

Seconda parte

# Piaget

**1** **Stadio senso-motorio (dalla nascita ai 2 anni)**

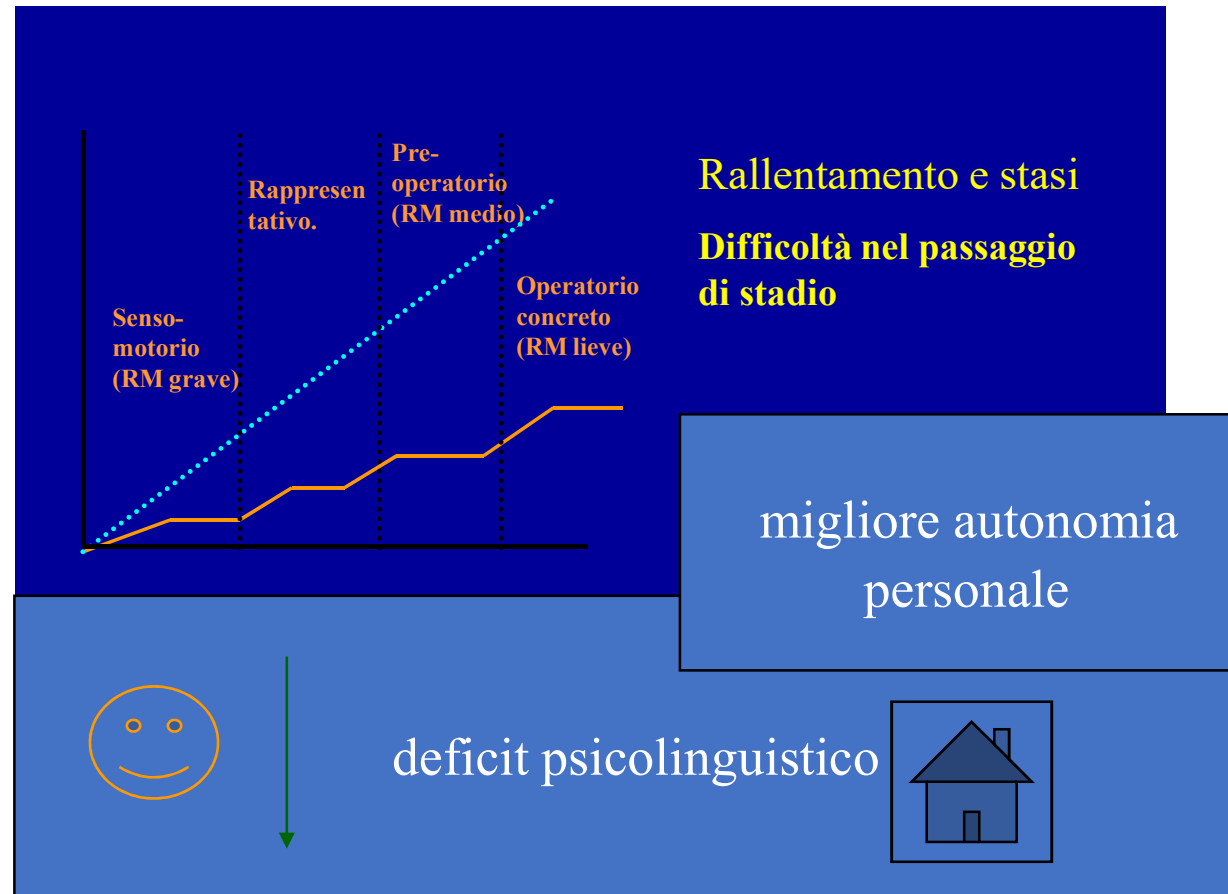
**2** **Stadio pre-operatorio (dai 2 ai 7 anni)**

**3** **Stadio delle operazioni concrete (dai 7 agli 11 anni)**

**4** **Stadio delle operazioni formali (a partire dagli 11-15 anni)**

# Sviluppo Cognitivo-Aspetti Evolutivi

L'assetto cognitivo, linguistico, motorio del bambino  
DI è tendenzialmente ritardato.  
Asincronie evolutive tra le diverse linee di sviluppo;



# Ritardo come malattie della mente

- Il ritardo mentale è una sindrome psicopatologica nella quale la mente è dominata dal deficit cognitivo
- non si deve collocare far le la malformazioni o le encefalopatie sono la patogenesi e non la sindrome clinica
- Pfanner- Marcheschi 2006

-

# psicopatologia intrinseca ed estrinseca

- il RM può essere associato ad altri disordini ma è quello che determina l'organizzazione della personalità in senso deficitario impedisce l'acquisizione di goal della vita normale quali il pensiero astratto la consapevolezza di sé, una vera autonomia



- Come impara un bambino RM
- - tendenza alla rigidità
- - più meccanico addestrativo che riflessivo
- - difficoltà a processare più stimoli
- - stasi e rallentamenti
- - perseverazione

- Perseverazione: tornare spesso sullo stesso argomento;
- Difficoltà a capire concetti astratti, specialmente numeri e tempo: implicazioni nel linguaggio narrativo, nella scrittura e grammatica;
- Difficoltà con le strategie di problem-solving;

- Sappiamo che nel RM sono presenti:
  - - difficoltà a compiere legami associativi
  - - difficoltà strategiche
  - - difficoltà nel pensiero operativo
  - - difficoltà percettive, visuo-motorie
  - - difficoltà prassiche
  - - difficoltà di organizzazione spazio-temporale
  - - difficoltà attentive, di memoria
  - - difficoltà linguistiche



- IL RITARDO MENTALE NEL DSM-5: DISABILITÀ INTELLETTIVA
- Nel DSM-5 il termine 'ritardo mentale' è stato ufficialmente sostituito da 'disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo)'. Il termine 'disabilità intellettiva' è l'equivalente di 'disturbi dello sviluppo intellettivo', adottato nella prima bozza dell'ICD-11 .

- I nuovi termini del DSM-5 fanno riferimento ad un disturbo con insorgenza nell'età evolutiva che include deficit intellettivi e adattivi negli ambiti della concettualizzazione, della socializzazione e delle capacità pratiche.
- D'ora in poi, per poter formulare la diagnosi in accordo al DSM, devono venir soddisfatti i seguenti 3 criteri:

- A. Deficit delle funzioni intellettive, come il ragionamento, la soluzione di problemi, la pianificazione, il pensiero astratto, il giudizio, l'apprendimento scolastico o l'apprendimento dall'esperienza, confermato sia da valutazione clinica che da prove d'intelligenza individualizzate e standardizzate.

B. Deficit del funzionamento adattivo che si manifesti col mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socio-culturali per l'indipendenza personale e la responsabilità sociale.

Senza supporto continuativo i deficit adattivi limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana, quali la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita indipendente, in più ambiti diversi, come la casa, la scuola, il lavoro e la comunità.

C. Insorgenza dei deficit intellettivi e adattivi nell'età evolutiva.

da limitazioni molto specifiche dell'apprendimento e del controllo delle funzioni esecutive ad una compromissione globale delle abilità sociali o dell'intelligenza. I disturbi del neurosviluppo si presentano spesso insieme, per esempio individui con autismo hanno spesso anche disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) e molti bambini con disturbo da deficit d'attenzione e iperattività hanno spesso anche un disturbo specifico dell'apprendimento.

- I livelli di gravità vengono definiti sulla base del funzionamento adattivo e non sui punteggi di quoziente intellettivo (QI), poiché è stato giudicato che sia il funzionamento adattivo, nelle aree della concettualizzazione, della socializzazione e delle abilità pratiche, a determinare il livello di supporto necessario a mantenere una condizione di vita accettabile. In più, quando basse (inferiori a 60), le misure di QI perdono di validità.
- 4 livelli di gravità (lieve, moderato, grave e gravissimo), ma con criteri diversi dal DSM-IV e IV-TR.

- Il disturbo è stato collocato nei 'disturbi del neurosviluppo'. Il gruppo include condizioni con insorgenza in età evolutiva, tipicamente precoci, spesso precedenti l'ingresso a scuola e caratterizzate da deficit di sviluppo che producono compromissioni del funzionamento personale, sociale, scolastico o occupazionale.

- I disturbi del neurosviluppo si presentano spesso insieme, per esempio individui con autismo hanno spesso anche disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) e molti bambini con disturbo da deficit d'attenzione e iperattività hanno spesso anche un disturbo specifico dell'apprendimento.



# Simili ma non uguali

## La prospettiva evolutiva

Il soggetto con ritardo  
ha le stesse sequenze  
evolutive di coetanei  
normodotati

es, nei domini sensomotorio della conservazione  
lo spazio del tempo del senso morale (Zigler '79)  
ma

non la stessa linearità (Cicchetti '91)

non hanno le stesse strutture es. il linguaggio



# Ritardo mentale e Apprendimento

**RM lieve** → **pensiero operatorio concreto**

capacità scolastiche a livello di 5<sup>a</sup> elem., procedure base, difficoltà nelle inferenze, ragionamento logico-deduttivo, generalizzazioni

**RM medio** → **pensiero preoperatorio**

difficilmente si raggiungono competenze oltre liv.di 2<sup>a</sup> el.

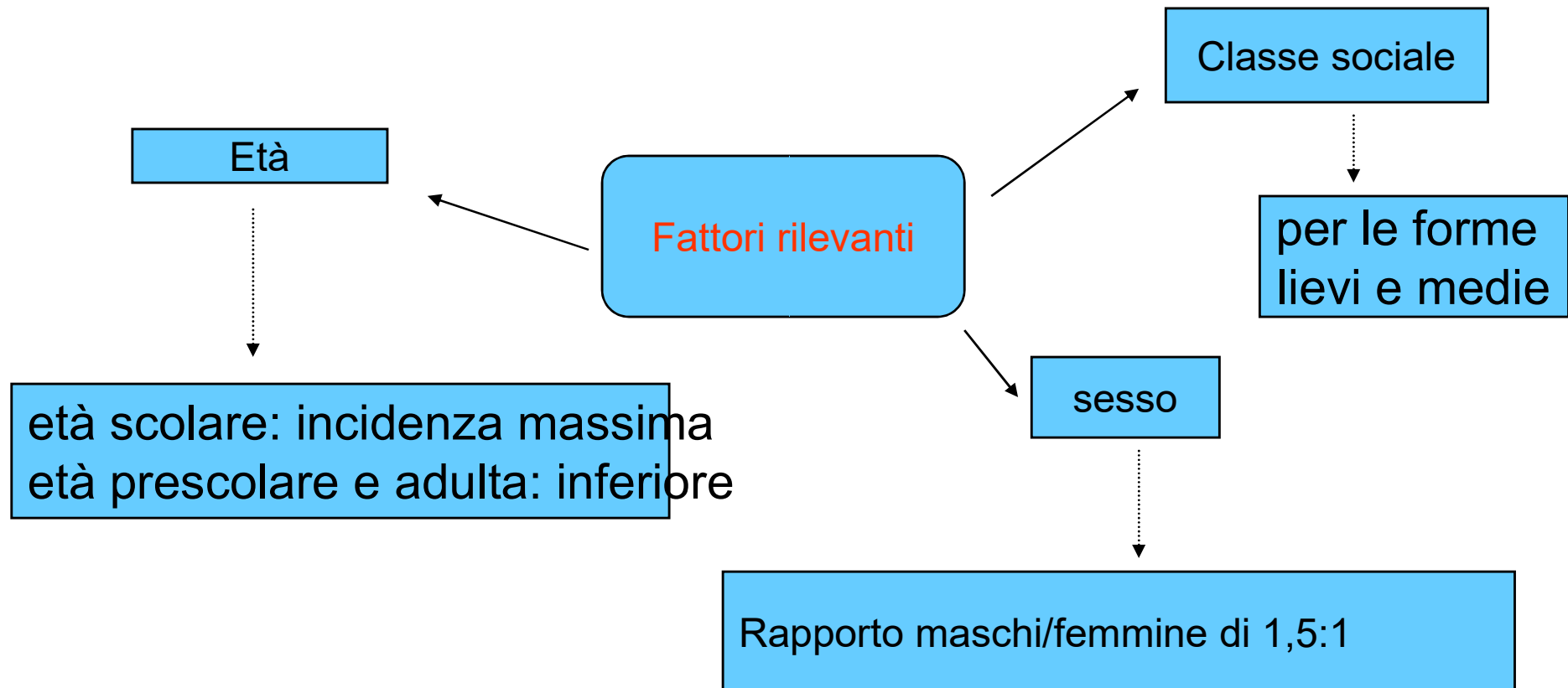
**RM grave** → **stadio sensomotorio**

livello minimo di linguaggio, si possono acquisire capacità di lettura globale per le necessità elementari

# Incidenza

Dati riportati molto variabili

dall'1 % al 3 %



## 1. Criterio CLINICO (segni precoci)

ritardo posturo-motorio

povertà di schemi comunicativi e gestuali

ritardo nell'acquisizione del linguaggio

gioco povero

interesse per l'ambiente ridotto

tendenza al torpore oppure all'irritabilità

ritardo nel controllo sfinterico

difficoltà scolastiche

## 2. Diagnosi funzionale precoce

sviluppo cognitivo (aspetti QN e QL) e funzioni superiori

sviluppo linguistico

sviluppo psicomotorio

disturbi affettivi e comportamentali

adattamento sociale e autonomia personale

## 3. Diagnosi differenziale

DGS

dist. Apprendimento

dist. della comunicazione

pseudoinsufficienza

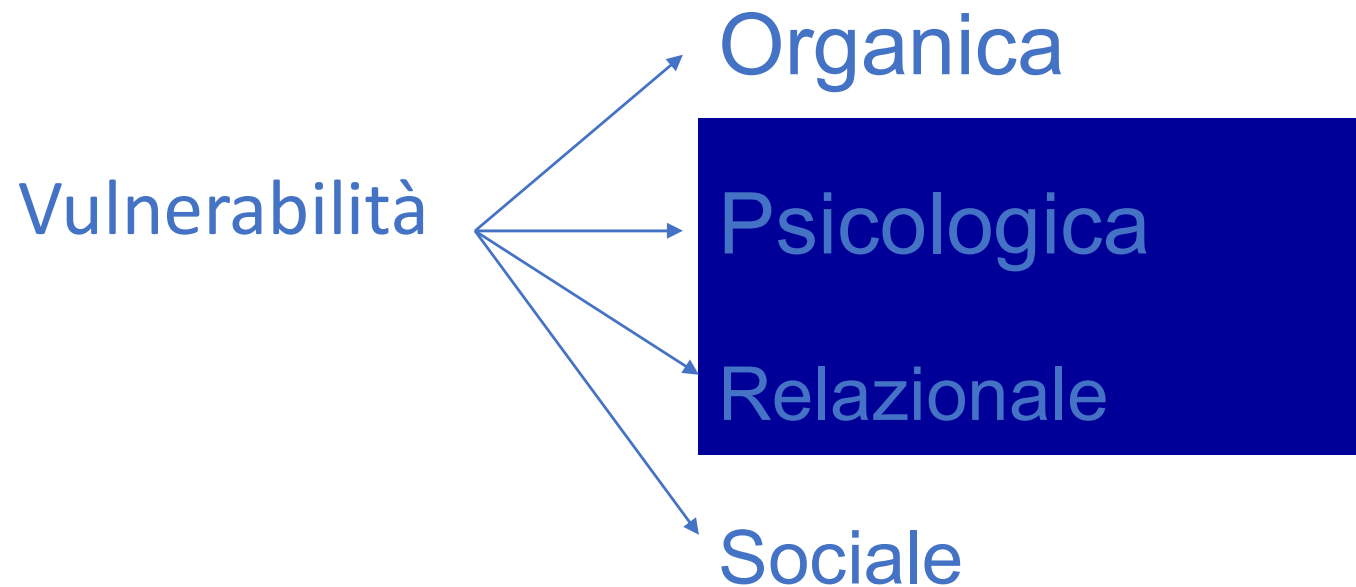
## 4. Diagnosi eziologica

## PSICOPATOLOGIA NEL RM

La diagnosi dei disturbi emotivo-affettivi appare piuttosto complessa:

- raccolta anamnestica individuale e familiare
- accurata indagine medica
- accurata indagine psicologica (cognitiva e personalità)
- accurata indagine neuropsicologica
- accurata indagine psichiatrica
- valutazione delle condizioni ambientali

## Psicopatologia nel RM



prevalenza di disturbi psichiatrici dalle 3 alle 4 volte superiore rispetto alla popolazione normale

# Differenze nell'espressione della patologia

```
graph TD; A[Differenze nell'espressione della patologia] --> B[sintomi poco caratterizzati  
situazioni cliniche più sfumate, miste,  
con fluttuazioni]; A --> C[sintomatologia più rigida];
```

sintomi poco caratterizzati  
situazioni cliniche più sfumate, miste,  
con fluttuazioni

sintomatologia più rigida



## La diagnosi appare piuttosto complessa

Occorre sempre indagare:

- \* presenza di familiarità per disturbi psichici

- \* comparsa di modificazioni comportamentali

(rallentamento/agitazione psicomotoria, regressioni, sintomi vegetativi, aumento di auto eteroaggressività)

- \* comparsa di modificazioni emotive

(es. rabbia, pianto, tristezza)

Tenere presente che:

più è grave il RM maggiore sarà l'espressione comportamentale del disturbo psichiatrico, più difficile la comprensione del soggetto da parte dell'altro.

# Difficoltà di tipo metacognitivo

Metacognizione: capacità di affrontare in modo consapevole e strategicamente mirato un qualsiasi problema di apprendimento

## **Conoscenza metacognitiva**

consapevolezza del proprio funzionamento mentale e dei processi che lo favoriscono

## **Capacità di controllo**

saper attivare strategie adeguate nella soluzione di problemi (analisi, pianificazione, monitoraggio, verifica)





## **Componente emotivo-motivazionale**

convinzioni implicite/esplicite relative a autostima, riuscita nel compito (impegno, fortuna, aiuti esterni, abilità).  
influenza motivazione, scelta di obiettivi, atteggiamento verso compiti, successi o fallimenti, qualità delle prestazioni.

# Cosa guardare

- Cognitivo (QN, strutture, aspetti metacognitivi)
- Affettività
- Linguaggio
- Competenze sociale e relazionale
- Autonomia
- Capacità percettivo motorie
- **Apprendimento**

# Ritardo mentale e Apprendimento

- RM lieve  pensiero operatorio concreto
- Apprend. Scol. a livello di 5a elem. Acquisizione di
- procedure base, difficoltà nelle inferenze, ragionam.
- logico-deduttivo, generalizzazioni 
- RM medio  pensiero preoperatorio
- difficilmente sviluppano competenze oltre il liv di 2aelem.
- RM grave  stadio sensorimotorio
- livello minimo di linguaggio, si possono acquisire
- capacità di lettura globale per le necessità elementari

la «gravità» di un paziente  
dipende dal QI? Quanto il QI  
correla con la qualità della vita?




# Disabilità grave

- la Valutazione nel Ritardo Grave presenta enormi difficoltà nell'uso dei test
- forse un approccio possibile è quello biopsicosociale ICF ma anche questo per quanto cerchi di essere attento ai bisogno della persona è poco sensibile all'intersoggettività e alle differenze qualitative alle volte minime che si trovano nelle persone con disabilità complessa .

perché riflettere sui confini ..

Fino a pochi anni fa il certificato individuava i bambini con disabilità dell'apprendimento alla stregua di disabilità complesse o generalizzate poi i criteri restrittivi della normativa hanno fatto sì che alla certificazione per la legge 104 , si arrivasse solo con “ problemi maggiori “

 tanti bambini restano fuori dalla  
certificazione e quindi dal sostegno

# INTEGRAZIONE, INCLUSIONE E ALTRE BUONE INTENZIONI

- **Legge 517 del 1977** → **avvio all'integrazione scolastica**
- **Legge 104 del 1992** → **disabilità**
- **Legge 170 del 2010** → **alunni con DSA**



# Situazione:

- Un sempre maggiore numero di alunni con continuità o per determinati periodi e per una pluralità di motivi ( fisici, biologici, fisiologici, psicologici, sociali) presenta:
  - ✓ difficoltà di apprendimento, di sviluppo di abilità e competenze
  - ✓ disturbi del comportamento



# AREE

- **DISABILITÀ (L. 104/1992)**
  - **DISTURBI EVOLUTIVI SPECIFICI** ( da distinguere in
    - DSA/deficit del linguaggio, delle abilità non verbali della
    - coordinazione motoria, disturbo dell'attenzione e dell'iperattività)
  - **SVANTAGGIO SOCIO-ECONOMICO, LINGUISTICO E CULTURALE**

# BES

Individuare gli alunni con BES nell'area dello svantaggio socio-economico, linguistico, culturale.

Nella circ.8/13 si legge “tali tipologie di BES dovranno essere individuate sulla base di elementi oggettivi (ad es. segnalazioni da parte dei servizi sociali, ma anche su ben fondate considerazioni pedagogiche e didattiche”

Predisporre un piano didattico personalizzato

# *funzionamento intellettivo limite (FIL)*



- Molto scarsa è la ricerca Si tratta di una specie di "limbo" tra normalità e ritardo mentale.
- Anche il DSM-IV-TR (2000) vi dedica poche righe (limitandosi a dire che questa diagnosi può essere formulata quando il QI è fra 71 e 84.

*patologici biologici o a svantaggio socioculturale.*

*2. Funzionamento intellettuale  
limite dovuto a svantaggio  
socioculturale.*

*3. Funzionamento intellettuale  
limite a causa degli effetti  
indiretti del  
disturbo di apprendimento*



# FIL

- Con riferimento alla curva normale dovrebbero trovarsi in questa situazione molti individui: **circa il 13,6%** (cioè un individuo su 7).
- Una diagnosi di FIL potrebbe essere effettuata non solo con riferimento al **criterio del QI** fra 71 e 84 (o 85), ma anche con **riferimento al criterio della presenza di deficit delle funzioni adattive** (utilizzando le stesse categorie del ritardo

# **Patogenesi dei disordini dello sviluppo motorio**

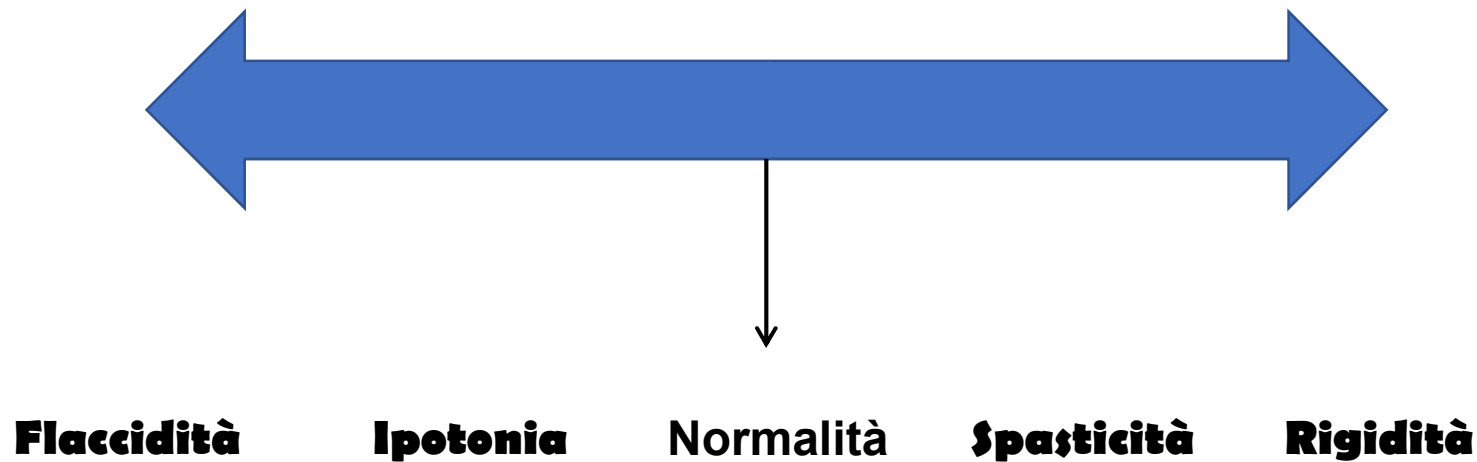
# **Cosa va osservato per diagnosticare un disordine dello sviluppo motorio?**

- 1. Motivazioni e scopi del comportamento motorio (p.e. insufficienza mentale, ritardi psicomotori o disordini relazionali)**
- 2. Strumenti sensoriale e strategie esecutive nell'ambiente (p.e. alterazioni visive, disturbi della coordinazione motoria)**
- 3. Strumenti neuromotori (p.e. Paralisi Cerebrale Infantile, Malattie Neuromuscolari)**



# Il tono muscolare

- Stato di tensione delle masse muscolari e grado di estensibilità, valutabile attraverso la resistenza del muscolo allo stiramento passivo, la palpazione delle masse muscolari e il ballottamento.



# Le paralisi Cerebrali Infantili

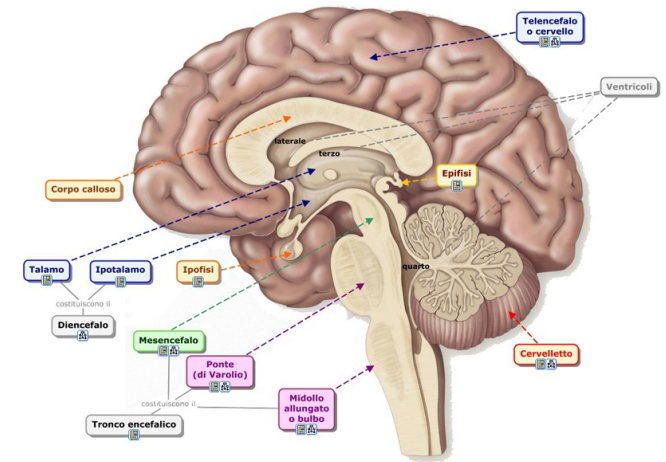
«Turba persistente ma non immutabile della postura e del movimento, dovuta ad una alterazione organica e non progressiva della funzione cerebrale, per cause pre-peri-post natali, prima che se ne completi la crescita e lo sviluppo

(Bax, 1964: Spastic Society Berlino 1966, Edimburgo, 1969)»



# Classificazione classica

- **Forme spastiche**
  - **Emiplegia**
  - **Diplegia**
  - **Tetraplegia**



INTERESSAMENTO  
SISTEMA  
PIRAMIDALE

- **Forma atassica**



INTERESSAMENTO  
SISTEMA  
CEREBELLARE

- **Forme coreo-atetosica**



INTERESSAMENTO  
SISTEMA  
EXTRA-PIRAMIDALE

- **Forma distonica**

# Tetraparesi spastica

- Disturbo del tono e del movimento molto grave, raramente simmetrico, interessa in «eguale misura» gli arti inferiori e gli arti superiori.
- Ritardo motorio grave con prognosi sfavorevole per la deambulazione autonoma e la manipolazione.
- Disturbi visivi e uditivi (di origine centrale e/o periferica) frequenti.
- Spesso è presente epilessia
- Insufficienza mentale legata al danno corticale e alla scarsa esperienza psicomotoria.
  
- La spasticità spesso provoca contratture muscolari diffuse e deformità articolari e di assetto del rachide.

# **Diplegia spastica**

- **Disturbo del tono e del movimento che interessa tutti e quattro gli arti, ma in misura nettamente maggiore gli arti inferiori.**
- **La motricità degli arti superiori è sufficientemente preservata; la prognosi per la deambulazione è favorevole (spesso con ausili).**
- **Interessamento frequente dei nervi crenici e frequente strabismo.**
- **Discreto e talvolta del tutto preservato sviluppo cognitivo e del linguaggio.**
- **Rara epilessia**
  
- **Frequenti contratture muscolari e deformità articolari a livello degli arti inferiori.**

# **Emiplegia spastica**

- **Disturbo del tono e del movimento che compromette solo un emilato corporeo. L'interessamento può interessare di più l'arto superiore o inferiore.**
- **Deambulazione autonoma raggiunta anche senza trattamento riabilitativo (prognosi sempre favorevole).**
- **Talvolta epilessie parziali.**
- **Frequenti disturbi dell'organizzazione dello schema corporeo e dell'organizzazione prassica.**
- **Possono essere presenti ritardo cognitivo e disturbi del linguaggio.**
- **Frequenti disturbi del campo visivo.**
  
- **Contratture muscolari e deformità articolari possibili nell'emilato paretico.**

# Forma atassica

- È la forma più rara di PCI.
- Disturbo della coordinazione motoria (p.e. tremori e dismetria) e dell'equilibrio (atassia).
- Ipotonia nei primi anni di vita.
- Ritardo dello sviluppo psicomotorio.
- Spesso nistagmo.
- Ritardo del linguaggio e parola scandita.
- Spesso è presente deficit mentale.

# Forma coreo-atetosica

- Ipotonia e presenza di movimenti ipercinetici generalizzati e incoordinati (i movimenti atetosici sono lenti, distali e polipoidi; i movimenti coreici sono rapidi, bruschi, improvvisi e prossimali).
- Interessano faccia, lingua ed estremità distali degli arti.
- Sviluppo cognitivo non molto compromesso.
- Linguaggio disartrico.
- Spesso si associa sordità.



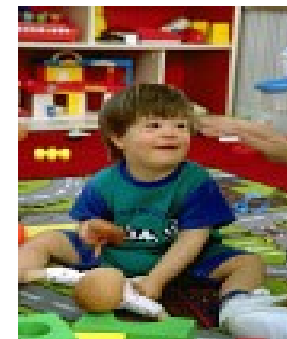
# Forma distonica

- Alterazione della regolazione del tonica (Tono muscolare ridotto a riposo e tono muscolare aumentato in situazioni di impegno motorio).
- Presenti ipercinesie involontarie, rapide e incoordinate, specie a carico della faccia e della lingua.
- Spesso coinvolge i muscoli bucco-fonatori rendendo difficoltoso il linguaggio.
- Lo sviluppo cognitivo talvolta è compromesso.

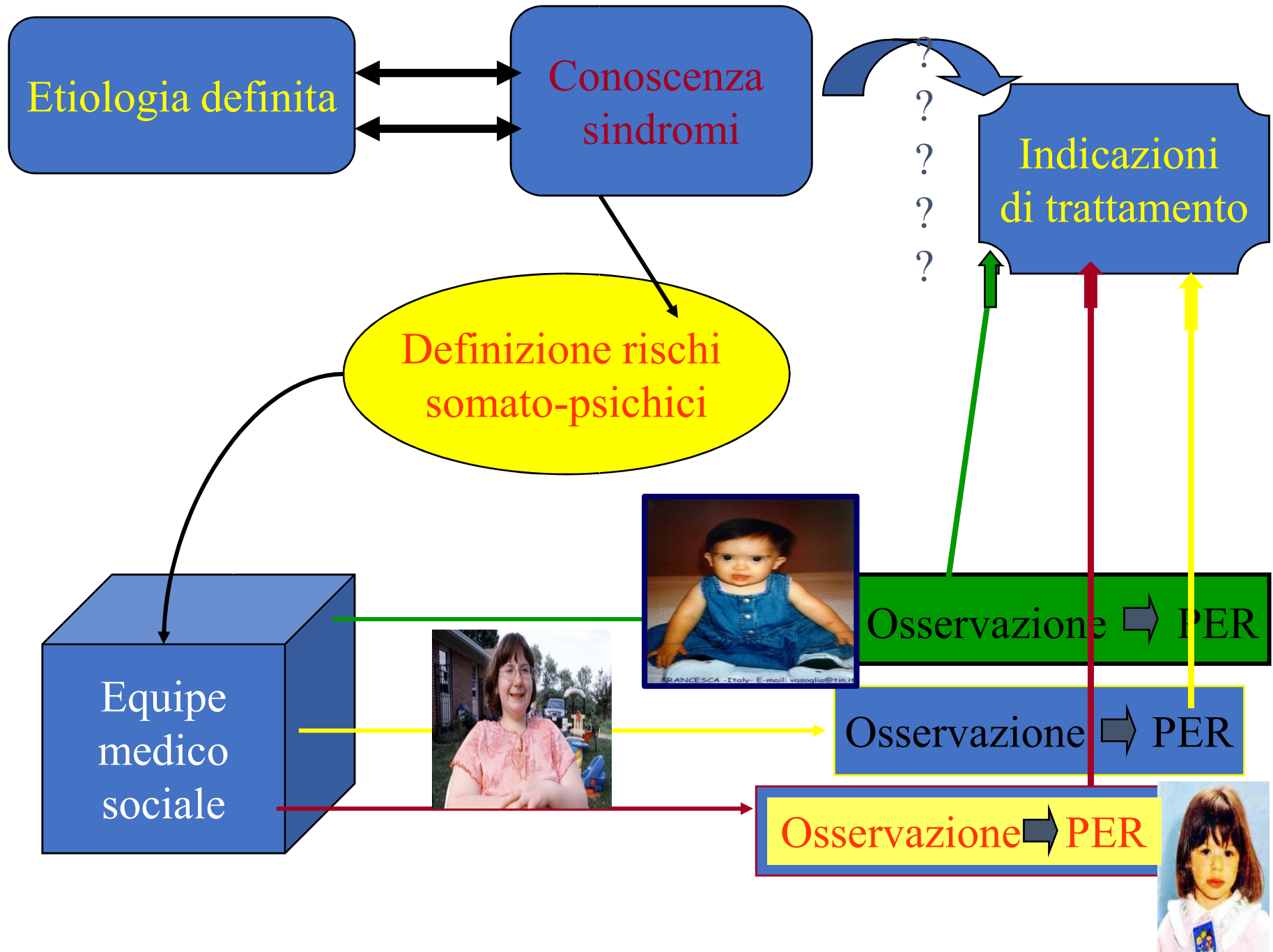


*il processo educativo è quel processo  
che è proprio di tutti gli esseri umani che devono  
crescere e necessitano di guida, di mediazione con l'ambiente*

## Percorso Educativo Riabilitativo P.E.R.



- *normalità del processo educativo unito ad aspetti che richiedono cure particolari per quel bambino, per quel gruppo di bambini*
- *il processo educativo è quel processo che è proprio di tutti gli esseri umani che devono crescere e necessitano di guida, di mediazione con l'ambiente*
- *ci sono nello sviluppo delle persone, in particolare delle persone con RM, delle aree che necessitano cure particolari, aree di vulnerabilità.*



# Che fare per aiutare il bambino con Disabilità Intellettiva ?

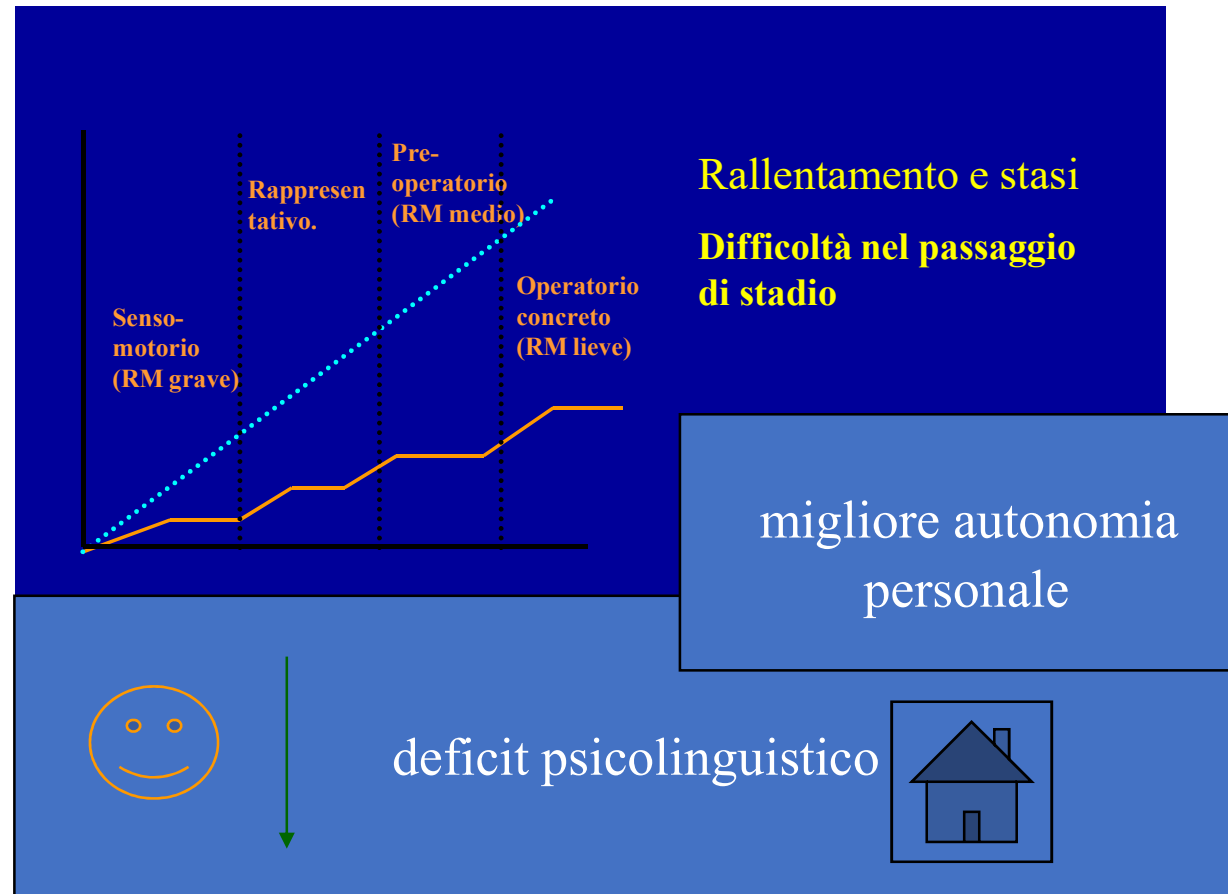


- Intervento precoce?
- Intensivo?
- Individuale?
- Di gruppo?
- Duraturo?
- Quali tipologie?

# Sviluppo Cognitivo-Aspetti Evolutivi

L'assetto cognitivo, linguistico, motorio del bambino Down è tendenzialmente ritardato.

Asincronie evolutive tra le diverse linee di sviluppo;



## *Finalità dell'apprendimento*

NON IMPARARE UNA PERFORMANCE

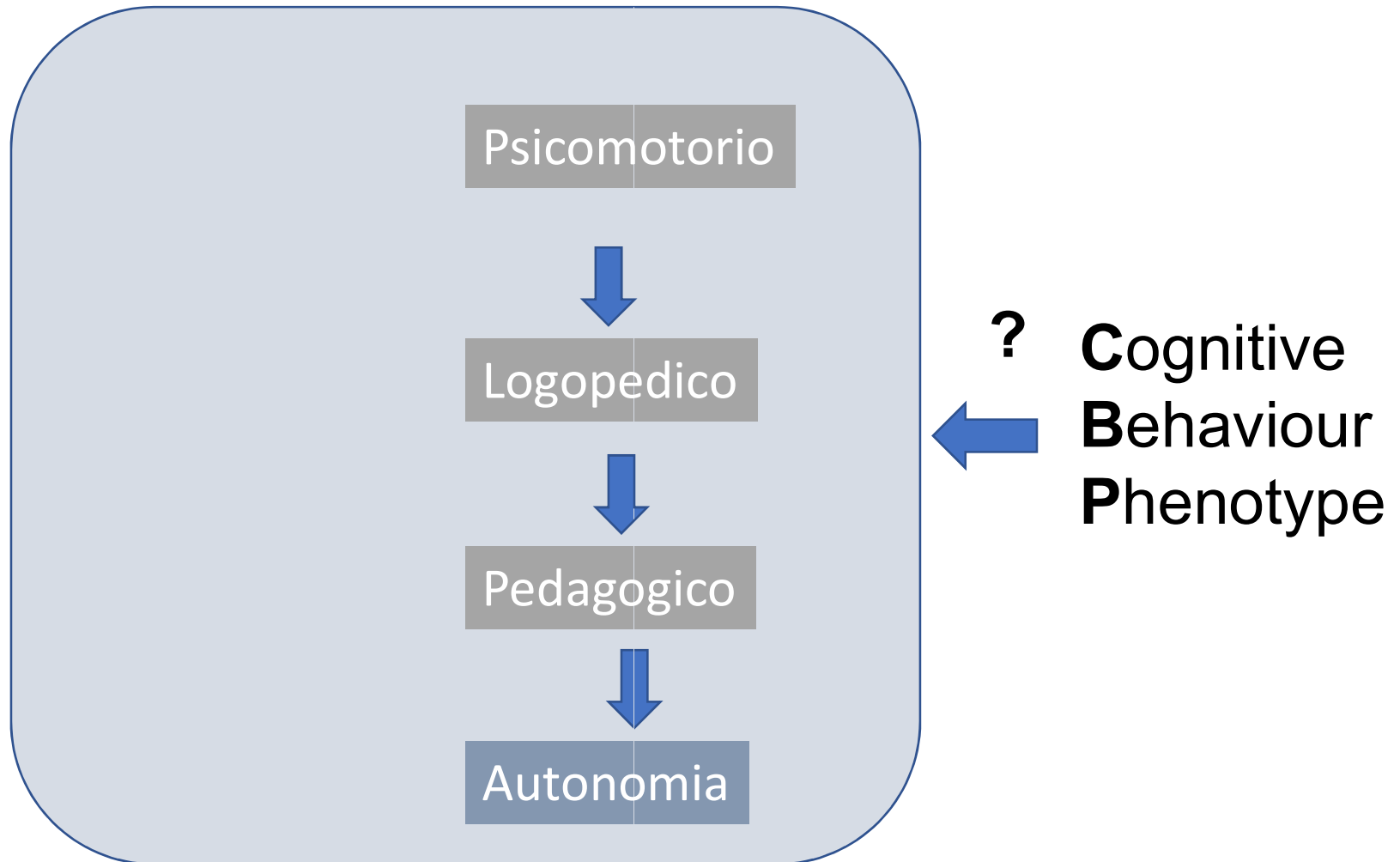
MA

ACQUISIRE CONOSCENZE E COMPETENZE

PER LA REALIZZAZIONE DEL MIGLIOR

ADATTAMENTO POSSIBILE

## RIABILITAZIONE «TRADIZIONALE»

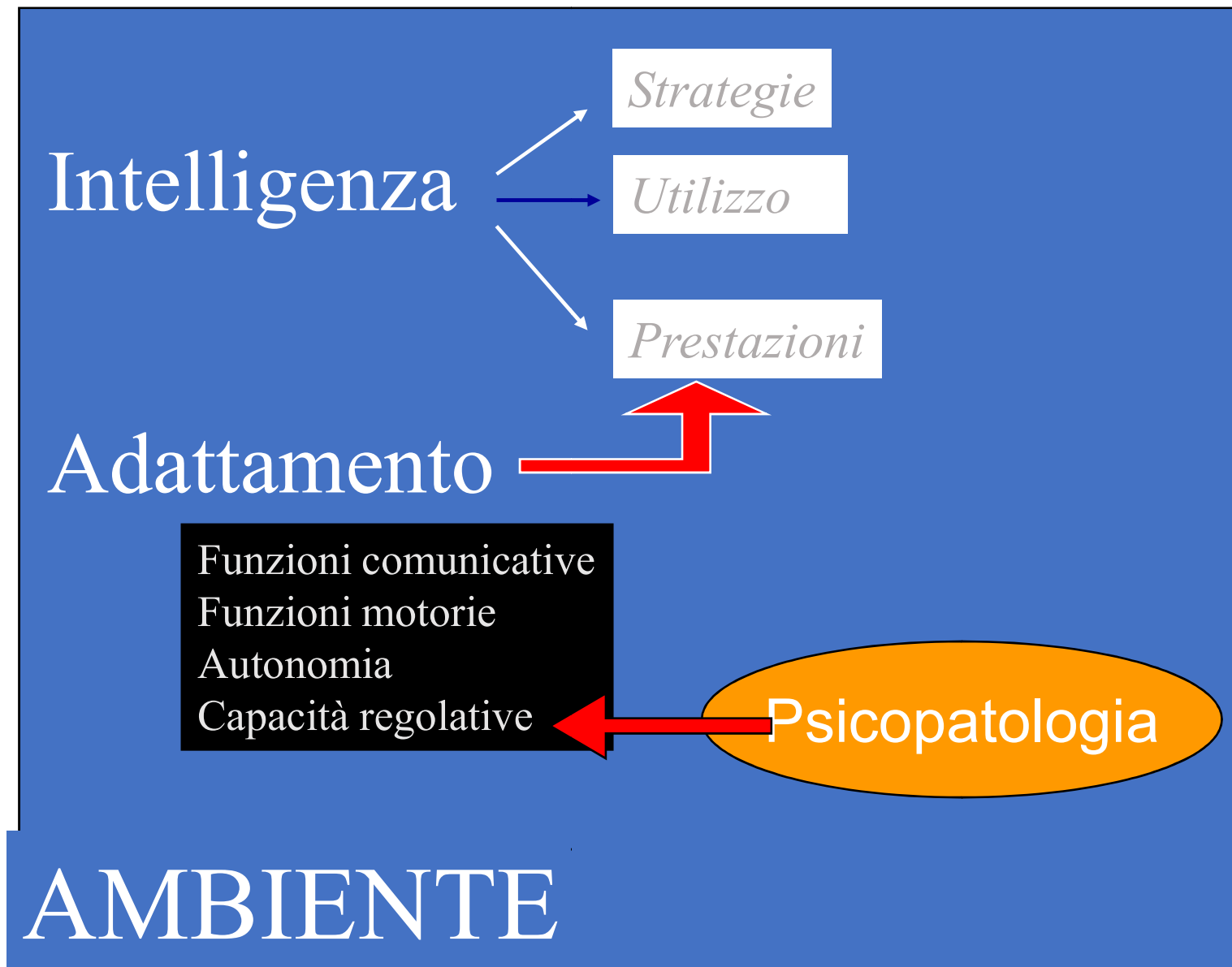




## ...e allora? **Trattamento pensato e multidisciplinare**



- Professionalità diverse ( NPI, terapisti, insegnanti, psicologi, educatori)
- Modalità di gruppo e individuale
- Attività in più ambiti contemporaneamente
- Periodi liberi/ intensività



# Intervento cognitivo



- Si evidenziano due principali approcci nel trattamento cognitivo del RM

Approccio cognitivo di tipo strutturale (piagetiano): favorire una progressione delle strutture di pensiero

- Approccio metacognitivo: favorire un atteggiamento di tipo metacognitivo, che determini un miglior utilizzo delle risorse disponibili
- Inevitabilmente integrati nel trattamento

- 
- Obiettivo:
- far progredire le strutture di pensiero attraverso l'esposizione a situazioni-problema
- contrasta l'apprendimento passivo
- aumento delle capacità di adattamento sociale
- miglioramento della qualità di vita attuale e futura
- - utilizzo e potenziamento delle strategie cognitive
- ampliamento delle possibilità di apprendimento

Dal punto di vista riabilitativo  
riconoscere il ruolo della  
metacognizione significa

che l'intervento non deve incidere solo  
sulle PRESTAZIONI

ma anche sulla loro comprensione,  
utilizzo e

TRANSFER

GENERALIZZAZIONE

AUTOREGOLAZIONE



COME???

# Impostazione del trattamento

- Valutazione iniziale del bambino
- Diagnosi funzionale
- Formulazione di un piano terapeutico individualizzato
- Verifica periodica dell'efficacia del trattamento
- Scelta di un target terapeutico.
- Definizione di un percorso terapeutico specifico (punto di partenza, obiettivi, attività necessarie per promuovere il raggiungimento dell'obiettivo)

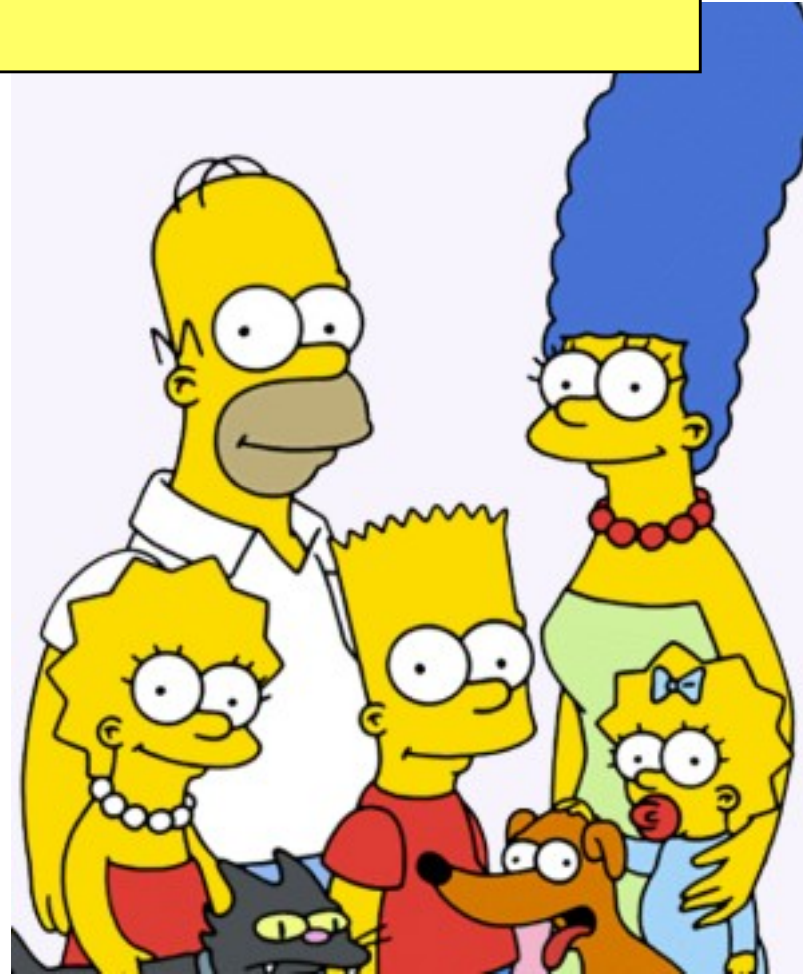
## *Percorso educativo e riabilitativo*

- Affettivo
- Ecologico – Ambientale
- Strutturale
- Trasferimento e applicazione
- Progetto vita sociale



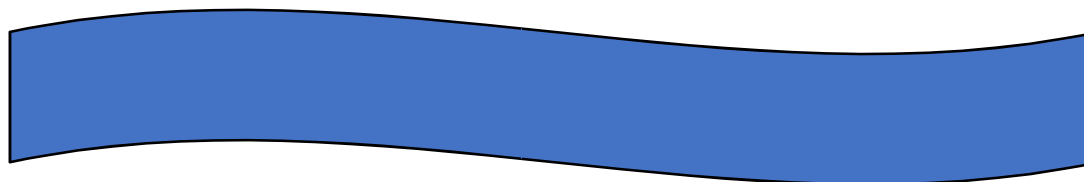
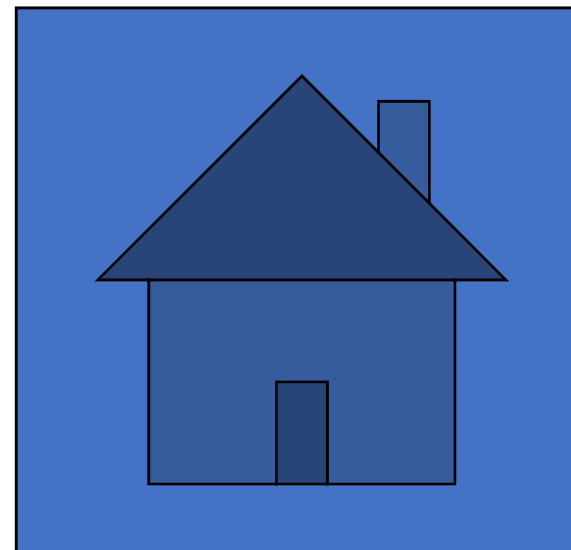


# La famiglia



# SCUOLA

Apprendimento è un processo complesso articolato in molteplici attività mentali che costituiscono il sistema con cui l'individuo si serve per acquisire, interpretare e usare le conoscenze e le informazioni



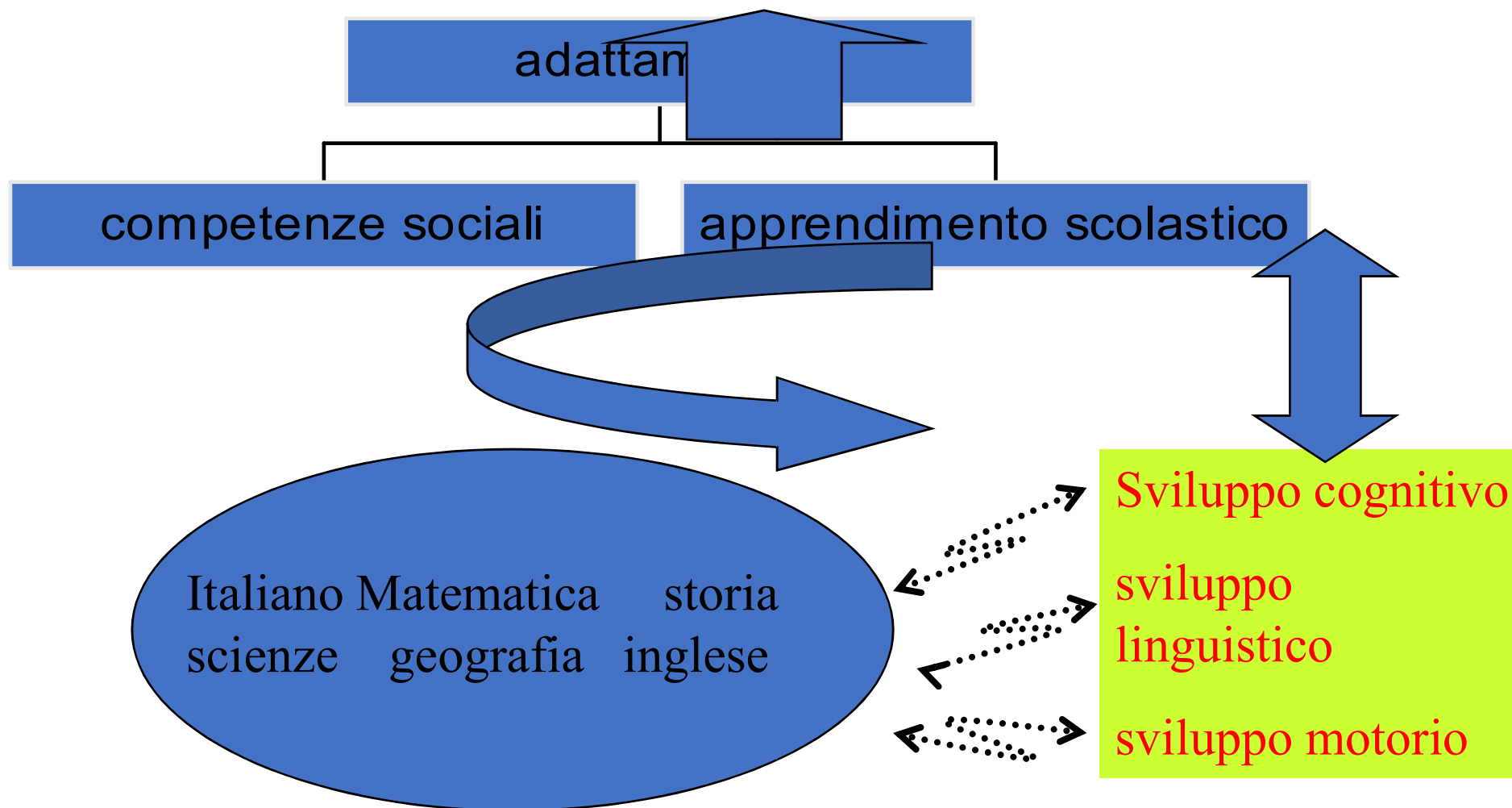


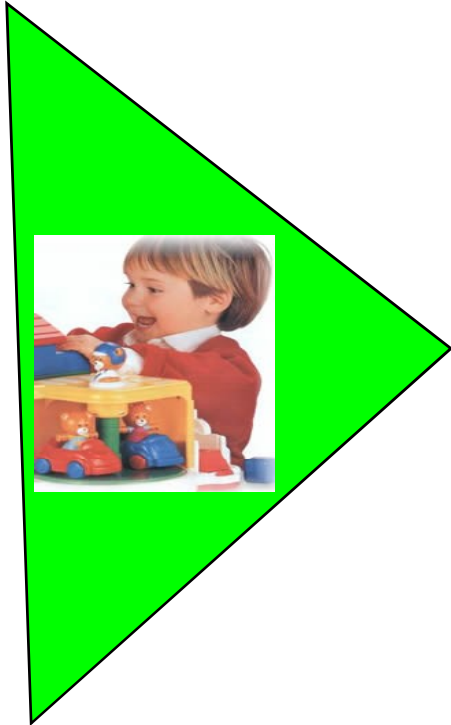
Apprendimento scolastico  
profitto molto vario



# Finalità e mezzi

Titolo diagramma



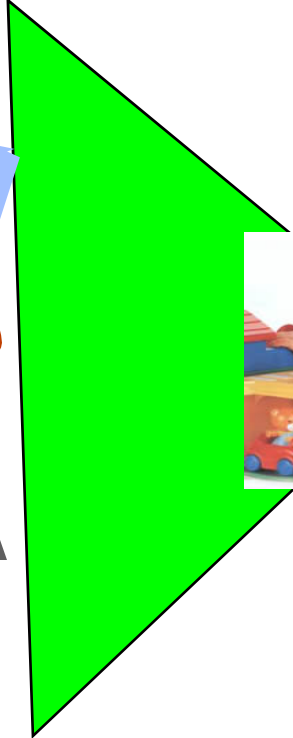


Impressione globale

analisi



Sintesi  
funzionale





*Grazie per l'attenzione!*