

Trattamento pedagogico della disabilità

Il problema dell'handicap si trova in ogni ordine di scuola: scuola dell'infanzia, scuola dell'obbligo, gradi superiori. In ognuno di questi livelli il problema dell'handicappato, va inquadrato, esaminato e valutato in relazione tanto alla tipologia del deficit o del disturbo o del disagio, quanto del livello scolastico.

Poiché si è sempre sostenuto che ad ogni tipo di handicap deve seguire un suo itinerario didattico, necessita, come prima cosa, creare una tipologia dei più frequenti tipi di handicap che si riscontrano nell'attività scolastica ed educativa.

Tipologia differenziata di handicap ad uso dell' attività didattica:

- sordi profondi;**
- ciechi;**
- cerebrolesi discinetici (spastici);**
- trisomici, sindrome di Down;**
- miopatici, distrofici, focomelici;**
- deficit intellettivi.**
- disturbi della personalità dovuti a fattori psichici e ambientali.**

Il significato dei termini.

MENOMAZIONE

Nel contesto delle conoscenze e delle opere sanitarie si intende per menomazione qualsiasi perdita o anomalia a carico di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche. (N.B. “Menomazione” è un termine più comprensivo di disturbo, poiché riguarda anche le perdite: per esempio, la perdita di una gamba è una menomazione ma non un disturbo).

DISABILITA'

Si intende per disabilità qualsiasi restrizione o carenza (conseguente a una menomazione) della capacità di svolgere un'attività nel modo o nei limiti ritenuti normali per un essere umano

HANDICAP

Il termine di “handicap” designa ogni persona incapace di garantirsi per proprio conto, in tutto o in parte, le necessità di una vita individuale e/o sociale normale, a causa di una menomazione, congenita o no, delle sue capacità fisiche o mentali.

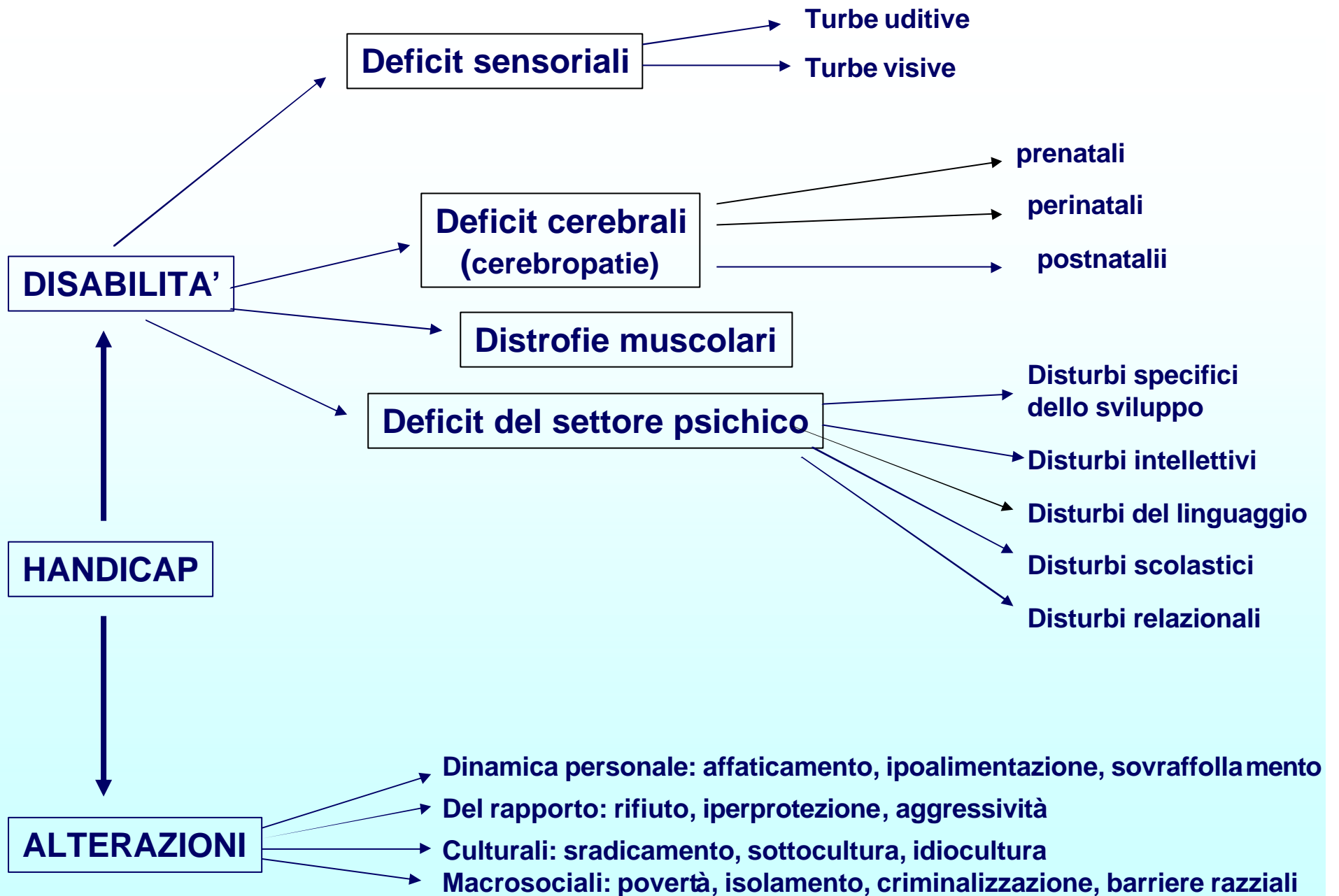
RIADATTAMENTO

Riadattamento è il complesso delle misure intese a stabilire e a mantenere rapporti, il più possibile soddisfacenti, tra una persona e il suo ambiente, dopo l'insorgere di una menomazione, ovvero di una lesione o di una malattia generatrice di menomazione.

Disabilità

si distinguono in:

- 1) deficit sensoriali (udito, vista);**
- 2) deficit cerebrali (cerebropatie);**
- 3) deficit del settore psichico.**



I DISTURBI UEDITIVI

Iperacusia

→ **Eccessiva sensibilità ai suoni.**

Ipoacusia

→ **Ridotta acuità uditiva.**

Paracusia

→ **Sensibilità acustica abnorme: si sentono sibili, tintinnii
Suoni, rumori ecc..**

Presbiacusia

→ **Riduzione bilaterale dell'udito, tipica delle persone
anziane.**

Sordità improvvisa

→ **Perdita improvvisa dell'udito provocata da traumi
o da infezioni.**

Acufeni

→ **Sensazioni acustiche non dovute a stimoli esterni.**

1. *Le ipoacusie.*

a) *sordità di trasmissione,*

dipendono da alterazioni della trasmissione delle onde sonore.

b) *sordità percettive*

dipendono da alterazioni dei liquidi labirintici, e delle terminazioni nervose (epitelio nervoso).

c) *sordità centrali,*

Derivano da gravi lesioni dell' area temporale (tumori) o di tipo vascolare. In questi casi la patologia riguarda l'alterazione del meccanismo che permette agli impulsi di pervenire all' area acustica e di giungere a livello della coscienza. Chi è affetto da questo tipo di sordità sente i suoni e le parole, ma non ne afferra il significato.

Sordità e comunicazione

- **Comunicare è necessario per la sopravvivenza psichica dell'individuo nella società.**
- **Il bambino sordo profondo affetto da ipoacusia grave viene escluso dalla comunità, se non sente, se non riesce ad individuare e far proprio il mezzo di comunicazione orale.**
- **Un bambino sordo, ma di intelligenza normale, anche protesizzato non riesce ad acquisire, se non lentamente e spesso sommariamente, strumenti di comunicazione adeguati ai suoi bisogni.**
- **La formazione del pensiero avviene attraverso l'interiorizzazione dell'esperienza, dell'azione e del linguaggio. (Piaget – Vygotskij).**
- **Il linguaggio - dice Piaget - diviene il veicolo di concetti e nozioni che appartengono a tutti e che rinforzano il pensiero individuale nel vasto sistema del pensiero collettivo.**

Per quanto riguarda, poi, la pronuncia dell'ipoacusico, è utile che l'insegnante conosca alcune leggi, al fine di ricavarne gli aspetti didattici e riabilitativi. La prima legge osservativa di un insegnante è di tener sempre presente che è l'orecchio a regolare la voce e la pronuncia. Chi non sente bene, non parla bene. I due aspetti non sono disgiunti: se un bambino scrive o legge *creno* per *treno*, *tiesa* per *chiesa*, la sua non è ignoranza, ma difficoltà uditiva, nella maggior parte dei casi. Infatti, il suono vocalico è rimasto integro, mentre è alterata la posizione della consonante.

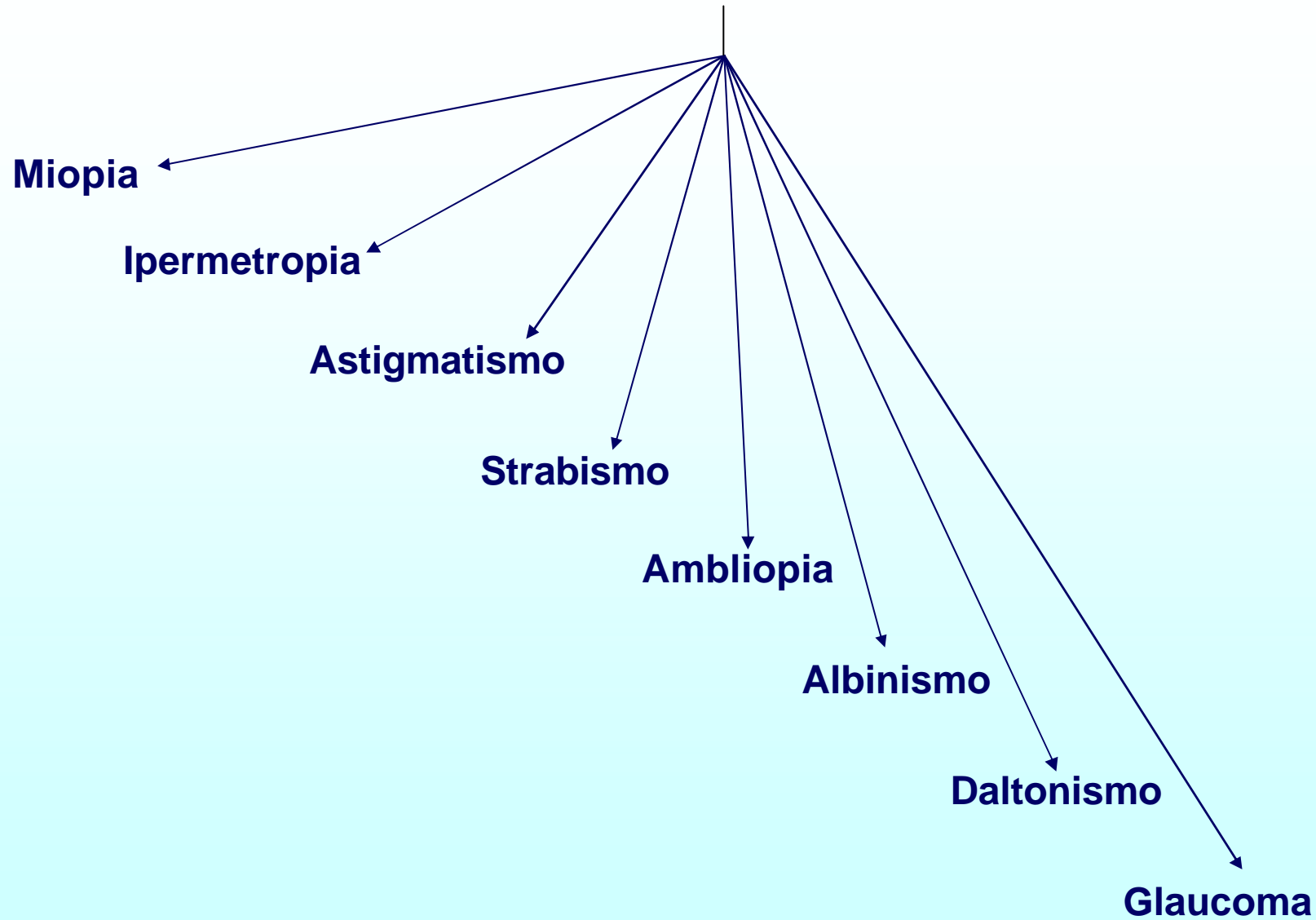
In relazione al bambino sordo, va scelta quindi una metodologia opportunamente tarata sul soggetto, al quale sia stato fatto prima un accurato esame attraverso:

- a) anamnesi storica personale e familiare;
- b) diagnosi auditiva (perdita quantitativa e qualitativa);
- c) verifica dell'integrità di altri sensi o della presenza di eventuali altre minorazioni;
- d) esame obiettivo del linguaggio (uso e possesso spontaneo);
- e) esame di eventuali linguaggi alternativi (gestuale, mimico, grafico ecc.);
- f) conoscenza dell'ambiente socio-culturale della famiglia (grado di accettazione dell'handicap);
- g) Valutazione degli interventi di cui ha usufruito (prescolare e scolastico);
- h) valutazione dei tempi di apprendimento;
- i) caratteristiche legate all'interazione individuo-ambiente-socialità, autonomia ecc..

Il controllo della vista

- **Completamente differente dagli audiolesi, per motivi di carattere fisiologico e quindi psichico, è il caso degli *ambliopi* e dei ciechi. Anche qui andrebbe innanzi tutto fatta una distinzione sulla gravità del danno visivo, come pure se si tratta di cecità neonatale oppure di una acquisizione successiva. Il tipo di minorazione visiva non è unico, ma è largamente differenziato e questo particolare fattore determina alcune domande d'intervento che incideranno su tutto il curriculum:**
- **a) quali sono le difficoltà e quali le risposte in relazione alle difficoltà, da parte del bambino, di assimilare i contenuti provenienti dall'ambiente;**
- **b) come intervenire, in relazione alle prevedibili difficoltà di crescita, sia sullo sviluppo delle potenzialità individuali, sia sulla formazione della personalità sociale.**

I PRINCIPALI DISTURBI DELLA VISTA



I principali disturbi della vista

La **miopia** è un difetto che compromette la visione da lontano. Ciò significa che l'immagine dell'oggetto guardato si forma prima della retina, dove giunge sfuocata. L'occhio può essere miope principalmente perché la sua forma anziché perfettamente sferica è leggermente allungata. La miopia viene di solito scoperta durante l'attività scolastica, per ovvie ragioni, e tende ad aumentare durante il periodo dello sviluppo e della crescita somatica. Nella miopia la lente aggiuntiva ha la funzione di «allungare» la visione, spostando verso la retina il punto dove si forma l'immagine. A questo scopo vengono impiegate lenti divergenti - concave, sottili al centro e spesse ai bordi - quanto occorre per riportare l'immagine nitida sulla retina.

L'ipermetropia compromette la visione da vicino. Un occhio ipermetrope è, al contrario di quello miope, troppo corto. L'effetto è che le immagini si formano (hanno cioè il punto focale) al di là della retina, dove compaiono sfocate. Nei bambini il difetto non viene immediatamente rilevato, se è modesto, in quanto è possibile accomodare il cristallino. Il difetto viene rilevato quando il cristallino perde la sua elasticità o quando la tensione muscolare, dovuta al prolungarsi dell'accomodamento, comporta disturbi collaterali. Al contrario della miopia, per correggere il difetto dell'ipermetropia, vengono impiegate lenti convergenti - convesse, grosse al centro e sottili ai bordi - per cui la vista viene «accorciata» in modo che l'immagine venga a formarsi sulla retina.

L'astigmatismo è un difetto frequentemente associato a miopia o a ipermetropia e deriva, di solito, da una imperfetta sfericità della cornea, il «vetro» esterno dell'occhio. La figura sulla retina si presenta più lunga o più larga rispetto all'originale, per cui i punti sono visti come linee e i cerchi come ellissi più o meno schiacciate. In questi casi le lenti deformano le immagini in senso inverso a quello prodotto dall'occhio, in modo da riportare sulla retina la visione dell'immagine corretta.

Un difetto abbastanza comune, che di solito non viene rilevato in tempo perché considerato un fatto estetico, è lo **strabismo**. Si tratta di un imperfetto parallelismo degli assi anatomici dei bulbi oculari, con la conseguente deviazione della visione.

Se lo strabismo non viene curato in tempo, porta ad una alterazione della visione binoculare, sino a giungere all'esclusione dell'uso di un occhio. Tale alterazione prende il nome di **ambliopia**, ossia perdita della visione di un occhio.

Anche **l'albinismo** comporta difficoltà della vista. Si tratta di una fotofobia o ipersensibilità verso la luce evidenziata dall'assenza di pigmento nei capelli e nelle ciglia che si presentano bianchi. Inoltre, gli occhi sono chiarissimi, al limite della trasparenza e il colorito quasi latteo.

Un altro disturbo della vista può essere considerato il **daltonismo**. Si tratta di un difetto ereditario e consiste nella perdita della percezione di determinati colori, in genere il rosso e il verde. La perdita parziale del senso cromatico viene anche indicata come acromatopsia. Ma la visione, per quanto riguarda i disturbi più sopra indicati, può essere regolare

Una vera e propria malattia dell' occhio è il ***glaucoma***. Si tratta di un disturbo subdolo, insidioso, perché non si presenta subito in tutta la sua gravità cosicché quando la malattia viene scoperta i danni possono essere irreparabili. Per glaucoma s'intende. una elevata pressione all'interno dell' occhio, dovuta all'ostruzione di uno scarico dell'umor acqueo. L'umor acqueo è un liquido trasparente che scorre all'interno dell'occhio: mano a mano che l'umore si riforma, l'eccedenza viene eliminata da un «rubinetto» (trabecolato) che si trova nell' angolo anteriore dell' occhio. Se questo trabecolato si ostruisce, si determina un aumento della pressione oculare, e di conseguenza vengono danneggiate le fibre nervose della retina e del nervo ottico. Si arriva alla cecità. Anche i bambini possono essere colpiti dal glaucoma: in questo caso il trabecolato si può ostruire per difetti congeniti.

I disturbi del glaucoma possono non incidere subito sulla vista; tuttavia, ci sono dei segni, quali: dilatazione dell'occhio (occhio bovino), forte lacrimazione, fastidio alla luce e ingrandimento della cornea. Le percentuali di successo in caso di intervento sono molto elevate: il problema consiste nell'intervento precoce.

Sotto altri aspetti, ancora diversi, si presenta il problema didattico dell'apprendere/insegnare per gli handicappati di altri gruppi, come i cerebrolesi, i trisomici, i miopatici e i distrofici, nonché quelli con annesso anche un deficit intellettuale o dei disturbi della personalità. Per prima cosa va rilevato che è importante, come per i sordi e i ciechi, il rapporto tra età del soggetto e momento dell'insorgenza del danno. Il rapporto tra soggetto e relativa età, gravità del danno, ecc., si pone in modo determinante se si vuole considerare l'intervento didattico un processo individualizzato.

Il momento dell'intervento, in relazione all'età del soggetto, assume caratteristiche di metodo proprie, poiché il programma va adattato al caso specifico. Comunque, ogni intervento svolto precocemente, nel periodo in cui lo sviluppo offre un apprendimento plastico, offre maggiori garanzie di riuscita o almeno di esito più sicuro. Per tale motivo, ogni qualvolta si prende in esame un caso, necessita tenere conto:

a) del tipo di handicap;

b) dell'età del soggetto;

c) della gravità del danno subito;

d) delle potenzialità residue e delle caratteristiche soggettive.

Il quadro va tenuto presente come utile riferimento, al fine di selezionare le possibilità di intervento didattico e curricolare. Ogni intervento va svolto tenendo, quindi, presente:

A) la tipologia differenziata degli handicap;

B) il quadro differenziato di intervento.

Livelli di possibilità d'intervento.

1. Un possibile intervento va diretto verso chi ha delle potenzialità residue buone, sia sul piano della motricità, che del linguaggio e del pensiero. Si tratta di bambini che possono aver subito dei danni cerebrali localizzati, non gravi, tali comunque da non alterare i campi delle proprie esperienze, se non in forma lieve.

In questo gruppo è possibile inserire i casi di poliomielitici, i quali non dovrebbero avere alcuna difficoltà nell'apprendere, se non per ragioni indirettamente connesse con il danno subito. L'intervento didattico andrebbe diretto, quando è possibile, più sui rinforzi che su aspetti tecnici o programmatici.

2. In questo secondo livello vanno inseriti i casi di handicap motorio di media gravità, come alcuni casi di cerebrolesi, in particolare i discinetici o spastici, e i miopatici, i focomelici, con potenzialità residue relative alla gravità del danno, ma recuperabili con sussidi metodologici appropriati. Si tratta di un livello che andrebbe considerato con l'occhio volto a superare la visione della situazione del momento, apparentemente compromessa in modo irrimediabile, per cogliere quella futura del recupero delle risorse potenziali. L'intervento didattico verte su diversi aspetti, che vanno dal tipo di scrittura (stampatello, script, corsivo), ai supporti tecnici relativi all'apprendimento programmato, ai supporti didattici (segni, disegni, lavori prassici).

3. In questo gruppo andrebbero inseriti i casi in cui la menomazione è soprattutto di tipo mentale, oltre che (eventualmente) motorio. Rientrano in questo quadro i trisomici e coloro che, per diverse ragioni, hanno subito alterazioni intellettive che non consentono aspettative di un possibile successo in un prossimo futuro. Va aggiunto però che vi sono casi in cui la trisomia si presenta in forma solo apparentemente grave, per cui le potenzialità esistenti permettono un lavoro che può dare con il tempo degli ottimi risultati. L'intervento didattico in questi casi può avere risultati interessanti e a volte risolutivi, purché venga personalizzato e, nel caso specifico della trisomia, abbiano carattere di ripetitività, che rinforzano sistematicamente.

4. È il livello più basso: in questo quadro potrebbero venire inseriti i «gravi». Si tratta di bambini il cui danno (generalmente di tipo genetico) non offre che poche garanzie di parziale successo, per cui ricevono più sostegno dal rapporto emotivo e sociale che la scuola può offrire, che dai sussidi didattici. Con ciò non si vuole negare che questi ultimi possano anche essere utili, ma si vuole dire che il maggior contributo può derivare loro dalla dimensione sociale. In questi casi si dovrebbe parlare della scuola come «ambiente» formativo sul piano dei rapporti affettivi, più che di «agenzia» che trasmette conoscenze e nozioni culturali. In questo settore andrebbero inquadrati i casi di psicosi e dei disturbi della personalità gravi per i quali più di un trattamento di tipo scolastico e didattico, si dovrebbe parlare di psicoterapia.

Le cerebropatie infantili

Il quadro delle cerebropatie o encefalopatie infantili costituisce il secondo gruppo di patologie infantili, dopo quello relativo ai deficit sensoriali. Il concetto di cerebropatia infantile è molto ampio e comprende situazioni morbose che vanno dalla patologia delle gravi insufficienze mentali o delle gravi condizioni epilettiche fino ai quadri più sfumati del piccolo danno cerebrale o della disabilità di carattere psichico.

Le encefalopatie infantili si possono definire un *complesso sintomatologico la cui caratteristica comune è un inizio precoce e una evoluzione cronica.*

Il sintomo principale o almeno il più evidente riguarda la *motricità, mentre altre manifestazioni, di altro carattere, non necessariamente del medesimo tipo, possono essere presenti o associate.* Tra queste, vanno annoverate le turbe epilettiche e le turbe mentali, che possono incidere in maniera preponderante sul problema rieducativo e prognostico.

L'esame dei fattori che hanno causato il danno cerebrale (eziologia) distingue tre momenti temporali di incidenza:

a) fattori prenatali. 

Rientrano in questo gruppo i casi dovuti ad alterazioni cromosomiche, come le trisomie; le anossie, ossia i danni per asfissia e per turbe circolatorie del feto; le infezioni della madre, ad esempio i casi dovuti alla rosolia (in particolare se l'infezione colpisce la madre durante i primi tre mesi di gravidanza); gli itteri nucleari da incompatibilità materno-fetale; i disturbi metabolici, come il diabete; altre infezioni, come la toxoplasmosi;

b) *fattori perinatali.*



Rientrano in questo gruppo i numerosi casi dovuti ai parti laboriosi o distocici. Le cause possono dipendere da parto cesareo, con possibili conseguenze per embolia gassosa o per lesioni vascolari e da anossia, che è certamente il meccanismo che genera il maggior numero di danni.

c) *fattori postnatali.*



Questi fattori sono notevolmente meno numerosi, rispetto ai precedenti, circa il 20 per cento, ma i danni a volte non sono meno gravi. Oltre ai traumi cranici, rientrano in questo gruppo le encefalopatie infettive e parainfettive.

Il sintomo principale delle cerebropatie e encefalopatie riguarda il deficit e le alterazioni motorie. Ciò non esclude tuttavia che siano associati altri aspetti sintomatici di grande rilievo, come turbe sensoriali, difetti mentali, disturbi del linguaggio ed emozionali.

La sindrome di Down

3. Il quadro psicologico.

Anche se i caratteri somatici dei trisomici sono evidenti e l'eziologia è pressoché unica, tuttavia il quadro psichico si differenzia notevolmente per l'ampiezza della casistica. Lo sviluppo del soggetto Down avviene normalmente, con uno sfasamento temporale rispetto alla norma, variabile da funzione a funzione (motricità, comprensione, linguaggio, ecc.). In altre parole, viene osservato che non sussistono alterazioni e impedimenti tali da richiedere per il soggetto Down una terapia di riabilitazione, come avviene, nel caso degli afasici, per il linguaggio o degli spastici, per il movimento. Si tratta invece di creare subito un ambiente ricco di stimoli adeguati, dato che il tratto principale del soggetto Down è una certa apatia, un certo ripiegamento su degli automatismi che, una volta acquisiti, difficilmente vengono abbandonati.

Non solo geneticamente la sindrome di Down è un caso a sé, rispetto agli altri casi di deficit (sensoriali, cerebrali o psichici), ma anche il suo quadro psicologico è peculiare. Innanzitutto, si riscontra nella maggior parte dei casi un ritardo di tipo medio, ma anche la gamma dei ritardi è variegata e può andare da un ritardo grave a uno minimo. Il ritardo appare soprattutto conseguenza di una maturazione neurologica più lenta, rispetto a quella dei bambini normali, e ha altri ritmi di svolgimento. Già durante le prime fasi dello sviluppo del bambino, cioè tra il primo e il secondo anno di vita, si può cadere nell'errore di non dare importanza alla necessità di interventi precoci. Se lo sviluppo motorio non riceve stimoli adeguati, le opportunità di dare un ritmo regolare allo sviluppo diminuiscono rapidamente. E quando molte abitudini non positive si sono fissate, quando il bambino si trova a suo agio nella «nicchia» del comportamento che si è formato, è molto difficile il recupero.

4. Il quadro educativo e dello sviluppo mentale.

La via educativa fa propri i suggerimenti che provengono dalle osservazioni psicologiche: *coerenza* nel rapporto affettivo ed educativo, *stimoli precoci motivanti*. Abolire o almeno limitare gli interventi violenti, come le punizioni, e cercare invece di motivare l'interesse del bambino attraverso attività ludiche intelligenti. Il problema della coerenza è forse il più difficile. Nel compito dell'insegnante convergono aspetti che rappresentano attività educativo-morali e tecnico-ammaestrative. La modifica del comportamento di un bambino piccolo, handicappato o meno, richiede oltre ad atteggiamenti e disponibilità affettiva, soprattutto una condotta coerente, che persegua una linea di stimoli-rinforzi consecutivi e coerenti.

In questo senso va inteso il concetto di coerenza educativa. Il discorso vale per tutti i bambini ma ha una valenza maggiore per i casi di trisomia. Questi bambini dimostrano di avere una sensibilità acuta e danno la preferenza a mete affettive piuttosto che intellettive. Ciò significa che sono pronti a sfruttare ogni cedimento emotivo dell'educatore e a deviare dalle mete prefissate, pur di rimanere in ambiti di sicurezza e di inattività. Che poi queste forme di educazione incoerenti vadano a detrimento dello sviluppo, è per loro di poca importanza poiché non hanno la possibilità di vedere il processo in tutta la sua estensione, compreso il quadro terminale.

DEFICIT DEL SETTORE PSICHICO

Disturbi specifici dello sviluppo

Concetto di sviluppo

Per sviluppo s'intende un *processo* di crescita o di *maturazione* fisica e/o psichica sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo. Uno sviluppo avviene attraverso una *serie di modificazioni di strutture, di funzioni e di organizzazioni* che si producono in un organismo dalla sua origine alla sua fine.

Un organismo lesionato può subire una involuzione, rispetto allo sviluppo normale, se non riceve (o non può ricevere), nel periodo in cui certe strutture sono impegnate, quegli stimoli che possono sollecitare il suo sviluppo. Attivare in ritardo - fuori tempo rispetto allo sviluppo genetico - il linguaggio, ad esempio, non significa affatto «partire in ritardo» e quindi aspettarsi di poter recuperare attraverso un processo più rapido il tempo perduto, ma vuol dire perdere una parte di un processo irreversibile.

Lo sviluppo è un processo complesso che deve seguire leggi genetiche, ma anche ambientali. Una definizione considera lo sviluppo una *interazione del patrimonio genetico con l'ambiente*. Tale interazione comprende aspetti organici (le strutture), funzionali (motricità, linguaggio, intelligenza), e dell'organizzazione del rapporto tra strutture e relative funzioni, come risulta dai diversi livelli di capacità.

Lo sviluppo del bambino e le modificazioni strutturali del corpo dipendono da un orologio biologico, la cui organizzazione è strettamente legata a un personale *patrimonio genetico*.

La struttura psico-sociale, invece, riguarda *fattori ambientali*, come il rapporto con le persone, la continuità affettiva e la costanza delle abitudini.

Lo sviluppo dell' emotività

Uno dei fondamentali principi organici della vita umana è l'emotività. L'emotività viene considerata una reazione dell' organismo alle stimolazioni ambientali, ed ha lo scopo di recuperare l'equilibrio nello stesso ambito. Il suo stato preferenziale è lo stato di quiete, che l'organismo denuncia come «benessere».

L'ansia

Se l'emotività è il «motore» della vita psichica, l'ansia è un segnale che indica la presenza di una minaccia e dunque la necessità di trovare una via d'uscita. In genere è possibile prevedere almeno tre soluzioni:

- a) esiste una via positiva. L'individuo cerca di utilizzare al massimo le sue capacità e le possibilità che gli offre l'ambiente. La *motivazione* al lavoro, l'interesse per lo studio o per un maggiore e più intenso rapporto sociale.
- b) quando l'ansia perdura e diventa parte della struttura esistenziale, e l'individuo non ha la capacità di reagire e di trovare una via d'uscita, allora l'ansia viene *somatizzata*. È l'angoscia

c) quando le conversioni patogene investono strati psichici profondi o alterano il comportamento in modo irreversibile, si formano le **nevrosi** o disturbi della personalità (ossessioni, isterie, fobie, comportamenti maniacali), che possono colpire l'individuo in ogni età. Questi disturbi assumono il carattere di «meccanismi di difesa», i quali «corazzano» il nucleo profondo dell'emotività e lo proteggono, ma nello stesso tempo ne limitano la capacità di rapportarsi con l'ambiente (come nel caso dell'autismo) e riducono le manifestazioni emotive, facendole regredire a livelli della prima infanzia.

RITARDO MENTALE

Definiamo il ritardo mentale una condizione clinica complessa, caratterizzata dalla presenza di un deficit cognitivo, che produce un'azione di distorsione complessiva, più o meno massiccia, della personalità del soggetto e delle sue possibilità di adattamento per cui per es. l'incidenza di disturbi psichiatrici nei soggetti con ritardo mentale è diverse volte superiore a quella in soggetti normodotati. I disturbi psichiatrici che più comunemente si associano al ritardo mentale sono i Disturbi da Tic, il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, i Disturbi dell'Umore, i Disturbi da Movimenti Stereotipati ed i Disturbi Generalizzati dello Sviluppo.

Il ritardo mentale rappresenta una condizione di interrotto o incompleto sviluppo psichico, caratterizzato soprattutto da compromissione delle abilità che si manifestano durante il periodo evolutivo e che contribuiscono al livello globale di intelligenza, cioè quelle cognitive, linguistiche, motorie, affettive e sociali.

Il Ritardo Mentale ha molte diverse eziologie e può essere visto come la via finale comune di vari processi patologici che agiscono sul funzionamento del sistema nervoso centrale.

Il funzionamento intellettuale generale è definito dal quoziente di intelligenza (QI o equivalenti del QI) ottenuto tramite la valutazione con uno o più test di intelligenza standardizzati somministrati individualmente (per es., la Scala di Intelligenza Wechsler per i Bambini - Edizione Aggiornata, la Stanford Binet, la Batteria di Valutazione di Kaufman per i Bambini).

Un funzionamento intellettuale significativamente al di sotto della media è definito da un QI di circa 70 o inferiore.

Possono essere specificati 4 gradi di gravità, che riflettono il livello della compromissione intellettiva:

Lieve: (livello del QI da 50-55 a circa 70)

Moderato: (livello del QI da 35-40 a 50-55)

Grave: (livello del QI da 20-25 a 35-40)

Gravissimo: (livello del QI sotto 20 o 25).

R.M. Gravità non specificata: quando vi è forte motivo di presupporre un Ritardo Mentale, ma l'intelligenza del soggetto non può essere verificata con i test standardizzati.

RITARDO MENTALE LIEVE "educabili"

I soggetti con Ritardo Mentale Lieve rappresentano la parte più ampia (circa l'85%) delle persone affette da questo disturbo. Come categoria, i soggetti con questo livello di Ritardo Mentale tipicamente sviluppano capacità sociali e comunicative negli anni prescolastici (da 0 a 5 anni di età), hanno una compromissione minima nelle aree sensomotorie, e spesso non sono distinguibili dai bambini senza Ritardo Mentale fino ad un'età più avanzata. Prima dei 20 anni, possono acquisire capacità scolastiche corrispondenti all'incirca alla quinta elementare. Durante l'età adulta, essi di solito acquisiscono capacità sociali e occupazionali adeguate per un livello minimo di autosostentamento, ma possono aver bisogno di appoggio, di guida, e di assistenza, specie quando sono sottoposti a stress sociali o economici inusuali. Con i sostegni adeguati, i soggetti con Ritardo Mentale Lieve possono di solito vivere con successo nella comunità, o da soli o in ambienti protetti .

Ritardo Mentale Moderato "addestrabili".

Questo gruppo costituisce circa il 10% dell'intera popolazione di soggetti con Ritardo Mentale. La maggior parte dei soggetti con questo livello di Ritardo Mentale acquisisce capacità comunicative durante la prima fanciullezza. Essi traggono beneficio dall'addestramento professionale e, con una moderata supervisione, possono provvedere alla cura della propria persona. Possono anche beneficiare dell'addestramento alle attività sociali e lavorative, ma difficilmente progrediscono oltre il livello della seconda elementare nelle materie scolastiche. Possono imparare a spostarsi da soli in luoghi familiari. Durante l'adolescenza, le loro difficoltà nel riconoscere le convenzioni sociali possono interferire nelle relazioni con i coetanei. Nell'età adulta, la maggior parte riesce a svolgere lavori non specializzati, o semispecializzati, sotto supervisione in ambienti di lavoro protetti o normali. Essi si adattano bene alla vita in comunità, di solito in ambienti protetti.

Ritardo Mentale Grave

Il gruppo con Ritardo Mentale Grave costituisce il 3-4% dei soggetti con Ritardo Mentale. Durante la prima fanciullezza essi acquisiscono un livello minimo di linguaggio comunicativo, o non lo acquisiscono affatto. Durante il periodo scolastico possono imparare a parlare e possono essere addestrati alle attività elementari di cura della propria persona. Essi traggono un beneficio limitato dall'insegnamento delle materie prescolastiche, come familiarizzarsi con l'alfabeto e svolgere semplici operazioni aritmetiche, ma possono acquisire capacità come l'imparare a riconoscere a vista alcune parole per le necessità elementari. Nell'età adulta, possono essere in grado di svolgere compiti semplici in ambienti altamente protetti. La maggior parte di essi si adatta bene alla vita in comunità, in comunità alloggio o con la propria famiglia, a meno che abbiano un handicap associato che richieda assistenza specializzata o altre cure.

Ritardo Mentale Gravissimo

Il gruppo con Ritardo Mentale Gravissimo costituisce circa un 1-2% dei soggetti con Ritardo Mentale. La maggior parte dei soggetti con questa diagnosi ha una condizione neurologica diagnosticata che spiega il Ritardo Mentale. Durante la prima infanzia, essi mostrano considerevole compromissione del funzionamento sensomotorio. Uno sviluppo ottimale può verificarsi in un ambiente altamente specializzato con assistenza e supervisione costanti, e con una relazione personalizzata con la figura che si occupa di loro. Lo sviluppo motorio e le capacità di cura della propria persona e di comunicazione possono migliorare se viene fornito un adeguato addestramento. Alcuni possono svolgere compiti semplici in ambienti altamente controllati e protetti.

Ritardo Mentale, Gravità Non Specificato

La diagnosi di Ritardo Mentale, Gravità Non Specificata dovrebbe essere usata quando vi è forte motivo di supporre un Ritardo Mentale, ma il soggetto non può essere valutato adeguatamente con i test di intelligenza standardizzati. Ciò può accadere con i bambini, gli adolescenti, o gli adulti che sono troppo compromessi o troppo poco collaborativi per essere testati, oppure, nell'infanzia, quando esiste una valutazione clinica di funzionamento intellettuale significativamente al di sotto della media, ma i test disponibili (per es., le Scale Bayley per lo Sviluppo Infantile, le Scale Cattell per l'Intelligenza Infantile, e altri) non forniscono valori di QI. In generale, minore è l'età, più difficile è la valutazione della presenza di un Ritardo Mentale, tranne nei soggetti con compromissione gravissima.