.)

- f) Deficit della funzione psichica
- LIEVE: QI accertato mediante test di W.A.I.S. tra 60 e 70%; disturbi emotivi apprezzabili a seguito di stress psichici; capacità al lavoro proficuo conservata, senza necessità di supervisione; capacità di affrontare i problemi economici ed assistenziali della vita di tutti i giorni;
- MEDIA: QI accertato mediante test di W.A.I.S. tra 50 e 60%; disturbi emotivi apprezzabili a seguito di stress psichici lievi; capacità al lavoro proficuo conservata, ma con necessità di supervisione; capacità di affrontare i problemi economici ed assistenziali più semplici; necessità di un tutore o di un'assistenza sociale adeguata per i problemi più complessi;
- GRAVE: QI accertato mediante test di W.A.I.S. tra 40 e 50%; disturbi emotivi gravi e frequenti; farmacoterapia con necessità di controlli frequenti e terapia psicologica di appoggio; capacità al lavoro proficuo abolita; necessità di un tutore o di un'assistenza sociale adeguata per tutti i problemi economici ed assistenziali.

# Invalidità civile: le tabelle

- Insufficienza mentale lieve: da 41 a 50;
- Insufficienza mentale media: da 61 a 70;
- Insufficienza mentale grave: da 91 a 100;

# Cinque presupposti essenziali per l'applicazione della definizione di disabilità intellettiva.

1. Le limitazioni nel funzionamento presente devono essere considerate **all'interno del contesto degli ambienti comunitari tipico per età e cultura del soggetto.**
2. Una valutazione efficace deve considerare sia le **diversità culturali e linguistiche, sia le differenze nella comunicazione e nei fattori sensoriali, motori e comportamentali.**
3. In una stessa persona **le limitazioni spesso coesistono con i punti di forza.**
4. Un obiettivo fondamentale nella descrizione delle limitazioni è quello di **sviluppare un profilo dei sostegni necessari.**
5. Con un adeguato sistema individualizzato di sostegni, forniti per un certo periodo di tempo, il funzionamento della persona con disabilità intellettiva tende a migliorare

# Le disabilità intellettive

## DSM5

- Sono un disturbo con esordio nel periodo dello sviluppo che comprende Deficit del Funzionamento intellettivo, Adattivo negli ambiti concettuali, sociali e pratici.

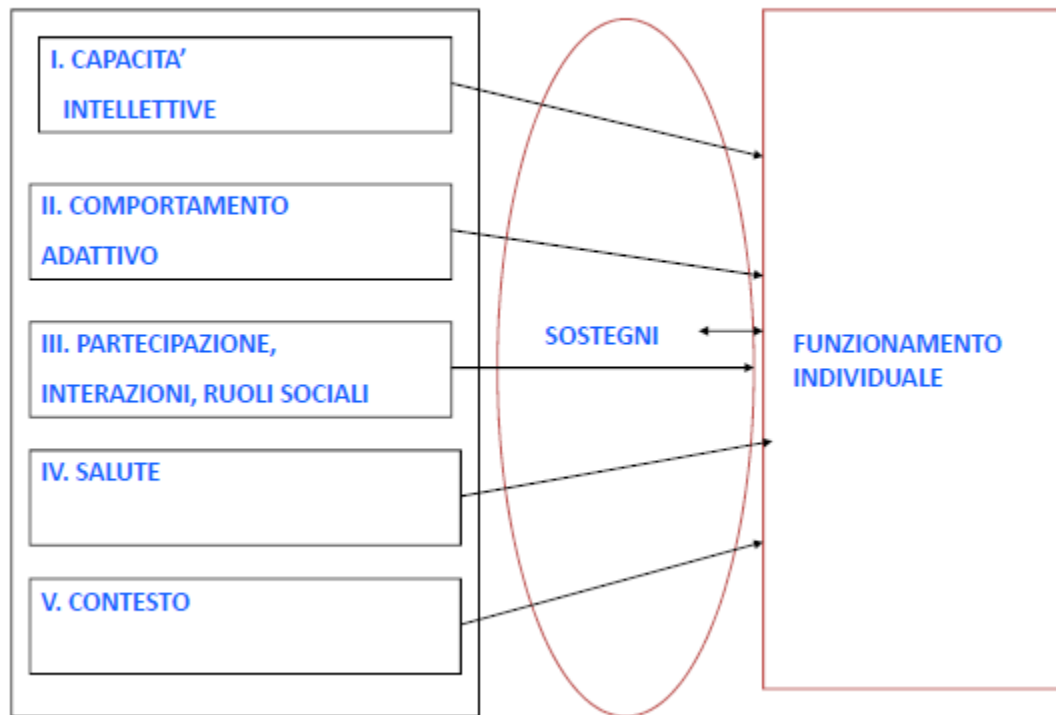
Tre Criteri diagnostici:

- Criterio A: Deficit delle funzioni intellettive
  - Criterio B: Deficit delle funzioni adattive
  - Criterio C: Esordio durante il periodo di sviluppo
- 
- Possono anche manifestare difficoltà nella gestione del comportamento, delle emozioni, nelle relazioni interpersonali e nel mantenimento della motivazione ad apprendere.

# I Criteri A e B sono entrambi condizioni necessarie per porre diagnosi

- Deficit delle funzioni intellettive
  - Ragionamento
  - Problem solving
  - Pianificazione
  - Pensiero astratto
  - Apprendimento scolastico
  - Apprendimento esperienziale
  - Confermati da valutazione clinica e test individualizzati e standardizzati
- Deficit del funzionamento adattivo
  - Mancato raggiungimento di
    - Standard di sviluppo
    - Socioculturali
    - Autonomia
    - Responsabilità sociale
    - Limitazione in una o più attività quotidiane come
      - Comunicazione
      - Partecipazione sociale
      - Vita autonoma
      - In molteplici ambienti
        - Casa
        - Scuola
        - Lavoro
        - Comunità

## MODELLO TEORICO PER LA DEFINIZIONE DI RITARDO MENTALE



# Il QI nel DSM5

- Viene misurato con test standardizzati
- I soggetti affetti da disabilità intellettiva si discostano di almeno due deviazioni standard al di sotto della media, compreso il margine di errore attribuito alla misura (+/-5 punti)
- Considerando un test con DS pari a 15 ed una media con valore 100, il cut-off si colloca tra 65 e 75
- Necessita quindi una formazione specializzata per interpretare i risultati espressi
- Considerare anche il background culturale, la lingua madre ed i possibili disturbi di comunicazione
- **Il QI non rientra più nei criteri diagnostici e si tende a preferire il Profilo Cognitivo**
  - **Per il livelli di gravità l'attenzione è posta sul Funzionamento adattivo più che sul QI**

# Funzionamento intellettivo

```
graph TD; A([Funzionamento intellettivo]) --> B[Apprendimento scolastico  
Dominio concettuale]; A --> C[Comprensione sociale  
Dominio sociale]; A --> D[Comprensione pratica  
Dominio pratico]; B --> E[Problemi linguistici  
(letto-scrittura e matematica)  
Ragionamento  
Memoria  
Conoscenze generali]; C --> F[Consapevolezza delle esperienze altrui  
Empatia  
Capacità di comunicazione  
Stringere amicizia  
Esprimere giudizio  
Autocontrollo sociale]; D --> G[Gestione autonoma nei contesti quotidiani  
Cura di se  
Responsabilità lavorativa  
Gestione denaro  
Comportamento  
Obiettivi personali];
```

Apprendimento scolastico  
Dominio concettuale

Problemi linguistici  
(letto-scrittura e matematica)  
Ragionamento  
Memoria  
Conoscenze generali

Comprensione sociale  
Dominio sociale

Consapevolezza delle esperienze altrui  
Empatia  
Capacità di comunicazione  
Stringere amicizia  
Esprimere giudizio  
Autocontrollo sociale

Comprensione pratica  
Dominio pratico

Gestione autonoma nei contesti quotidiani  
Cura di se  
Responsabilità lavorativa  
Gestione denaro  
Comportamento  
Obiettivi personali

# Multidimensionalità del funzionamento intellettivo

Capacità  
intellettive

Scala  
Wechsler  
Griffths  
Bayley  
Leiter-R  
M. Raven

Comportamento  
adattivo

Vineland  
adaptive  
behavior scale  
**VABS**  
Adaptive  
behavior scale  
**ABS**  
Adaptive  
behavior  
inventory **ABI**  
Learning  
accomplishment  
profile **LAP**

Partecipazione  
sociale

Coinvolgimento  
ed impegno  
dell'individuo  
nelle situazioni  
di vita

Salute

Stato  
completo  
di  
benessere  
fisico

Contesto

Ambiente  
in cui vive  
la propria  
vita

# Funzionamento adattivo

- Modalità con cui un individuo fa fronte ai compiti più comuni della vita quotidiana, soddisfacendo
  - gli standard relativi all'autonomia personale
  - Responsabilità sociale

In base a:

- età
- background sociale
- inserimento nella collettività

Per un soggetto affetto da Disabilità intellettiva le limitazioni che riguardano il comportamento adattivo determinano la necessità di un sostegno sia a scuola, sia nei contesti lavorativi in ambiti che riguardano la gestione di una vita indipendente.

# EZIOLOGIA

- 1) Causa prenatale:
  - Cromosomica
  - - Non cromosomica (malattie dismetaboliche, malformazioni, fetopatie, farmaci);
- 2) Causa perinatale: trauma da parto, anossia, traumatismi ostetrici;
- 3) Causa post-natale: infezioni, traumi, epilessia, vasculopatie etc.;
- 4) Cause psicosociali: carenza gravi e precoci di cure materne e/o insufficienze prolungate di stimolazione ambientale (carenza di accudimento, affettive patologia mentale dei genitori, abbandono, abuso).
- 5) Nel 20-40% dei casi non è comunque possibile riscontrare una causa certa.

# ETIOPATOGENESI

- 40 % Fattori Genetici
- 30% Alterazioni a carico del feto in epoca prenatale
- 10 % Problemi in epoca perinatale
- 5 % Eventi post-natali 15-20 % a fattori psicosociali o ad altri disturbi psichiatrici (ad es. autismo)

## Comorbidità nei bambini in età scolare (Gillberg '97)

	SMR	MMR
Epilessia	35%	12%
PCI	20%	9%
Deficit visivi	15%	1%
Deficit uditivi	10%	7%
Autismo	30%	12%
Problemi psichiatrici	50%	50%

# Incidenza sindromi genetiche causa di ritardo mentale

- L'incidenza è calcolata con riferimento a 100.000 nati vivi. Circa 585, corrispondenti allo 0,585%, sono affetti da una sindrome genetica che può causare in modo significativo ritardo mentale.
- Per alcune sindromi genetiche (tipo le sindromi di Angelman, Patau, Rett, 5p-, Lesh-Nyhan, S. Filippo) il rischio di condurre al Ritardo mentale è pari al 100%
- Per Sindromi come la sindrome di Down, di Williams, velocardiofaciale, di Edwards, di Smith-Magenis, di Cornelia de Lange, di Hurler, di Rubinstein-Taybi, di Prader-Willi e per la sclerosi tuberosa il rischio è poco inferiore al 100%
- Per le sindromi di Klinefelter, XXX-XXXX-XXXXX, Noonan, Turner il rischio si può abbassare considerevolmente
- Nel complesso meno del 50% di tutte le persone affette dalle sindromi genetiche presenta anche ritardo mentale

### Incidenza di varie sindromi genetiche causa di ritardo mentale

SINDROME	Su 100.000	QI<70	QI>70	M con QI<70	F con QI<70
Down	100	99	1	49,5	49,5
Klinefelter	100	10	90	10	0
XXX-XXXX-XXXX	100	10	90	0	10
Noonan	50	18	32	9	9
Turner	45	5	40	0	5
Distr. Musc. Duchenne	30	3	27	3	0
Neurofibromatosi tipo 1	27	3	24	1,5	1,5
Velocardiofaciale	25	20	5	10	10
X fragile	20	16	4	11	5
Sclerosi tuberosa	14	12	2	6	6
Steinert	12	4	8	2	2
Williams	10	8	2	4	4
Fenilchetonuria	10	5	5	2,5	2,5
Patau	10	10	0	5	5
Reff	8	8	0	0	8
Prader-Willi	7	5	2	2,5	2,5
Angelman	4	4	0	2	2
Edwards	2,5	2	0,5	1,5	0,5
Sp-	2,7	2,7	0	1,2	1,5
Smith-Magenis	2	1,8	0,2	0,9	0,9
Galattosemia	2	0,2	1,8	0,1	0,1
Cornelia De Lange	2	1,8	0,2	0,9	0,9
Sotos	1	0,2	0,8	0,1	0,1
Lesh-Nihan	1	1	0	0,9	0,1
Sanfilippo	1	1	0	0,5	0,5
Hunter	1	0,5	0,5	0,25	0,25
Hurler	1	0,9	0,1	0,45	0,45
Rubinstein-Taybi	0,8	0,7	0,1	0,35	0,35
Rare con Rit. Ment.	8	8	0	4	4
Totale	597,00	260,80	337,20	129,15	131,65
	0,60%	0,26%	0,34%	0,13%	0,13%
A cura di Renzo Vianello					

Fonti principali Baroff, 1986; Ferri e Spagnolo, 1989; O'Brien e Yule, 1995; Rondal, Perera e Nadel, 1999; Waters, 1999; Dykens, Hodapp e Finucane, 2000; Sanders, 2000; Contardi e Vicari, 2001; Di Nuovo e Buono, 2002, 2004; Bargagna, 2005; Bisiacchi e Negrin Saviolo, 2005; Vianello, 2006.

# Segni predittivi di RM prima dei 3 anni

## A) Aspetti specifici (o nucleari)

Scarsa iniziativa

Attività esplorativa ridotta

Difetto di utilizzazione simbolica degli oggetti

Scarso sviluppo dei mezzi per ottenere eventi desiderati.

## B) Aspetti complementari non specifici

Ritardo posturale e motorio

Ritardo linguistico, dell'espressione e della comunicazione

Interazione povera con l'ambiente, specie quando gli adulti allevanti offrono stimoli inadeguati e danno uno scarso significato al comportamento del bambino

	Età 0-6 anni	Età 6-18 anni	Età adulta
<b>RM Profondo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ritardo motorio grave.</li> <li>-Nessuno sviluppo delle funzioni simboliche.</li> <li>-Nessuno sviluppo del linguaggio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sviluppo sensomotorio limitato.</li> <li>-Assenza del linguaggio relazionale.</li> <li>-Nessuna autonomia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Arresto alla fase dell'intelligenza sensomotoria (0-2anni).</li> <li>-Necessità di assistenza e sorveglianza totale.</li> </ul>
<b>RM Severo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sviluppo motorio elementare con schemi relazionali poveri.</li> <li>-Linguaggio molto ridotto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acquisizione di abitudini elementari ma senza apprendimenti scolastici.</li> <li>-Limitata comunicazione verbale; qualche interesse affettivo e relazionale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Arresto alla fase dell'intelligenza rappresentativa pre-operatoria (2-6anni).</li> <li>-Autonomia parziale, necessità di ambiente protetto.</li> </ul>
<b>RM Moderato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sviluppo motorio sufficiente.</li> <li>-Linguaggio e funzioni simboliche povere e in lenta maturazione.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acquisizioni scolastiche iniziali.</li> <li>-Persistenza di immaturità espressiva.</li> <li>-Autonomia sufficiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Arresto alla fase delle operazioni concrete semplici (7-9anni), apprendimento di un lavoro elementare.</li> <li>-Discreta autonomia sociale.</li> <li>-Necessità di aiuto in situazioni straordinarie.</li> </ul>
<b>RM Lieve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ritardo senso motorio e del linguaggio lievi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Apprendimento scolastico discreto nella scuola primaria.</li> <li>-Difficoltà di apprendimento nelle classi secondarie.</li> <li>-Autonomia sufficiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Arresto alla fase dell'intelligenza operativa concreta (9-11anni)</li> <li>-Capacità di adattamento sociale e professionale discrete con appropriato addestramento.</li> <li>-Bisogno di aiuto in situazioni</li> </ul>

# Funzionamento intellettuale limite

..secondo la direttiva MIUR dicembre 2012

## 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 intellettuale) 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.

# Il funzionamento intellettivo limite

## DSM IV

- Questa categoria può essere utilizzata quando ci troviamo di fronte ad un QI di 71-84.
- La diagnosi differenziale tra FIL e RM (QI di 70 o inferiore) è difficile
- Nota per la codificazione:

Si codifica sull' Asse II

## DSM 5

### ULTERIORI CONDIZIONI CHE POSSONO ESSERE OGGETTO DI ATTENZIONE CLINICA

- Quando il FIL di un soggetto costituisce il punto cardine dell'intervento clinico o se influenza il trattamento o la prognosi del soggetto.
- La differenziazione con la Disabilità intellettiva lieve (disturbo intellettivo evolutivo) richiede un'attenta valutazione delle funzioni intellettive ed adattive e delle relative discrepanze, in particolare riguardo alla presenza di disturbi mentali concomitanti

# Possibili cause di Funzionamento Intellettivo Limite

1) Non dovuti a cause biologiche o ambientali (svantaggio socioculturale, inibizione intellettiva)

## 3) Per cause biologiche non genetiche

### – A livello prenatale e perinatale:

- Infezioni della madre come toxoplasmosi, rosolia, citomegalovirus, tiropatie, diabete e AIDS;
- Uso scorretto di farmaci, di alcool, di droghe, di fumo;
- Incompatibilità materno-fetale del fattore RH o ABO;
- Intossicazione da mercurio di origine alimentare o atmosferica;
- Esposizione a fattori tossici come biocidi e sterilizzanti usati in agricoltura, stabilizzatori di materie plastiche usate, piombo, radiazioni
- Anossia, ipossia, asfissia e traumi cranio-vertebrali durante il parto
- Effetti correlati/dovuti al basso peso alla nascita

### – A livello postnatale:

- Intossicazioni ed esposizioni come sopra;
- Sindrome itterica neonatale, meningiti, encefaliti, malattie demielizzanti (sclerosi multipla, leucodistrofie), trauma cranici, tumori cerebrali, trombosi, emorragie
- Epilessia

2) Per cause biologiche genetiche  
– Sindromi genetiche (Prader-Willi, Turner, Klinefelter, Cornelia De Lange , Noonan, XXX, Distrofia muscolare di Duchenne, ecc.

– Autismo ad alto funzionamento o sindrome di Asperger (causa o conseguenza?)

4) Causati da effetti indiretti

- DSA (comorbidità 0,17-0,24%)
- ADHD (comorbidità alta 20-20%)
- Disturbi di comunicazione

## **Ritardo Globale dello sviluppo 315.8 (F88)**

- Soggetti età inferiore a 5 anni
- Ritardo nel raggiungimento delle tappe dello sviluppo intellettuale
- Impossibilità di svolgere test standardizzati
- Necessità di follow-up clinico

## **Disabilità intellettiva senza specificazione 319 (F79)**

- Soggetti di età superiore a 5 anni
- Significativo ritardo intellettuale
- Livello di gravità non valutato in maniera attendibile per cause eccezionali concomitanti come disturbi neurosensoriali, motori, comportamentali
- Necessita di follow-up clinico

# Eziologia e caratteristiche principali

- Nel 30% dei casi diagnosticati, la D.I. è dovuta ad alterazioni precoci dello sviluppo dell'embrione,
- Il 10%, è determinato da problemi durante la gravidanza e nel periodo perinatale,
- Un 5% riconosce una causa ereditaria,
- un altro 5% da condizioni mediche generali acquisite durante l'infanzia o la fanciullezza
- infine un 15-20% da influenze ambientali e altri disturbi mentali.
- Nel 30-40% dei casi circa che afferiscono a strutture specializzate per la diagnosi, nonostante i progressi in campo medico, non è possibile attualmente individuare il fattore o i fattori eziologici.

# DIABILITA' INTELLETTIVA LIEVE

- Rappresenta circa l'80% delle persone con D.I. e non è di solito osservabile dalle apparenze e alcuni deficit sensoriali o motori sono lievi.
- A livello eziologico è possibile riscontrare cause di natura organica o ambientale, di norma la diagnosi viene nei primi anni di scuola
- Nella vita adulta la maggior parte di queste persone non vengono mai diagnosticate.
- La maggior parte di loro può vivere in maniera indipendente in ambienti normali, sebbene possano necessitare di aiuto per trovare l'alloggio e l'impiego, oppure quando sono sottoposti a particolare stress.

# La Disabilità intellettiva lieve

- Le compromissioni senso-motorie sono di minima entità, le capacità comunicative risultano sufficienti per le esigenze quotidiane.
- Seppur con lentezza le acquisizioni scolastiche possono proseguire fino al raggiungimento di competenze paragonabili a quelli di quinta elementare. Nell'autonomia personale e nell'autogestione ambientale possono raggiungere livelli sufficienti.
- Le persone con D.I. lieve possono raggiungere capacità sociali e lavorative che possono consentire, seppur in forma ridotta, discreti livelli di auto-sostentamento. Normalmente la vita nel contesto sociale di appartenenza può essere svolta senza difficoltà elevate.

# La Disabilità intellettiva moderata

- Le persone che fanno parte di questo gruppo ammontano a circa il 12% della popolazione con disabilità dell'apprendimento.
- L'eziologia è organica.
- La maggior parte di loro può parlare o almeno imparare a comunicare e possono aver cura di se stessi con qualche supervisione. Le competenze scolastiche possono raggiungere i livelli della seconda elementare.
- Da adulti essi possono di solito intraprendere lavori semplici o di routine.
- In contesti lavorativi protetti si osserva un discreto adattamento e possono svolgere lavori semplici.
- Possono richiedere supervisione costante e presentare caratteristiche di dipendenza

# La Disabilità intellettiva grave

- Di questo gruppo fa parte circa il 7% della popolazione con disabilità dell'apprendimento.
- Alla base c'è sempre una eziologia organica
- Il loro sviluppo nell'età prescolare è di solito fortemente rallentato, con compromissioni nell'ambito senso-motorio, sin dai primi anni di vita
- Le capacità comunicative sono estremamente ridotte o talora assenti.
- Le competenze scolastiche sono di norma limitate al riconoscimento di parole semplici, funzionali alla comunicazione dei bisogni fondamentali.
- Possono eventualmente acquisire alcune capacità di accudire loro stessi sebbene sotto una stretta supervisione.
- Da adulti possono assumersi compiti facili ed essere coinvolti in attività sociali limitate.
- Le persone con D.I. grave necessitano di assistenza e tutela costante e da adulti possono svolgere compiti semplici.

# La Disabilità intellettiva gravissima

- Le persone di questo gruppo ammontano a meno dell'1% della popolazione con disabilità dell'apprendimento.
- L'eziologia riconosce una base organica
- Sin dalla nascita, si notano importanti compromissioni sensorie e, in un numero di casi elevati, marcate limitazioni nell'area motoria.
- I livelli di comprensione degli stimoli ambientali sono notevolmente ridotti ed il linguaggio espressivo e ricettivo marcatamente deficitario.
- La comunicazione è frequentemente ridotta a forme elementari di tipo mimico gestuale.
- Pochi di loro imparano ad aver cura di sé sebbene alcuni possono acquisire qualche elementare parola e comportamento sociale.
- Tali condizioni richiedono un'assistenza specialistica continua.

# Come apprende un bambino con D.I:

- Tendenza alla rigidità
- Impara in modo meccanico e addestrativo
- Difficoltà a processare più stimoli contemporaneamente
- Lentezza
- Perseverazione
- Impossibilità di sviluppo del pensiero astratto
- Difetto di autocoscienza
- Deficit di autonomia
- Difficoltà di adattamento all'ambiente
- Reazioni incongrue ed esagerate

# Tipologia dei disturbi estrinseci associati alla Disabilità Intellettiva

- Disturbi dell' umore
- Disturbi d'ansia
- Disturbi della condotta
- Disturbi psicotici
- Disturbi della personalità

Sono 3/4 volte più frequenti rispetto alla popolazione normale

L'espressività è condizionata dal livello di sviluppo cognitivo

Nelle DI più gravi i sintomi sono aspecifici (es. irritabilità-aggressività in depressione, disturbo bipolare, psicosi, disturbo di panico, reazione a contesti sfavorevoli, sindromi dolorose, ecc.)

# Comportamento e Disabilità intellettiva

- Diversi studi epidemiologici indicano la particolare suscettibilità delle persone con disabilità intellettiva alla patologia psichiatrica con un'incidenza di disturbi psichiatrici da 5 a 7 volte superiore rispetto alla popolazione generale.
- Lo studio storico di Rutter (Rutter et al., 1979) ha individuato nella popolazione in età evolutiva con disabilità intellettiva una percentuale tra il 30% e il 42% di soggetti con disturbi psichiatrici contro il 7% della popolazione senza d.i.

# Gravità della D.I. e correlazione con i disturbi emotivi e comportamentali

- La natura dei disturbi emotivi e comportamentali appare correlata alla gravità della disabilità intellettiva
- Nei soggetti con D.I. Lieve e media prevalgono disturbi della condotta, disturbi dell'umore di tipo depressivo, disturbi ansiosi, ossessivo-compulsivi e deficit attentivi
- Nei soggetti con D.I. più grave prevalgono disturbi comportamentali di tipo autistico, stereotipie, condotte aggressive e sintomi schizofrenici.
- Questi disturbi sono inoltre correlati a specifici fattori di rischio quali la presenza di un disturbo neurologico associato e carenze di accudimento e/o atteggiamenti inadeguati in ambito familiare e sociale.

# Decorso della Disabilità Intellettiva

- Impegnativo lungo tutte le fasi del ciclo di vita
- Esordio infantile con compromissione familiare a livello prenatale
- Emergenze comportamentali
- Emergenze cliniche
- Accumulo progressivo di problematiche cliniche e policronicità
- Ricorsività persistente dei bisogni
- Impatto massiccio sulla famiglia e sulla comunità

# Le persone con Disabilità Intellettiva:

- Malattie mentali associate
  - 1) Schizofrenia 7%
  - 2) Depressione 40%
  - 3) Sindromi psichiche 4-6 volte più frequenti che nella popolazione generale
  - 4) Autolesionismo, Ipercinesia, Vagabondaggio e tendenza a nascondersi, Aggressività, Tiraggio dei capelli
  - 5) Rischio per sfruttamento sessuale e violenza fisica e sessuale decisamente superiore che per la popolazione generale (“raggirabilità”)

# Nascita del termine autismo



**Bleuler** nel 1911 coniò il termine **autismo** che nacque dall'incontro fra la psichiatria clinica e la psicoanalisi: egli lo utilizzò all'interno di una sua monografia sulla schizofrenia per designare nei malati mentali adulti: "l'evasione dalla realtà accompagnata dal predominio relativo o assoluto della vita interiore"

Lo definì così: *"Gli schizofrenici che non hanno più contatti con il mondo esterno, vivono nel proprio mondo. Si sono rinchiusi nei loro sogni e desideri... questo distacco dalla realtà con la assoluta predominanza della vita interiore, lo definiamo autismo"*



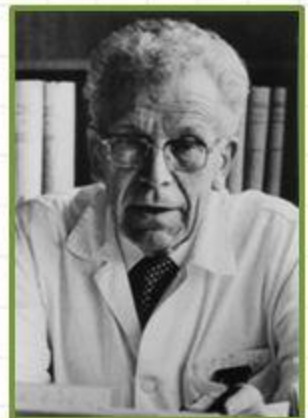
# I Disturbi dello Spettro Autistico

## CENNI STORICI:

- ❑ *Eugen Bleuler*, medico svizzero, nel **1911** definisce "autismo" il "ritiro in se stessi" delle persone affette da schizofrenia
- ❑ *Leo Kanner*, psichiatra austriaco-americano, nel **1943** descrisse l'autismo infantile precoce o sindrome di Kanner
- ❑ *Hans Asperger*, pediatra austriaco, nel **1944** pubblica un saggio con la descrizione dei sintomi dell'autismo, la psicopatia autistica. Saggio diffuso nel **1981** da L. Wing.
- ❑ *Andreas Rett*, medico austriaco, nel **1966** ha pubblicato la prima descrizione della Sindrome di Rett.
- ❑ **ICD-10** Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (**1993**) e **DSM IV**: Disturbi generalizzati dello sviluppo (**1994**)
- ❑ **DSM V** Disturbi dello spettro autistico (**2013**)



L. Kanner



H. Asperger

# I.C.D. 10

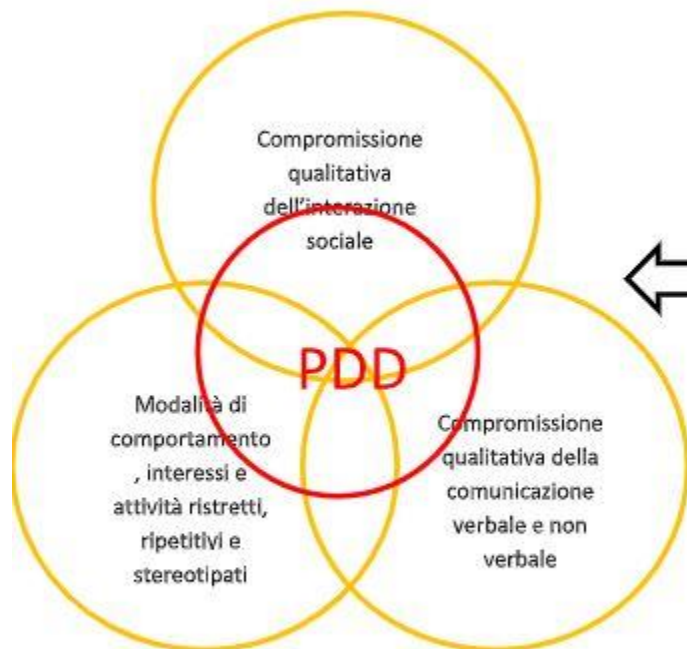
## **F84 SINDROMI DA ALTERAZIONE GLOBALE DELLO SVILUPPO PSICOLOGICO**

anormalità qualitative **interazioni sociali, comunicazione**, repertorio limitato .....**interessi** e attività;

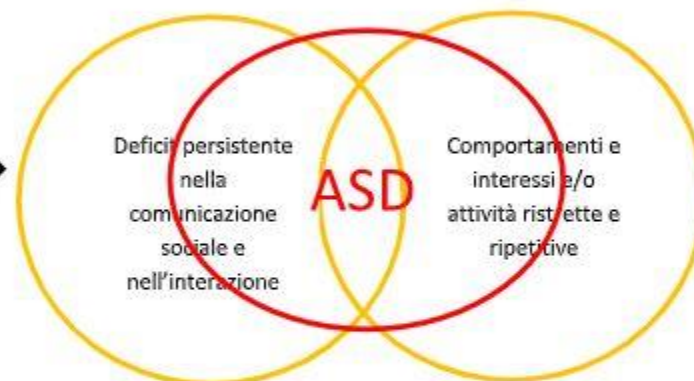
caratteristica preminente del funzionamento del soggetto

- **F84.0 AUTISMO INFANTILE:**  
compromissione sviluppo **prima dei 3 anni**,  
anomalo funzionamento nelle 3 aree...,  
altri problemi non specifici (fobie, dist. sonno e alimentazione, collera e aggressività.... )
- **F84.5 SINDROME DI ASPERGER**
- **F84.1 AUTISMO ATIPICO**
- **F84.2 SINDROME DI RETT**
- **F84.3 S. DISINTEGRATIVA DELL'INFANZIA DI ALTRO TIPO**
- **F84.4 S. IPERATTIVA ASSOCIATA A RITARDO MENTALE E MOVIMENTI STEREOTIPI**
- **F84.8 ALTRE S. ....**
- **F84.9 S. NON SPECIFICATA ....**

## DSM-IV



## DSM-5



## DISTURBI DELLO SPETTRO DELL' AUTISMO

Il DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO è un insieme eterogeneo di disturbi del neurosviluppo, caratterizzati da esordio precoce di difficoltà nella interazione e comunicazione sociale associata a comportamenti e interessi ripetitivi e ristretti. Il DSM 5 ha proposto la dicitura *disturbo dello spettro autistico*, sottolineando la scelta di una classificazione di tipo dimensionale, senza distinzione in sottotipi.

### CRITERI DIAGNOSTICI DSM 5

❖ **A) DEFICIT PERSISTENTI DELLA COMUNICAZIONE SOCIALE E NELLA INTERAZIONE SOCIALE IN MOLTEPLICI CONTESTI** (non siano una semplice conseguenza di un ritardo generale dello sviluppo).

I deficit si manifestano attraverso i seguenti criteri:

1. **deficit nella reciprocità socio-emotiva** (varia da approcci sociali atipici fino alla totale mancanza di iniziativa nell'interazione)
2. **deficit dei comportamenti comunicativi non verbali** utilizzati per l'interazione sociale (anomalie nel contatto oculare e nel linguaggio corporeo, sino alla totale assenza di gesti ed espressioni facciali)
3. **deficit nello sviluppare e nel mantenere relazioni sociali appropriate al livello di sviluppo** (difficoltà nel gioco immaginativo condiviso e nello sviluppare amicizie, fino alla apparente assenza di interesse verso le altre persone)

❖ **B) UN PATTERN DI COMPORTAMENTI, ATTIVITA' O INTERESSI RISTRETTI E RIPETITIVI, IN ALMENO DUE DEI SEGUENTI CRITERI:**

1. **Eloquio, movimenti motori o uso degli oggetti stereotipati o ripetitivi.**
2. **Interessi molto limitati** (eccessiva aderenza a routine, resistenza al cambiamento, insistenza sugli stessi percorsi o stessi cibi, domande ripetitive)
3. **Iper o iposensibilità a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente** (come apparente indifferenza al dolore o al freddo, risposte evitanti a specifici suoni, eccessiva attività nell'odorare o nel toccare oggetti, fascinazione x luci o oggetti che ruotano).

C) i sintomi devono essere presenti nel periodo precoce dello sviluppo.

D) i sintomi causano compromissione clinicamente significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo, o altre aree importanti.

E) queste alterazioni non sono meglio spiegate da disabilità intellettiva (DI) o da ritardo globale nello sviluppo. Disabilità intellettiva e disturbo dello spettro autistico sono spesso presenti in concomitanza.

## DSM-5: CRITERI DIAGNOSTICI per Autism Spectrum Disorders

### Livelli di Gravità per il Disturbo dello Spettro Autistico

#### **Livello 1:** Richiede un supporto

*Comunicazione sociale:* senza supporto, i deficit nelle abilità di comunicazione sociale causano importanti compromissioni. Il soggetto ha **difficoltà ad iniziare le interazioni sociali e risponde in modo atipico o fallimentare alle iniziative altrui**. Può sembrare che abbia un ridotto interesse nelle interazioni sociali. Per esempio, (ci si riferisce a) una persona che può essere in grado di esprimersi con delle frasi complete e di comunicare, anche se **non è in grado di sostenere una conversazione con altre persone e i suoi tentativi di fare amicizia sono spesso bizzarri e fallimentari**.

*Interessi ristretti e comportamenti ripetitivi:* **Comportamenti rigidi interferiscono significativamente con il funzionamento in uno o più contesti**. Difficoltà a passare di un'attività ad un'altra. Le difficoltà di organizzazione e di pianificazione ostacolano l'autonomia.

## DSM-5: CRITERI DIAGNOSTICI per Autism Spectrum Disorders

### Livelli di Gravità per il Disturbo dello Spettro Autistico

#### **Livello 2:** Richiede un supporto importante

*Comunicazione sociale:* **Marcati deficit nelle abilità di comunicazione sociale, verbale e non verbale**; la compromissione sociale appare evidente anche quando è presente un sostegno; **iniziativa limitata nell'interazione sociale e ridotta o anomala risposta all'iniziativa altrui**. Per esempio, (ci si riferisce a una persona che è in grado di esprimersi con frasi semplici e ha interazioni limitate alla condivisione di interessi ristretti e specifici e ha una comunicazione non verbale marcatamente atipica).

*Interessi ristretti e comportamenti ripetitivi:* **preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi appaiono abbastanza di frequente da essere evidenti anche all'osservatore casuale** e interferiscono con il funzionamento in diversi contesti. Stress o frustrazione appaiono quando sono interrotti ed è difficile ridirigere l'attenzione.

## DSM-5: CRITERI DIAGNOSTICI per Autism Spectrum Disorders

### Livelli di Gravità per il Disturbo dello Spettro Autistico

#### **Livello 3:** Richiede un supporto molto importante

*Comunicazione sociale:* I gravi deficit nella comunicazione sociale, verbale e non verbale, causano una **grave compromissione nel funzionamento, iniziativa molto limitata nell'interazione sociale e minima risposta alle aperture sociali altrui**. Per esempio, (ci si riferisce a) una persona che possieda un linguaggio limitato a poche parole, che inizia raramente un'interazione sociale e quando ciò avviene, lo fa solo per sue necessità e risponde solo ad approcci sociali molto espliciti.

*Interessi ristretti e comportamenti ripetitivi:* preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi che interferiscono marcatamente con il funzionamento in tutte le sfere. **Stress marcato quando i rituali o le routine sono interrotti; è molto difficile distogliere il soggetto dal suo focus di interesse e, se ciò avviene, egli ritorna rapidamente ad esso.**

<b>Qualificatore Performance</b>	<b>Entità</b>	<b>Compromissione</b>	<b>%</b>
<b>0</b>	NESSUNA Difficoltà: È adeguata all'età ed è presente in qualsiasi condizione	Assente, trascurabile	0-4%
<b>1</b>	Difficoltà LIEVE: È presente ma risulta vulnerabile allo stress	Leggera, piccola	5- 24%
<b>2</b>	Difficoltà MEDIA: È emergente ma non strutturata	Moderata, discreta	25-49%
<b>3</b>	Difficoltà GRAVE: È riscontrabile solo in presenza di facilitazioni	Notevole, estrema	50-95%
<b>4</b>	Difficoltà COMPLETA: Non è attualmente raggiunta	Totale	96-100%
<b>8</b>	Non specificato	Quando la difficoltà non è nota	
<b>9</b>	Non applicabile	Quando la difficoltà non è applicabile	

# ICD-11

## Disturbi dello sviluppo neurologico

- Rappresenta un significativo allontanamento dall'ICD-10 ed è molto in linea con le recenti decisioni prese dal DSM-5.
- E' a un gruppo di disturbi di origine multifattoriale, ad esordio precoce che influenzano lo sviluppo cognitivo e sociale comunicativo ed hanno un decorso cronico con compromissione che generalmente dura fino a età adulta.
- Il termine distingue questi disturbi da altri disturbi più comuni dell'infanzia, come ansia e disturbi dell'umore, che si pensava derivassero da qualche tipo di avversità psicosociale e avessero un decorso più episodico.

## Nella categoria *Disturbi dello sviluppo neurologico* l'ICD 11 include

- Disturbi dello sviluppo intellettuale,
- Disturbi del linguaggio o del linguaggio dello sviluppo,
- Disturbi dello spettro autistico (ASD),
- Disturbi dell'apprendimento dello sviluppo,
- Disturbo della coordinazione motoria dello sviluppo,
- Disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD),
- Disturbo del movimento stereotipato
- Altri disturbi dello sviluppo neurologico

# Tra ICD-10 ed ICD-11

## ICD10

- Non ha un raggruppamento specifico per i disturbi dello sviluppo neurologico
- Utilizza una terminologia differente per le condizioni specifiche che sono state incluse al suo interno
- il disturbo ipercinetico compare nella categoria ICD-10 dei "disturbi comportamentali ed emotivi con esordio nell'infanzia o in adolescenza.
- il disturbo pervasivo dello sviluppo è esclusivo per il disturbo ipercinetico
- Considera otto diversi disturbi pervasivi dello sviluppo.

## ICD 11

- Ha un raggruppamento specifico per i disturbi dello sviluppo neurologico
- Utilizza una terminologia «unitarie» per le condizioni specifiche che sono state incluse al suo interno
- Il "disturbo da deficit di attenzione e iperattività" ha una sua ben chiara categoria
- L'ASD che l'ADHD possono coesistere nello stesso individuo.
- Esiste una sola categoria denominata Disturbi dello spettro autistico (ASD)

# Perché una sola categoria Disturbi dello spettro autistico (ASD)

- Diverse revisioni sistematiche hanno rilevato che le distinzioni tra questi sottotipi sembrano essere di dubbia validità diagnostica o rappresentare una variazione quantitativa piuttosto che qualitativa.
- Il raggruppamento di tutti questi individui viene accompagnato dall'aggiunta di diversi "specificatori" alla diagnosi di ASD nel tentativo di tenere conto dell'enorme eterogeneità insita nella presentazione del disturbo.
- Questi specificatori includono il livello intellettuale, il livello linguistico, le comorbidity mediche o genetiche e le comorbidity di salute mentale.
- Il rischio però di arrivare ad una eccessiva generalizzazione degli interventi.

# I criteri diagnostici ICD-11

## Disturbo dello spettro autistico

**A. Deficit persistenti nell'iniziare e sostenere la comunicazione sociale e le interazioni sociali reciproche che sono al di fuori della gamma prevista di funzionamento tipico data l'età dell'individuo e il livello di sviluppo intellettuale. Le manifestazioni specifiche di questi deficit variano a seconda dell'età cronologica, delle capacità verbali e intellettive e della gravità del disturbo.**

- Comprensione, interesse o risposte inappropriate alle comunicazioni sociali verbali o non verbali degli altri.
- Integrazione del linguaggio parlato con i tipici spunti non verbali complementari, come il contatto visivo, i gesti, la mimica facciale ed il linguaggio del corpo. Questi comportamenti non verbali possono anche essere ridotti in frequenza o intensità.
- Comprensione e uso del linguaggio in contesti sociali e capacità di iniziare e sostenere conversazioni sociali reciproche.
- Consapevolezza sociale, che porta a comportamenti non adeguatamente modulati in base al contesto sociale.
- Capacità di immaginare e rispondere ai sentimenti, agli stati emotivi e agli atteggiamenti degli altri.
- Condivisione reciproca di interessi.
- Capacità di creare e sostenere relazioni tipiche tra pari.

# I criteri diagnostici ICD-11

## Disturbo dello spettro autistico

### **B. Modelli di comportamento, interessi o attività persistenti, ristretti, ripetitivi e inflessibili che sono chiaramente atipici o eccessivi per l'età e il contesto socioculturale dell'individuo.**

- Mancanza di adattabilità a nuove esperienze e circostanze, con disagio associato, che può essere evocato da banali cambiamenti in situazioni familiari o in risposta a eventi imprevisti.
- Adesione inflessibile a particolari routine; per esempio, queste possono essere geografiche come seguire percorsi familiari, o possono richiedere tempi precisi come l'orario dei pasti o il trasporto.
- Eccessiva aderenza alle regole (ad esempio, quando si gioca).
- Schemi di comportamento ritualizzati eccessivi e persistenti (ad esempio, la preoccupazione di mettere in fila o ordinare gli oggetti in un modo particolare) che non hanno uno scopo esterno apparente.
- Movimenti motori ripetitivi e stereotipati, come movimenti del corpo o parti di esso (ad esempio, dondolare), andatura atipica (ad esempio, camminare in punta di piedi), movimenti insoliti delle mani o delle dita e posture insolite. Questi comportamenti sono particolarmente comuni durante la prima infanzia.
- Coinvolgimento persistente per uno o più attività ed interessi speciali, parti di oggetti, o tipi specifici di stimoli (compresi i media) o un attaccamento insolitamente forte a oggetti particolari (esclusi i tipici oggetti transizionali/consolatori).
- Ipersensibilità eccessiva e persistente per tutta la vita o iposensibilità agli stimoli sensoriali o interesse insolito per uno stimolo sensoriale, che può includere suoni reali o previsti, luce, texture (specialmente vestiti e cibo), odori e sapori, calore, freddo o dolore.

- Elimina la terza caratteristica, relativa ai problemi di linguaggio, elencata nell' ICD-10.
- Sottolinea l'importanza di esaminare la sensibilità sensoriale, che è comune tra le persone dello spettro autistico.

# Autismo tra DSM5 ed ICD-11

## DSM 5

- Solo Autismo e la Disabilità intellettiva possono verificarsi contemporaneamente.
- La diagnosi di Autismo può essere posta solo in presenza di più sintomi elencati per ogni dimensione (effetto cut-off)
- Per i deficit nella comunicazione sociale richiede tutti e tre i seguenti: a) deficit nella reciprocità socio-emotiva, b) deficit nella comunicazione non verbale, e c) deficit nello sviluppo, mantenimento e comprensione delle relazioni.

## ICD-11

- Include anche la perdita di competenze precedentemente acquisite (regressione) come una caratteristica da prendere in considerazione quando si fa una diagnosi.
- Non stabilisce che una persona debba avere uno specifico numero o combinazione di caratteristiche per soddisfare la soglia diagnostica dell'autismo.
- Per i Deficit di comunicazione ritiene necessario che "le manifestazioni includano sintomi di una lista di sette voci in questo simili ai tre requisiti del DSM-5

# Autismo tra DSM5 ed ICD-11

## DSM 5

- Tiene a sottolineare l'importanza del gioco a cui partecipano i bambini.
- Per gli schemi ristretti, ripetitivi e inflessibili, la lista degli item è relativa a sintomi che tendono ad essere riscontrati in bambini sia con il Disturbo dello Spettro Autistico che con i Disturbi dello Sviluppo Intellettivo (ad esempio, capovolgere oggetti, forte attaccamento o preoccupazione per oggetti insoliti, eccessivo annusare o toccare gli oggetti, ecolalia).
- Anche in questo ambito viene richiesta la presenza di almeno due «schemi» da una lista di quattro item

## ICD-11

- Tiene meno conto delle caratteristiche del gioco a cui partecipano i bambini, poiché questo può variare a seconda del paese o della cultura.
- L'importanza delle regole rigide che i bambini con Autismo seguono o impongono ad altri.
- Per gli schemi ristretti, ripetitivi e inflessibili, gli esempi includono elementi che sono più caratteristici di individui senza disabilità intellettiva, precedentemente diagnosticati come aventi la sindrome di Asperger, ma ora compresi nello spettro autistico.
- Presenta l'elenco dei sette item a titolo esemplificativo e non restrittivo

Significativa compromissione del funzionamento personale, familiare, sociale, educativo, lavorativo o in altre importanti aree di funzionamento.

- Alcuni individui con il Disturbo dello Spettro Autistico sono in grado di funzionare adeguatamente in molti contesti attraverso uno sforzo eccezionale, così che i loro deficit possano non essere evidenti agli altri. Una diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico è ancora appropriata in questi casi (ICD-11)
- Lo sforzo di adattamento e mascheramento provoca sofferenza personale ed aumenta il rischio di sviluppare disturbi co-occorrenti. E' quindi necessario fornire supporto anche a queste persone.

# Specificatori clinici all'interno dello spettro autistico

- Permettono l'identificazione di limitazioni co-occorrenti nelle abilità intellettuali e funzionali del linguaggio, che sono fattori importanti nell'individualizzazione appropriata del livello di supporto, nella selezione degli interventi e nella pianificazione del trattamento per gli individui con Disturbo dello Spettro Autistico.
- Viene anche fornito uno specificatore per la perdita di abilità precedentemente acquisite, che è una caratteristica della storia di sviluppo di una piccola parte di individui con disturbo dello spettro autistico.
  - A) Specificatori di eventuale compromissione intellettiva
  - B) Specificatori di eventuale compromissione del linguaggio (escluso l'uso sociale)
  - C) Specificatori di eventuale perdita di abilità in precedenza acquisite

# Codifica ICD-11

## Disturbi dello spettro autistico

Codice ICD-11	Disabilità intellettiva	Compromissione funzionale del linguaggio
6A02.0	Nessuna disabilità	Nessuna compromissione o lieve compromissione
6A02.1	Presenza di D.I.	«
6A02.2	Nessuna D.I.	Compromissione funzionale del linguaggio
6A02.3	Presenza di D.I.	«
6A02.5	Presenza di D.I.	Grave compromissione funzionale del linguaggio

**Il codice 6A02.0 non comprende solo le persone "Asperger" ma anche quelle che un tempo erano definite "autistici ad alto funzionamento".**

# Perdita di abilità precedentemente acquisite

- Una bassa percentuale di individui con ASD presenta, durante il secondo anno di vita, una perdita delle abilità precedentemente acquisite, soprattutto del linguaggio e la reattività sociale.
- Se si verifica dopo i 3 anni, raramente coinvolge il linguaggio mentre è più probabile che interessi le abilità cognitive e di adattamento (ad esempio, la perdita del controllo dell'intestino e della vescica, o compromissione del sonno), le abilità sociali, l'aumento dei disturbi emotivi e comportamentali.
- Ci sono due specificatori alternativi, per indicare se la perdita di abilità precedentemente acquisite è un aspetto della storia clinica o meno, dove x corrisponde alla cifra finale mostrata nella precedente Tabella:
  - **6A02.x0 senza perdita delle competenze precedentemente acquisite**
  - **6A02.x1 con perdita delle competenze precedentemente acquisite**

# Caratteristiche cliniche aggiuntive

- La co-occorrenza del Disturbo dello Spettro Autistico con altri Disturbi Mentali, Comportamentali o del Neurosviluppo è frequente in tutto l'arco di vita.
  - Disabilità intellettiva o altri ritardi nello sviluppo (per esempio, problemi nel linguaggio e nella coordinazione motoria) sono spesso i primi segni che vengono evidenziati (Prima infanzia)
    - Ansia sociale, il rifiuto della scuola e la fobia specifica (scuola primaria)
    - Disturbi depressivi (in fase adolescenziale)
- Difficoltà linguistiche pragmatiche
  - comprensione troppo letterale del discorso altrui
  - discorso che manca della normale prosodia e del tono emotivo
  - mancanza di consapevolezza dell'appropriatezza della loro scelta di linguaggio in particolari contesti sociali
    - precisione pedante nell'uso del linguaggio
- L'ingenuità sociale
- I comportamenti autolesionistici
- I profili di abilità cognitive specifiche

# Autismo ed apprendimento

## Punti di debolezza

- tempi brevi attentivi
- difficoltà di spostare **l'attenzione** da uno stimolo all'altro (**attention shifting**)
- preferenza verso i dettagli
- carenza nell'**uso sociale della attenzione** (condividere il medesimo interesse).
- la minore tendenza a osservare ed imitare gli altri e le difficoltà nell'area della comunicazione possono ostacolare enormemente il processo di apprendimento (Cottini - Vivanti, 2013).

## Punti di forza

- attività mediate da **informazioni visive** e sulla **memoria visiva**.
- buone capacità di analizzare e comprendere le regole che governano i **sistemi chiusi**
- padroneggiano le regole di funzionamento di **sistemi meccanici**.
- lavoro con i sistemi informatici (ad esempio, i linguaggi di programmazione e i sistemi matematici) e si rilevano migliori rispetto a soggetti non autistici nell'individuare piccoli dettagli in modelli complessi (Baron- Cohen et al. 2009)

# Autismo ed apprendimento

- Nelle persone con Disturbo dello Spettro Autistico *a basso funzionamento*, la produzione del linguaggio verbale può essere anche totalmente assente e **la comprensione del verbale, invece, è molto spesso “letterale”**.
- **Il linguaggio figurato, le metafore, i concetti sottintesi e addirittura le parole astratte sono spesso incomprensibili per un persona autistica.**

# Le abilità speciali dell'autismo

- Si stima che solo il 10% delle persone con autismo possieda tali abilità «speciali» che riguardano soprattutto la musica (orecchio assoluto), la pittura, la scultura, il disegno, il calcolo del calendario, la matematica, le abilità meccaniche e spaziali, e perfino l'apprendimento delle lingue straniere.
- Secondo Treffert (2009) sono tutte accompagnate da una memoria eccezionale e si mantengono nel tempo e possono poi trasformarsi, grazie alla plasticità cerebrale, in attività creative vere e proprie, migliorando spesso la qualità di vita dell'individuo. Secondo l'autore **queste abilità non dovrebbero essere considerate futili, ma, al contrario, andrebbero sostenute e valorizzate attraverso appositi programmi educativi**, con il fine di condurre il soggetto a raggiungere un'adeguata soddisfazione personale e un successo professionale.
- Sembra che i soggetti con abilità speciali nel calcolo delle date traggano dal calendario regole e costanti, non limitandosi ad usare la memoria meccanica (il caso di Francesco) .
- In ciascuno di questi ambiti ci sia la possibilità di ripetere il comportamento allo scopo di verificare se esso ottenga ogni volta lo stesso risultato (se moltiplico 4 per 4, il risultato sarà sempre 16).
- La necessità della PREVEDIBILITA'

«A volte sono le persone che  
nessuno immagina che possono  
fare certe cose  
quelle che fanno cose che  
nessuno può immaginare»  
Alan Turing

