

in classe

ho un bambino che...

PSICOLOGIA
e scuola

LA VITA
SCOLASTICA

scuola
della
infanzia

SESAMO
la scuola multiculturale ONLINE

CENTRO
STUDI LEONARDO

GIUNTI Scuola

GIUNTI T.V.P.
editori

GIUNTIO.S.
Organizzazioni Speciali

con il patrocinio del



con il patrocinio del

Dipartimento di
Scienze della Formazione e Psicologia
Università di Firenze

patrocini richiesti



Presidente
della Repubblica



Consiglio
dei Ministri



Miur

MISTO
Cultura
informativa
FSC C028532

Renzo Vianello

Renzo Vianello
Bisogni educativi speciali:
funzionamento intellettivo limite e svantaggio socioculturale.
Tipologia e indicazioni operative



Molto scarsa è la ricerca sul funzionamento intellettivo limite (FIL).

Si tratta di una specie di “limbo” tra normalità e ritardo mentale.

ICD-10, DSM-IV-TR (2000) e DSM-5 (2013) vi dedicano poche righe.

Fino al 1961 erano diagnosticati con ritardo mentale (anzi con mental deficiency) anche quelli che oggi ricevono una diagnosi di FIL.

In vari Paesi sono in scuola Speciale.

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

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

DSM IV – TR, 2000, pag. 786 Funzionamento Intellettivo Limite

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

(DSM-5, 2013) Funzionamento intellettivo borderline

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



Compliance = adesione del malato alle prescrizioni mediche e ai trattamenti in generale

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

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

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

- **comunicazione,**
- **partecipazione sociale,**
- **vita indipendente**
 - **a casa,**
 - **nella scuola,**
 - **nel lavoro**
 - **e nella comunità sociale.**
- **Una diagnosi di FIL non è comunque completa se non fornisce anche indicazioni sul “trattamento” e cioè sui livelli di supporto necessario a casa, a scuola e nella società.**

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

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

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

In coerenza con DSM-5 su Disabilità intellettive

- MIUR 27 dicembre 2012

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

Premessa

1. Bisogni educativi speciali

1.2 Alunni con disturbi specifici

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

1.4 Funzionamento cognitivo limite

1.5 Adozione di strategie di intervento per i BES

1.6 Formazione

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

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

2.2 Funzioni dei Centri Territoriali di Supporto

2.3 Regolamento dei CTS

2.4 Organizzazione interna dei CTS

1.4 Funzionamento cognitivo limite

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

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

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

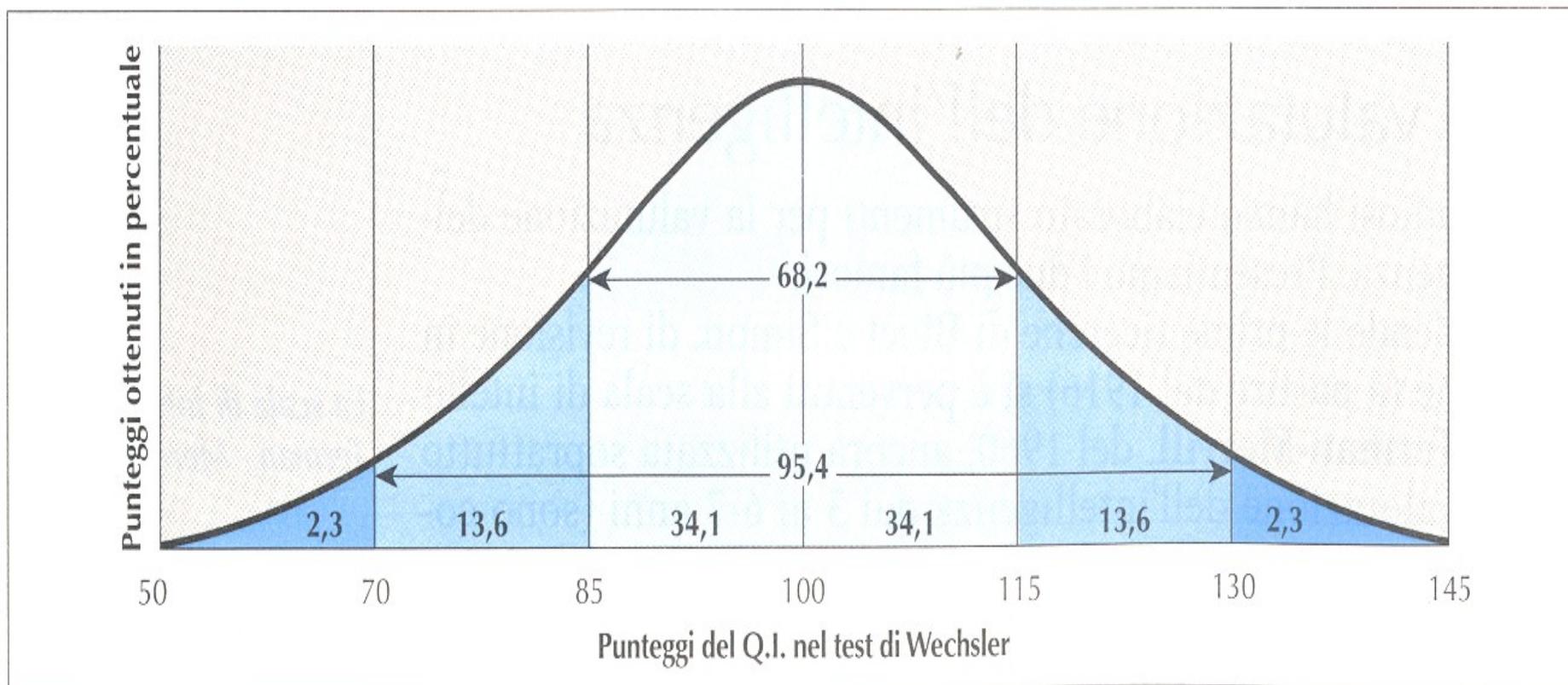


Fig. 3.2 Punteggi del Q.I. (quelli di riferimento) nel test di Wechsler.

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

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

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

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

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

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

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

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

Tipologia di Funzionamento Intellettivo Limite

- **Funzionamento intellettivo limite e sindromi genetiche**
- Sindromi genetiche come Prader-Willi, Turner, Klinefelter, Cornelia De Lange , Noonan, XXX, Distrofia muscolare di Duchenne ecc.

- **Funzionamento intellettivo limite e 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

Tipi di Funzionamento Intellettivo Limite

- **Funzionamento intellettivo limite e autismo ad alto funzionamento**
- **Funzionamento intellettivo limite e condizioni ambientali negative (economiche, sociali, educative, culturali, psicopatologiche)**
- **Funzionamento intellettivo limite e disturbi specifici di apprendimento**
- **Funzionamento intellettivo limite e deficit di attenzione/iperattività**
- **Ulteriori situazioni caratterizzate da funzionamento intellettivo limite: analisi di casi**

I test di intelligenza misurano “qualcosa” che è dovuto sia alle dotazioni di base dell’individuo che dall’influenza ambientale (e dall’interazione fra tutte queste componenti).

Una **intelligenza** che, partendo da alcuni requisiti di base **può essere più o meno potenziata**.

Poco dopo la seconda guerra mondiale (1949) Skodak e Skeels pubblicarono una ricerca su **100 bambini** (60 maschi e 40 femmine), ognuno dei quali era stato collocato **in una casa adottiva a sei mesi**. A **13 anni** fu misurata la loro intelligenza e risultò che la media era **107**. Fu valutata anche la media dell'intelligenza delle loro **madri** biologiche, che risultò di **86**. La discrepanza fra le due medie è di 21 punti. Sembra una ipotesi molto plausibile che almeno una parte di quei 21 punti di intelligenza siano dovuti alla diversa influenza ambientale.

Willermann (1979) trovò in uno studio analogo una differenza di **14** punti (fra QI delle madri biologiche e QI dei figli adottati).

Schiff, Duime, Dumaret, Stewart, Tomkeiwicz e Feingold (1978) in una ulteriore ricerca poterono confrontare i QI di bambini adottati con quelli dei fratelli non adottati e risultò una differenza di **16** punti.

In definitiva sembra assodato che condizioni di svantaggio socioculturale possano influire negativamente sulla traiettoria del QI dei bambini e che un riferimento quantitativo di tale influenza può essere nei termini di **almeno 15 punti di QI**.

Con riferimento ai test di intelligenza più utilizzati si tratta di una deviazione standard. Detto in parole meno tecniche questo significa che **in una popolazione di individui vissuti in ambienti caratterizzati da svantaggio socioculturale la percentuale di persone con QI fra 71 e 84 non sarebbe statisticamente 13,6%, ma 34%** (cioè la stessa percentuale di individui che nella popolazione normale hanno un QI fra 85 e 100): un individuo su 3.

Emerson, Einfeld e Stancliffe (2010), ricerca condotta su 4.983 bambini australiani di **4 e 5 anni** è risultata una **correlazione positiva fra svantaggio socioculturale e funzionamento intellettuale limite.**

Ricerca di Vianello, Di Palma, Lanfranchi, Piumelli e Pulina (in Vianello, Di Nuovo, Lanfranchi, 2014) **a 5 anni la maggioranza dei bambini valutati con FIL avevano anche uno svantaggio socio-culturale** (associato al fatto che erano anche figli di immigrati extracomunitari).

Le condizioni di svantaggio socioculturale non esauriscono le possibili situazioni caratterizzate da “**condizioni ambientali negative**”.

Varie altre sono le possibilità:

disagio sociale (ad esempio a causa di immigrazione),

educazione genitoriale carente per grave conflittualità fra i genitori;

educazione genitoriale carente per disturbi psichici,

educazione carente per dipendenza da droghe o alcol.

È risaputo che la presenza di una di queste condizioni alza il rischio della presenza anche delle altre.

Funzionamento intellettuale limite dovuto a svantaggio socioculturale

Artemio è un ragazzo di 12 anni che frequenta la prima classe della scuola secondaria di primo grado.

Il suo rendimento scolastico è insufficiente: temi poveri e con vari errori di ortografia, risoluzione di problemi solo a livello di quarta elementare ecc.

Sono inoltre presenti difficoltà relazionali con i compagni.

Dal test WISC risulta un QI globale di 80, con prestazioni lievemente superiori nel QI di performance, ma in modo non significativo.

Artemio risente di un grave svantaggio socioculturale: proviene da una famiglia povera, quinto di sette fratelli, i genitori sono senza istruzione e spesso disoccupati, il ragazzo non è stato mai seguito o aiutato per i compiti scolastici; non vi sono stimoli intellettuali a casa.

Debora, ha 7 anni.

Parto normale, peso normale.

Sviluppo motorio normale. Episodi di enuresi dopo un controllo sfinterico raggiunto a due anni.

Sviluppo linguistico nei primi anni di vita normale.

Sviluppo cognitivo: WPPSI a 5;7, con QI verbale 82, QI performance 85, QI globale 78.

La storia familiare è caratterizzata da grave conflittualità tra i genitori, che si sono separati dopo anni di litigi che a volte sfociavano in percosse e interventi delle forze dell'ordine. Il padre, operaio in possesso della licenza di scuola secondaria di primo grado, è dipendente da marijuana, cocaina, alcool e gioco d'azzardo. La madre, con licenza di scuola secondaria di primo grado, lavora come colf. Debora è terzogenita. Il fratello più grande vive in una comunità educativa. Debora e la sorella vivono in una comunità con la madre.

Il fatto che non siano presenti elementi atipici nel parto e nel peso alla nascita, nello sviluppo motorio e in quello linguistico nei primi anni di vita supporta l'ipotesi che lo sviluppo cognitivo abbia risentito di carenze familiari a vario livello. In altre parole non sembra azzardata l'ipotesi che l'intelligenza di base sarebbe stata normale in un contesto educativo diverso.

Gerardo vive in un ambiente caratterizzato da chiaro svantaggio socioculturale.

A 10 anni viene segnalato dalla scuola per difficoltà scolastiche e comportamento troppo impulsivo. Dal test WISC-R risulta un QI verbale di 67, un QI performance di 87 e un QI totale di 73.

A 13 anni gli viene proposto il test WISC-R e i risultati sono: QI verbale 60, QI performance 67 e QI totale 62.

A 10 anni era opportuna una diagnosi di Funzionamento intellettivo limite.

A 13 c'è stata una diagnosi di Disabilità intellettiva lieve.

Ci limitiamo a chiederci: quali risultati avremmo ottenuto proponendogli un test di intelligenza a 2-3 e a 6-7 anni?

La diagnosi sarebbe stata di intelligenza nella norma? Almeno a 2-3 anni?

A scuola

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

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

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

Da chi sono decisi?

Dalla normativa?

Dal Consiglio di classe!

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

Livelli minimi in uscita = saperi essenziali

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

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

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

Se non riescono ad apprendarli ci sono **tre possibilità**.

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

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

Non si tratta di allievi con funzionamento intellettuale limite, ma con disabilità intellettive, in quanto non è loro possibile raggiungere il livello minimo previsto per la classe in cui sono iscritti anche se forniamo loro i supporti ideali.

In questo caso cambiano gli obiettivi da raggiungere (vedi Vianello 2006, 2008, 2012).

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

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

La nostra esperienza ci suggerisce quanto segue (dal punto di vista dell'insegnante).

Evitare di dialogare sulla diagnosi, sul QI, su altri test ecc. su cui non si è competenti (o, se lo si è, non competono comunque al ruolo di insegnante).

Mettere al centro della discussione gli obiettivi scolastici e la storia dei tentativi, a volte positivi e a volte negativi, effettuati.

Esprimere le proprie intenzioni di intervento considerandole come “prove” per verificarne i risultati e non come scelte sicure, uniche.

Quando le opinioni dei genitori ci sembrano sbagliate, cercare di capire quale idea corretta o preoccupazione legittima è presente in ciò che dicono o nelle loro intenzioni: c'è sempre (anche se a volte anche loro stessi non ne sono del tutto consapevoli).

Evidenziare che le nostre preoccupazioni non hanno al centro il “programma” o il desiderio di trattare tutti gli allievi nello stesso modo, ma il progresso del bambino.

Seguono slide forse utili per eventuale discussione

Di norma la condizione di svantaggio socioculturale ha innanzitutto a che fare con carenze a livello economico (la povertà). Emerson, Einfeld e Stancliffe (2010) ad esempio hanno considerato il livello basso di entrate economiche, la difficoltà a pagare le “bollette”, il dichiararsi poveri e l’eventuale situazione di disoccupazione della figura genitoriale prevalente. Questo non significa che in tutte le situazioni di svantaggio socioculturale ci siano difficoltà economiche, ma che esse sono statisticamente superiori che non nella popolazione in generale. Questo criterio probabilistico (“più che nella popolazione in generale”) vale anche per tutte le condizioni che ora considereremo.

Tra le condizioni associate, caratterizzanti lo svantaggio socioculturale, vi sono quindi:
condizioni abitative (ad esempio più famiglie nella stessa casa o famiglie molto numerose in poche stanze);

vivere in quartieri carenti dal punto di vista dei servizi e della sicurezza personale;

livello di istruzione dei genitori e dei fratelli significativamente inferiore alla media della popolazione di riferimento;

minor coinvolgimento nell’educazione dei figli e/o minori capacità educative genitoriali;

minor capacità di dialogo con i figli e maggior presenza di stili educativi autoritari;

maggior uso della violenza in famiglia;

minor offerta ai figli di occasioni di apprendimento;

offerta di modelli linguistici più poveri;

minor sostegno scolastico nelle ore non di scuola;

maggior presenza nei genitori e nei fratelli di comportamenti devianti;

maggior rischio di disturbi psichiatrici associati.