

The background features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of green, ranging from light lime to dark forest green. The shapes are primarily triangles and polygons, creating a dynamic, layered effect. The overall composition is clean and modern, with the text centered on a white background.

# PROGETTAZIONE E MODELLI DI QUALITÀ DELLA VITA

*MODULO B*

*Noemi Del Bianco*

*Università degli Studi di Macerata*

In continuità con il  
modulo A:  
Qualità della Vita ...

# AUTODETERMINAZIONE

Concetti base e motivazioni scientifiche per parlare di  
autodeterminazione nei progetti di vita delle persone con  
disabilità

# Motivazioni scientifiche e pedagogiche

Bassi livelli di autodeterminazione nelle persone con disabilità (soprattutto intellettive)

Progettazione nel «durante di Noi»  
(procedure e interventi per la vita adulta)

# Motivazioni:

## **Bassi livelli di autodeterminazione nelle persone con disabilità (soprattutto intellettive)**

1- la tendenza dominante circa l'**eccessiva sostituzione** nelle decisioni che spettano alle persone con disabilità intellettive da parte di persone "esterne".

*«For example, it is easier to assume that Johnny wants chocolate chip ice cream because he seems to like this flavor, rather than taking the time to set up his communication device and wait for him to slowly type his preference» (Ward, 2005, p. 109).*

2- le **scarse conoscenze** circa l'importanza e la spendibilità dell'autodeterminazione nelle persone con disabilità intellettive.

*Formazione dei professionisti: «i professionisti dei servizi dovrebbero essere formati nei metodi di supporto all'autodeterminazione, insieme alla filosofia del perché questo sia un imperativo» (Ward, 2005, p. 109).*

3- la **sottovalutazione** delle potenzialità del soggetto con disabilità intellettiva

*Quali sono le effettive possibilità/potenzialità che le persone con disabilità intellettive, anche severe, hanno di poter attingere o meno al costruito?*

# Motivazioni:

## **Progettazione nel «durante di Noi» (procedure e interventi per la vita adulta)**

- 1- costruire «nel tempo e per tempo» azioni educative congiunte
- 2- supportare nelle fasi di transizione
- 3- prospettiva di vita coerente e preparata in anticipo: outcomes positivi

**Fonti:** es. Giaconi, 2015; Nota, Ferrari, Soresi, Wehmeyer, 2007

# Autodeterminazione: disabilità intellettive



# Quadri concettuali: sistemi di classificazione

- **ICD-10 (OMS-1992)**
- DSM-IV-TR (APA-2000)
- **ICF (OMS-2001)**
- AAMR (2002)
- **ICF-CY (OMS-2007)**
- AAIDD (2010)
- **DSM 5 (APA-2013)**
- **ICD-11 (OMS-2018)**

# ICD-10/11

- La **classificazione ICD** (dall'inglese *International Classification of Diseases*; in particolare, *International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death*) è la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, stilata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS-WHO).

# ICD-10

- Il Capitolo V include disturbi psichici e comportamentali di natura organica (F00-F09), dovuti all'uso di sostanze psicoattive (F10-F19), affettivi (F30-F39), nevrotici (F40-F48), legati a disfunzioni fisiologiche (F50-F59), disturbi della personalità (F60-F69), dello sviluppo psicologico (F80-F89) e comportamentali (F90-F98).
- Sono elencate tra le malattie la schizofrenia (F20) e vari ritardi mentali (F70-F79). La sezione dello sviluppo psicologico comprende i disturbi dell'apprendimento: F81.1-F81.9

# ICF

- Nel 2001 l'Assemblea Mondiale della Sanità dell'OMS ha approvato la nuova *Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute (ICF)* raccomandandone l'uso negli Stati parti
- Strumento importante per i professionisti dell'ambito sanitario, sociale, assicurativo, economico, politico, legislativo dell'istruzione e del lavoro
- L'Italia è tra i 65 paesi che hanno contribuito alla sua creazione
- E' stato accettato da 191 paesi come standard per misurare e classificare salute e disabilità

# ICF

- L'ICF si delinea come una classificazione che vuole descrivere lo stato di salute delle persone in relazione ai loro **ambiti esistenziali (sociale, familiare, lavorativo)** al fine di cogliere le difficoltà che nel contesto **socio-culturale** di riferimento possono causare disabilità.
- Tramite l'ICF si vuole quindi descrivere non le persone, ma le loro situazioni di vita quotidiana in relazione al loro contesto ambientale e sottolineare non solo la persona come avente malattie o disabilità, ma soprattutto evidenziarne l'unicità e la globalità

# ICF

- L'ICF vuole fornire un'ampia analisi dello stato di salute degli individui ponendo la correlazione fra salute e ambiente, arrivando alla definizione di disabilità, intesa come una **condizione di salute in un ambiente sfavorevole**.
- L'OMS, attraverso l'ICF, propone un modello di disabilità universale, applicabile a qualsiasi persona.
- Recepisce pienamente il modello sociale della disabilità considerando la persona non solo dal punto di vista «sanitario», ma promuovendone un approccio «globale»
- Descrive le capacità possedute e le performance possibili ***intervenendo*** sui fattori contestuali.

# ICF - CY

- **ICF-CY 2006** strumento per documentare le caratteristiche della salute e del funzionamento nei bambini e negli adolescenti
- Le manifestazioni del funzionamento della disabilità e delle condizioni di salute **nell'infanzia e nell'adolescenza** hanno impatto, intensità, e conseguenze diversi da quelle degli adulti

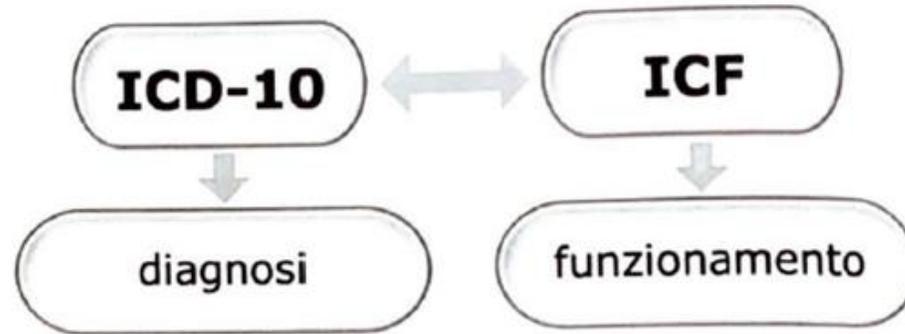
# ICF - CY

- **L'ICF-CY** è stato quindi sviluppato tenendo conto dei cambiamenti associati alla crescita e allo sviluppo
- Il contenuto è conforme alle convenzioni e alle dichiarazioni internazionali nell'interesse e a tutela dei diritti dell'infanzia



- CONVENZIONE DELLE NAZIONI UNITE SUI DIRITTI DELL'INFANZIA (1989)
- CONVENZIONE DELLE NAZIONI UNITE SUI DIRITTI DELLE PERSONE CON DISABILITA' (2006) Articolo 30.

L'ICD-10 considera le menomazioni come elementi del sistema che dà origine (e forma) alla malattia mentre l'ICF, come vedremo in seguito, le considera problemi delle funzioni corporee associate alle condizioni di salute.



L'ICD-10 e l'ICF risultano essere, pertanto, complementari poiché entrambi partono dal sistema corporeo indicando menomazioni riferite a strutture e funzioni corporee per cui è auspicabile utilizzarli assieme.

L'ICD-10 fornisce, dunque, una diagnosi delle malattie, dei disturbi o di altri stati di salute e questa informazione può arricchirsi delle informazioni offerte dall'ICF relative al funzionamento.

**☞ Quindi, l'associazione di informazioni sulla diagnosi e sul funzionamento fornisce un quadro più ampio e significativo della salute delle persone.**



*Due persone con la stessa malattia possono avere diversi stati funzionali mentre due persone con lo stesso stato funzionale non hanno necessariamente la stessa malattia*

# Esempio codice ICD-10 e ICF

CODICE	DEFINIZIONE
F70	Ritardo mentale lieve
F71	Ritardo mentale di media gravità
F72	Ritardo mentale grave
F73	Ritardo mentale profondo
F80	Disturbo evolutivo specifico dell'eloquio e del linguaggio
F81	Disturbo evolutivo specifico delle abilità scolastiche (Comprende Dislessia) (D.S.A.)
F82	Disturbo evolutivo specifico delle abilità motone
F83	Disturbi evolutivi specifici misti
F84.0	Autismo Infantile
F84.1	Autismo atipico
F84.2	Sindrome di Rett
F84.3	Sindrome disintegrati va dell'infanzia di altro tipo
F84.4	Sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati
F84.5	Sindrome di Asperger
F90.0	Disturbo dell'attività e dell'attenzione
F90.1	Disturbo ipercinetico della condotta
F90.8	Sindrome ipercinetiche di altro tipo
F93	Disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia
F94	Disturbo del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza
F95	Disturbi di tipo tic
F98	Altri disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza

cerca il bollino numerato  
per consultare la  
descrizione dei codici



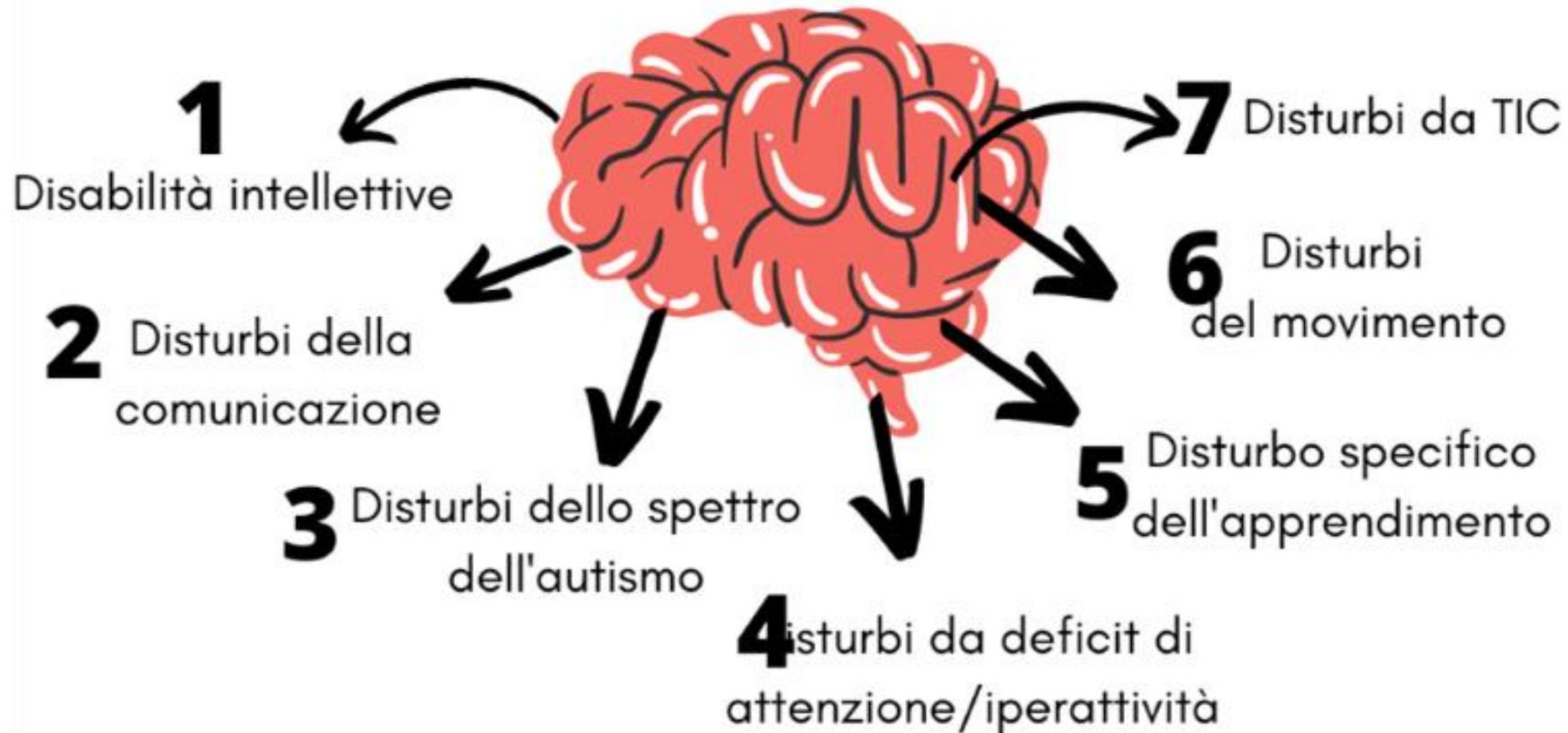
AREA COGNITIVA	
<b>Livello di sviluppo</b> ICF b117	<b>Funzioni intellettive</b> Funzioni mentali generali richieste per capire ed integrare in modo costruttivo le varie funzioni mentali, incluse tutte le funzioni cognitive e il loro sviluppo nell'arco di vita.
<b>Capacità di integrazione delle competenze</b> ICF b164 (da b1640 a b1649)	<b>Funzioni cognitive di livello superiore</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Astrazione</li> <li>- Organizzazione e pianificazione</li> <li>- Gestione del tempo</li> <li>- Flessibilità cognitiva</li> <li>- Insight</li> <li>- Giudizio</li> <li>- Soluzione di problemi</li> <li>- Funzioni cognitive di livello superiore, altro specificato</li> <li>- Funzioni cognitive di livello superiore, non specificato</li> </ul>

# DSM - V

- Il ***Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali***, noto anche con la sigla **DSM - V** (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), è uno dei sistemi nosografici per i disturbi mentali o psicopatologici, più utilizzati da medici, psichiatri e psicologi, sia nella pratica clinica sia nell'ambito della ricerca.
- Classifica i disturbi del **neurosviluppo** come condizioni con esordio nel periodo dello sviluppo (spesso prima che il bambino inizi la scuola primaria) e sono caratterizzati da difficoltà dello sviluppo che causa una **compromissione del funzionamento personale, sociale, scolastico e lavorativo**

# Disturbi del neurosviluppo

secondo il DSM-5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali)

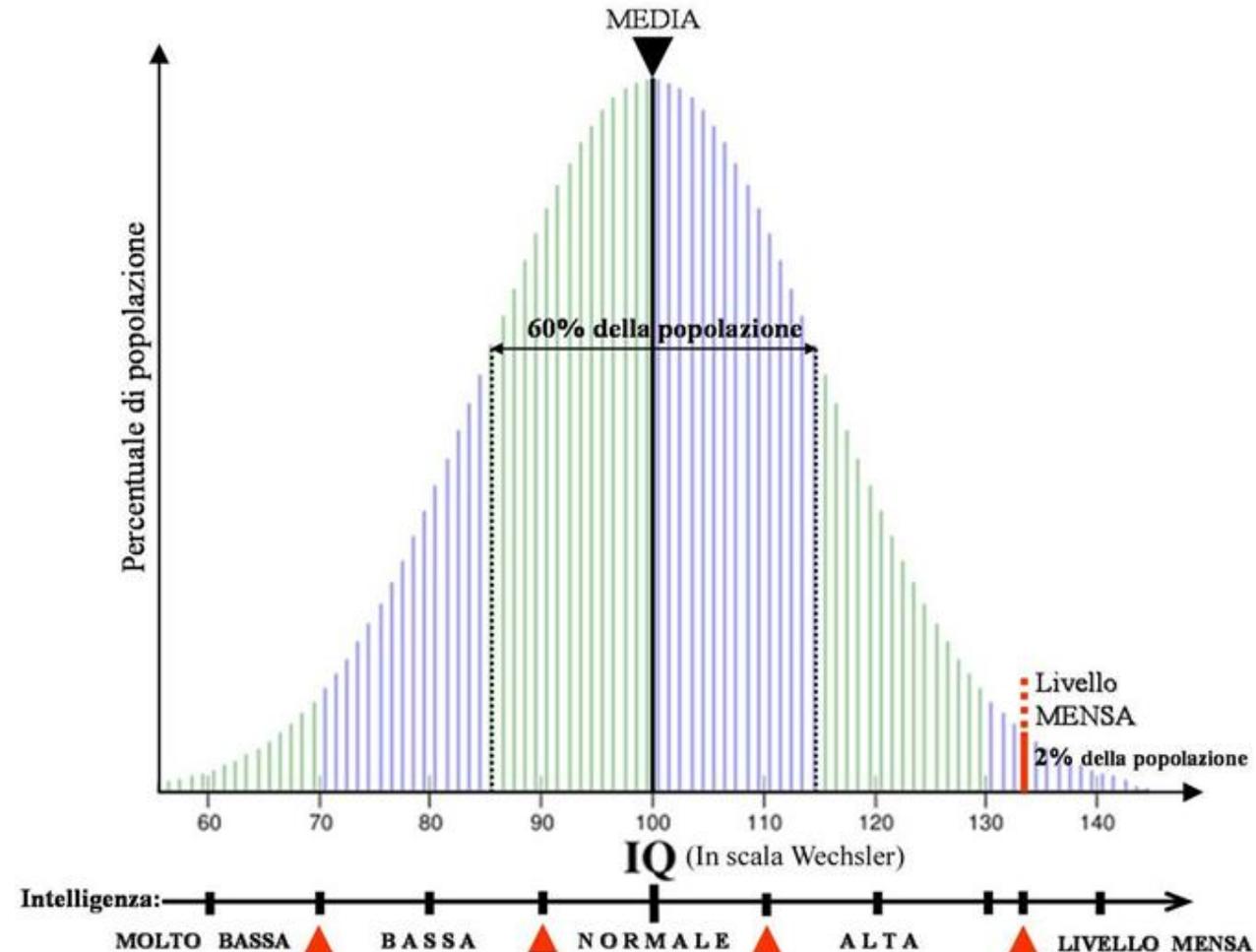


# Disturbi del neurosviluppo DSM-V

- **Disabilità intellettive**
- Disturbi della comunicazione
- **Disturbi dello spettro autistico**
- Disturbo da deficit di attenzione e iperattività
- Disturbo specifico dell'apprendimento
- Disturbi del movimento
- Disturbi da Tic

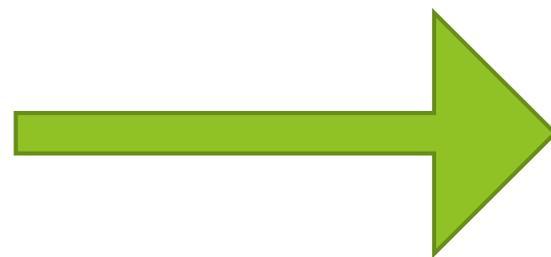
# Disabilità intellettive

- Prevalenza: 1% della popolazione generale; 6:1000
- Sviluppo e decorso: variabile in base alla gravità e alla eziologia”..interventi precoci e continuativi possono migliorare il funzionamento adattivo”
- Fattori di rischio: prenatali (sindromi genetiche, errori del metabolismo, malformazioni cerebrali) perinatali, postnatali



# Evoluzioni terminologiche

**Passato:** *idiozia,*  
*handicap mentale,*  
*insufficienza mentale,*  
*ritardo*  
*mentale/cognitivo,*  
*deficit*



**Oggi:**  
*disabilità*  
*intellettive*

# Disabilità intellettive: evoluzioni terminologiche

- 1- **OMS** (1954): classificazioni di matrice psicometrica (test psicometrici del Q.I.)
- 2- **OMS** (1980): *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) distinzione (etimologica ed epistemologica) tra:  
“menomazione” “handicap” “disabilità”
- 3- American Association on Mental Retardation (**AAMR**) (1983) adotta la prima definizione di “*ritardo mentale*”
- 4- American Psychiatry Association (**APA**) (1987) *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM-III-R), adotta la prima definizione di «ritardo mentale» come caratterizzato da tre aspetti principali:
  - un livello di *funzionamento intellettuale* generale sotto la norma (misurato attraverso i test di intelligenza standardizzati);
  - una *concomitante incapacità o difficoltà di adattamento*;
  - un’*insorgenza in età evolutiva*.

# Disabilità intellettive: evoluzioni terminologiche

4- **AAMR**, (1992), descrive il ritardo mentale come un *funzionamento intellettivo* significativamente al di sotto della media che coesiste con *concomitanti limitazioni* (in riferimento all'età dell'individuo e a uno specifico contesto di vita) *in due o più* delle seguenti aree di abilità adattive: comunicazione, cura di sé, abilità domestiche, abilità sociali, uso delle risorse della comunità, autodeterminazione, salute e sicurezza, capacità di funzionamento scolastico, tempo libero, lavoro.

5- **APA** (1994) nel DSM-IV adotta *nuovi criteri diagnostici* per definire la disabilità intellettiva e il relativo livello di gravità, come una *descrizione accurata dei punti di forza e debolezza* rilevabili nelle *capacità soggettive e nell'ambiente* e, soprattutto, la specificazione dei *supporti* necessari nelle varie aree di sviluppo (Zanobini & Usai, 2018: 114-115).

6- **AAMR** (2002) propone una specificazione dei criteri diagnostici e il ritardo mentale è definito come «*una disabilità caratterizzata da limitazioni significative, sia nel funzionamento intellettivo che nel comportamento adattivo, che si manifestano nelle abilità adattive concettuali, sociali e pratiche, con insorgenza precedente ai 18 anni*» (Buono, 2010: 30).

## Disabilità intellettive: evoluzioni terminologiche

7- APA (2013) *DSM -V* la dicitura “ritardo mentale” è definitivamente sostituita dall’espressione “**disabilità intellettiva**”.

La disabilità intellettiva rientra, a livello generale, all’interno della categoria dei ***disturbi del neurosviluppo***.

**La disabilità intellettiva è un disturbo dello sviluppo** (ha esordio nel periodo dello sviluppo, entro il diciottesimo anno di età) **caratterizzato da significative limitazioni nel funzionamento intellettivo e adattivo**, ovvero negli ambiti *concettuali, sociali e pratici* (APA, 2013).

## Disabilità intellettive: evoluzioni terminologiche

Per poter formulare una diagnosi di disabilità intellettiva “soddisfacente” (APA, 2013) devono essere presi in considerazione 3 criteri:

- **funzioni intellettive** (valutazione clinica che da prove d'intelligenza individualizzate e standardizzate);
- **funzionamento adattivo** (mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socioculturali che limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana);
- **esordio durante il periodo di sviluppo**; la sola compromissione cognitiva non è sufficiente a formulare una diagnosi.

# Disabilità intellettive: evoluzioni terminologiche

## Passato:

valutazione  
psicometrica del QI □  
***idiozia, handicap  
mentale, insufficienza  
mentale, ritardo  
mentale/cognitivo,  
deficit***



## Oggi:

condizione clinica  
eterogenea (per  
eziologia, caratteristiche  
e gravità) contraddistinta  
da una limitazione nel  
funzionamento intellettuale  
e adattivo, soprattutto per  
quel che riguarda le  
abilità *concettuali, sociali  
ed esecutive* □  
***disabilità intellettive***

# Precisazione Terminologica

DISABILITA' INTELLETTIVE (AL PLURALE):

Gruppo fortemente eterogeneo di individui sia negli aspetti eziopatologici sia nelle possibili tappe di sviluppo e funzionamento. In particolare, con l'avanzamento dell'età, assieme ad un incremento delle possibili comorbidità e del loro impatto sul già precario equilibrio neuro-psicopatologico.

# EZIOLOGIA

**Genetiche** (40%): Anomalie numeriche o strutturali del corredo cromosomico o mutazioni di singoli geni → **molteplici Sindromi**

## **Non genetiche**

- Prenatali (esposizione a sostanze tossiche, quali alcool, farmaci, sostanze voluttuarie, metalli pesanti, radiazioni; malattie infettive; malattie metaboliche materne quali diabete, ipotiroidismo, anemia, ipertensione, cardiopatie ecc.; traumi; ritardo di crescita intrauterino)
- Perinatali (asfissia) → **Paralisi Cerebrali Infantili**
- Postnatali
- **Ambientali** (15-20%): contesti di deprivazione ed ipostimolazione, fame, disastri naturali, guerra, depressione materna o psicopatologia genitoriale, abbandono, abuso ecc.

# Sindromi rare

- Ad oggi sono state individuate oltre 750 tipologie di origine genetiche
- Ogni sindrome presenta caratteristiche peculiari, ma all'interno del quadro sindromico è indispensabile conoscere 'individualità e unicità del funzionamento del singolo individuo
- S. di Williams, S. di DiGeorge, X fragile, Spina Bifida

- Comorbilità: condizioni mentali mediche e fisiche sono frequenti nella DI con un'incidenza 3-4 volte superiore rispetto alla popolazione generale.

es. Sindromi genetiche, Malattie metaboliche, Epilessia, Paralisi Cerebrali Infantili, Disturbi dello Spettro Autistico

# Gradi di severità

Non più in base al QI ma al funzionamento adattivo nei tre domini

LIEVE

MODERATO

GRAVE

ESTREMO

I **gradi di gravità** della disabilità intellettiva (**lieve, moderato, grave e profondo/estremo**) vanno valutati in ciascuno dei seguenti domini (APA, 2013):

**concettuale** (comprende le competenze linguistiche, le abilità di lettura, scrittura, calcolo, ragionamento, memoria e anche le conoscenze generiche);

**sociale** (riguarda la capacità empatica, il giudizio sociale e interpersonale, la capacità di comunicazione, la capacità di fare e mantenere amicizie e capacità simili);

**pratico** (concerne la gestione di ambiti personali come il sapersi prendere cura di se stessi, la responsabilità sul lavoro, la gestione del denaro o le attività svolte nel tempo libero, nonché tutti gli aspetti organizzativi legati alla scuola e al lavoro).

# Esempi DSM-V



Livello di gravità	Ambito concettuale	Ambito sociale	Ambito pratico
Lieve	<p>Nei bambini in età prescolare, possono non esserci anomalie concettuali evidenti. Nei bambini in età scolare e negli adulti, sono presenti difficoltà nell'apprendimento di abilità scolastiche quali lettura, scrittura, capacità di calcolo, concetto del tempo o del denaro, che rendono necessaria qualche forma di supporto in una o più aree di apprendimento per poter soddisfare le aspettative correlate all'età. Negli adulti, sono compromessi il pensiero astratto, la funzione esecutiva (per es., pianificazione, elaborazione di strategie, definizione delle priorità e flessibilità cognitiva), e la memoria a breve termine, così come l'uso funzionale delle abilità scolastiche (per es., lettura, gestione del denaro). È presente un approccio a problemi e soluzioni in qualche modo concreto rispetto ai coetanei.</p>	<p>Rispetto ai coetanei con sviluppo regolare, l'individuo è immaturo nelle interazioni sociali. Per esempio, vi possono essere difficoltà nel percepire accuratamente gli stimoli sociali provenienti dai coetanei. La comunicazione, la conversazione e il linguaggio sono più concreti o più immaturi rispetto a quanto atteso in base all'età. Vi possono essere difficoltà nel controllare emozioni e comportamento in modi adeguati all'età; tali difficoltà vengono notate dai coetanei nelle situazioni sociali. È presente una limitata comprensione del rischio nelle situazioni sociali; la capacità di giudizio sociale è immatura rispetto all'età, e la persona è a rischio di essere manipolata dagli altri (credulità).</p>	<p>L'individuo può funzionare in maniera adeguata all'età per quanto concerne la cura personale. Gli individui possono avere maggiormente bisogno di supporto nelle attività complesse della vita quotidiana rispetto ai coetanei. Nell'età adulta, il supporto riguarda generalmente il fare acquisti di alimenti, l'utilizzo dei trasporti, la gestione della casa o dei bambini, la preparazione dei pasti, la gestione delle finanze. Le capacità di svago sono simili a quelle dei coetanei, sebbene la capacità di giudizio relativa al proprio stato di benessere e all'organizzazione del tempo libero richieda sostegno. Nell'età adulta, un impegno competitivo è spesso osservato in quei lavori che non enfatizzano abilità concettuali. Gli individui hanno generalmente bisogno di un supporto nel prendere decisioni che concernono la salute e l'ambito legale, e nell'apprendere adeguatamente lo svolgimento di una professione adeguata. Tipicamente il supporto è necessario per riuscire a formare una famiglia.</p>



Moderato Per tutto il periodo dello sviluppo, le abilità concettuali dell'individuo restano marcatamente inferiori a quelle dei coetanei. Nei bambini in età prescolare, il linguaggio e le abilità prescolastiche si sviluppano lentamente. Nei bambini in età scolare, i progressi nella lettura, nella scrittura, nel calcolo e nella comprensione dei concetti di tempo e di denaro si verificano lentamente nel corso degli anni scolastici e sono notevolmente limitati rispetto a quelli dei coetanei. Negli adulti, lo sviluppo delle abilità scolastiche è tipicamente fermo a un livello elementare, ed è necessario un supporto per l'uso completo delle abilità scolastiche nel mondo del lavoro e nella vita quotidiana. Per portare a termine le attività concettuali nella vita di ogni giorno è richiesta un'assistenza continua su base quotidiana, e altri al posto dell'individuo possono occuparsi completamente di queste responsabilità.

L'individuo mostra marcate differenze rispetto ai coetanei nel comportamento sociale e comunicativo durante lo sviluppo. Il linguaggio parlato è tipicamente uno strumento primario per la comunicazione sociale ma risulta essere molto meno complesso rispetto a quello dei coetanei. La capacità di relazione è evidente nei legami stretti con i membri della famiglia e con gli amici, e l'individuo può sviluppare amicizie solide nel corso della vita e a volte relazioni amorose in età adulta. Tuttavia, gli individui possono non percepire o non interpretare in modo corretto gli stimoli sociali. La capacità di giudizio sociale e di prendere decisioni è limitata, e il personale di supporto deve assistere la persona nelle decisioni della vita. Le relazioni di amicizia con coetanei con sviluppo regolare sono spesso influenzate dalle limitazioni sociali e comunicative. È necessario un sostegno sociale e comunicativo significativo per avere successo nel campo lavorativo.

L'individuo può prendersi cura dei propri bisogni personali, compresi il mangiare, il vestirsi, l'evacuazione e l'igiene, allo stesso livello di un adulto, sebbene siano richiesti un ampio periodo di insegnamento e molto tempo affinché l'individuo diventi indipendente nella gestione di tali bisogni, e può esserci bisogno di sollecitazioni. Allo stesso modo, nell'età adulta può essere raggiunta la partecipazione a tutte le attività domestiche, sebbene sia necessario un esteso periodo di insegnamento e tipicamente abbiano luogo forme di sostegno continuo per garantire delle prestazioni adeguate all'età adulta. L'indipendenza lavorativa può essere raggiunta in lavori che richiedono limitate abilità concettuali e comunicative, ma è necessario un notevole sostegno da parte di colleghi, supervisori e altri nella gestione delle aspettative sociali, delle difficoltà lavorative e delle responsabilità ausiliarie quali pianificazione, trasporto, salute e gestione del denaro. Possono essere sviluppate svariate capacità ricreative. Queste tipicamente richiedono sostegno supplementare e opportunità di apprendimento per un periodo prolungato. In una minoranza significativa di individui è presente un comportamento disadattivo che causa problemi sociali.

Grave

Il raggiungimento di abilità concettuali è limitato. L'individuo in genere comprende poco il linguaggio scritto o i concetti che comportano numeri, quantità, tempo e denaro. Il personale di supporto fornisce un sostegno esteso nella risoluzione dei problemi durante tutta la vita.

Il linguaggio parlato è abbastanza limitato per quanto riguarda il vocabolario e la grammatica. L'eloquio può essere composto da singole parole o frasi e può essere facilitato con l'aiuto di strumenti aumentativi. L'eloquio e la comunicazione sono incentrati sul "qui e ora" degli eventi quotidiani. Il linguaggio è usato per la comunicazione sociale più che per dare spiegazioni. Gli individui comprendono i discorsi semplici e la comunicazione gestuale. Le relazioni con i membri della famiglia e con altri familiari sono fonte di piacere e aiuto.

L'individuo richiede un sostegno in tutte le attività della vita quotidiana, compresi i pasti, il vestirsi, il lavarsi e l'evacuazione. L'individuo ha bisogno di supervisione in ogni momento. L'individuo non può prendere decisioni responsabili riguardanti il proprio benessere o il benessere di altri. Nell'età adulta, la partecipazione a compiti domestici, attività ricreative e lavoro richiede assistenza e supporto continuativi. Un comportamento disadattivo, compreso l'autolesionismo, è presente in una minoranza significativa di individui.

Estremo Le abilità concettuali in genere si riferiscono al mondo fisico piuttosto che ai processi simbolici. L'individuo può usare gli oggetti in modo finalizzato per la cura personale, il lavoro e lo svago. Possono essere acquisite determinate abilità viso-spaziali, come il confronto e la classificazione basati su caratteristiche fisiche. Tuttavia, concomitanti compromissioni motorie e sensoriali possono impedire l'uso funzionale degli oggetti.

L'individuo ha una comprensione molto limitata della comunicazione simbolica nell'eloquio o nella gestualità. Può comprendere alcuni gesti o istruzioni semplici. L'individuo esprime i propri desideri ed emozioni principalmente attraverso la comunicazione non verbale, non simbolica. L'individuo gradisce i rapporti con i membri della famiglia, con il personale di supporto e con altri familiari ben conosciuti, e partecipa e risponde alle interazioni sociali attraverso segnali gestuali ed emozionali. Concomitanti compromissioni sensoriali e fisiche possono impedire molte attività sociali.

L'individuo è dipendente dagli altri in ogni aspetto della cura fisica, della salute e della sicurezza quotidiane, sebbene possa essere in grado di partecipare ad alcune di queste attività. Gli individui senza gravi compromissioni fisiche possono collaborare ad alcune attività domestiche quotidiane, come portare i piatti a tavola. Le azioni semplici con alcuni oggetti possono rappresentare la base per la partecipazione ad alcune attività professionali in presenza di alti livelli di sostegno continuativo. Le attività ricreative possono comportare, per esempio, ascoltare musica, guardare film, uscire per una passeggiata o partecipare ad attività in acqua, tutto con il supporto di altre persone. Compromissioni fisiche e sensoriali concomitanti rappresentano ostacoli frequenti alla partecipazione (al di là della semplice osservazione) ad attività domestiche, ricreative e professionali. È presente comportamento disadattivo in una minoranza significativa di individui.

# Disabilità intellettive a scuola



Media percentuale complessiva degli studenti con disabilità intellettiva nei diversi gradi di istruzione (formulato sulla base delle fonti MIUR e ISTAT).

# Questioni chiave

- Bambino (fattori personali) nel contesto della famiglia/scuola (fattori ambientali)

## **FUNZIONI INTELLETTIVE**

(ragionamento, problem solving, pianificazione, pensiero astratto, capacità di giudizio, apprendimento scolastico e apprendimento dall'esperienza)

## **ESORDIO E ADATTAMENTO DURANTE LO SVILUPPO**

(i qualificatori cambiano nel tempo)

## **FUNZIONAMENTO ADATTIVO**

(la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita autonoma, attraverso molteplici ambienti quali casa, scuola, ambiente lavorativo e comunità.)

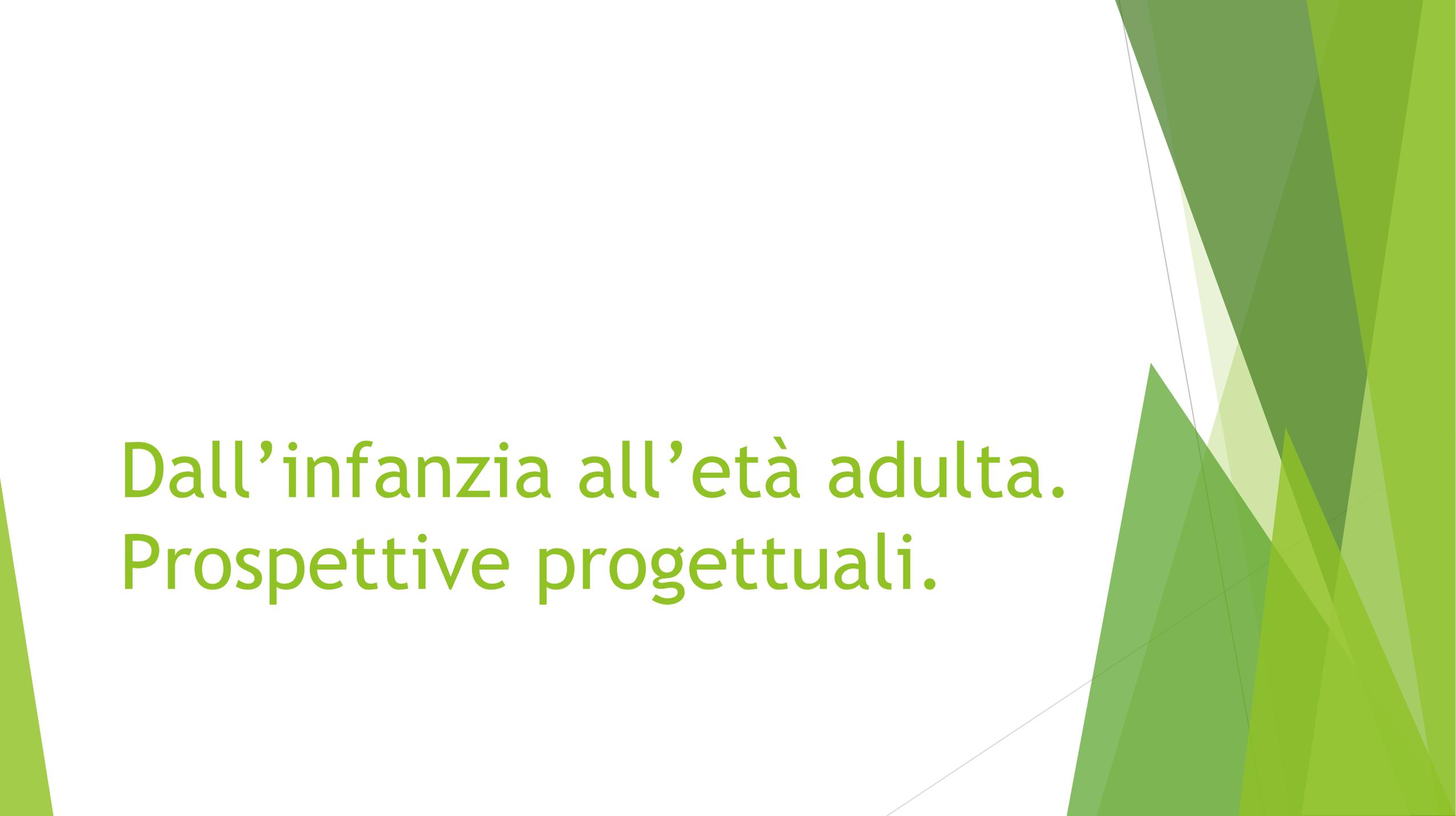
# Disabilità Intellettiva: aspetti qualitativi

L'aspetto qualitativo è caratterizzato dal **funzionamento adattivo** del soggetto nell'ambiente in cui vive (**Vineland**)

- comunicazione
- cura della persona
- abilità domestiche
- abilità sociali
- capacità di utilizzare le risorse della comunità
- autodeterminazione
- autonomie che riguardano la propria salute/sicurezza
- abilità scolastiche
- abilità di gestione del tempo libero
- abilità lavorative

# Cosa attenzionare

- limitazioni nella creatività e immaginazione
- apprendimento spontaneo ridotto
- difficoltà nel compiere ragionamenti/ rigidità cognitiva
- difficoltà nel memorizzare
- difficoltà nel pianificare
- comprendere concetti astratti
- difficoltà ad inferire stati mentali altrui
- difficoltà nella comunicazione
- regolazione emotiva e del comportamento
- prendere decisioni

The background features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of green, ranging from light lime to dark forest green. These shapes are primarily located on the right side of the frame, creating a modern, layered effect. The text is positioned on the left side of the white background.

Dall'infanzia all'età adulta.  
Prospettive progettuali.

# LA PERSONA CON DISABILITÀ' INTELLETTIVA DIVENTA ADULTA?

Sono rintracciabili nelle persone con disabilità intellettive adulte tre differenti tipologie di problematiche (De Vreese et al., 2009):

- a) una diminuzione dei livelli di **autonomia** personale e inclusione sociale;
- b) un progressivo **deterioramento del funzionamento cognitivo** con ripercussioni in pressoché tutte le aree del **comportamento adattivo**;
- c) la comparsa o l'esacerbazione di **comportamenti problematici** derivanti dalla combinazione tra le variabili legate all'instabilità o alla compromissione del profilo prestazionale, all'inadeguato supporto ambientale e a condizioni mediche (internistiche o psichiatriche) ex novo o riacutizzate.

# Focus: disabilità intellettive

**Caratteristiche di funzionamento** possibili rispetto ad alcune aree di sviluppo dell'adulto con disabilità intellettiva:

***1- Funzioni cognitive ed esecutive***

***2- Comportamento adattivo***

***3- Difficoltà affettivo-relazionali***

***4- Funzionamento senso-percettivo***

***5- Sviluppo linguistico e comunicativo***

***6- Funzionamento motorio***

# Focus: disabilità intellettive

## **1- Funzioni cognitive ed esecutive**

*Peggioramento di alcune specificità e condizioni che caratterizzano il disturbo*



*condizione di stagnazione*

*decadimento precoce della MEMORIA e dell'ATTENZIONE*

## **2- Comportamento adattivo**

Ambiente ruolo primario



Impedimento alla vita indipendente

# Focus: disabilità intellettive

## **3- Difficoltà affettivo-relazionali**

Sviluppo affettivo *connesso* allo sviluppo cognitivo



scambi affettivi meno sfumati e più esclusivi  
maggiori difficoltà a superare le pulsioni libidiche  
accentuata sensibilità alle frustrazioni.



natura psicopatologica e psichiatrica: “*Dual diagnosis*”

# Focus: disabilità intellettive

## **4- Funzionamento senso-percettivo**

*Compromissioni apparato visivo e uditivo*



aggravio sulle abilità linguistiche e comunicative

generalizzata difficoltà di organizzazione senso-percettiva degli *input* esterni

lentezza, imprecisione e sincretismo

percezione globale rigida e stereotipata, ancorata ad esperienze passate già fissate

scarso grado di focalizzazione dell'attenzione sugli oggetti, ma per tempi relativamente lunghi

# Focus: disabilità intellettive

## **5- Sviluppo linguistico e comunicativo**

*Compromissione del linguaggio e della comunicazione:*

produzione

area fonologica e, in parte, morfologica

sviluppo e apprendimento lessicale

comunicazione non verbale e gestualità dichiarativa



*comunicazione aumentativa e alternativa*

*distinzione tra comunicazione intenzionale e pre-intenzionale*

# Focus: disabilità intellettive

## **6- Funzionamento motorio**

*Ritardi e carenze nello sviluppo motorio*



lassità legamentosa e ipotonia muscolare  
ritardi generalizzati nelle componenti:  
grosso-motorie e di autonomia funzionale  
fini-motorie e coordinative  
condotte di vita sedentaria

# Focus: disabilità intellettive

ADULTO CON DISABILITA' INTELLETIVA  
QUALE QdV POSSIBILE?

<https://www.youtube.com/watch?v=xYJjxTb5x9w>

[https://www.youtube.com/watch?v=v\\_bNwOcaBg8](https://www.youtube.com/watch?v=v_bNwOcaBg8)

# Dalla QdV all'autodeterminazione

livelli più alti di autodeterminazione, sono direttamente proporzionali ad una percezione maggiormente qualitativa della propria vita

- l'autodeterminazione incide sul piano generale della QdV
- l'autodeterminazione incide su altri domini

**Fonti:** Sands, Wehmeyer, 1996; Wehmeyer, Schwartz, 1998; Lachapelle et al., 2005; Smyth, Bell, 2006; Nota et al., 2007; Brown, Brown, 2009; Schalock, Verdugo Alonso, 2002, 2012; Walker et al., 2011; Wehmeyer, Abery, 2013.

## Punti di contatto tra QdV e autodeterminazione:

- natura multidimensionale;
- numerosità di teorizzazioni di riferimento;
- quadri «ecologici» (dimensioni oggettive/soggettive);
- operazionalizzazione;
- «valutazione» per azione □ accortezze specifiche.

Autodeterminazione: obiettivo e parametro per la QdV  
(Cottini, 2016)

«Quality of life may be less determined by what you have, and more determined by what you choose to do with what you have»  
(Woodard, 2009, p. 435).

<https://www.youtube.com/watch?v=iODFJM78uas>