LIFE SPAN AND DISABILITY
CICLO EVOLUTIVO E DISABILITÀ

Vol. XI / n. 2 / luglio - dicembre 2008 ISSN 1721-0151

Aspetti
psicologici
sociali
educativi
riabilitativi
abilitativi

NUMERO SPECIALE

"DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO
E DISABILITÀ INTELLETTIVE
NEL CICLO EVOLUTIVO"

Rivista semestrale promossa dalla
Unità Operativa di Psicologia
dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere
Scientifico (IRCCS) "Oasi" di Troina

LIFE SPAN AND DISABILITY

CICLO EVOLUTIVO E DISABILITÀ

Rivista semestrale promossa dalla
Unità Operativa di Psicologia
dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) "Oasi" di Troina

CITTÀ APERTA

© copyright 2008
Città Aperta Edizioni s.r.l.
94018 Troina (En) - via Conte Ruggero, 73
Tel. 0935 653530 - Fax 0935 650234

Copertina di Rinaldo Cutini

Finito di stampare nell'ottobre 2008
dal Villaggio Cristo Redentore s.r.l.
94018 Troina (En)
Tel. 0935 657813 - Fax 0935 653438

Sommario

Presentazione 9

Contributi di ricerca

Disabilità Intellettiva: definizione, classificazione
e sistema dei sostegni.
R. Luckasson, S. Buono 11

Disturbi dell'apprendimento e disabilità intellettive:
quale prassi diagnostica e riabilitativa?
S. Di Nuovo 21

Alcune riflessioni sui disturbi specifici dell'apprendimento.
C. Cornoldi, R. De Beni 27

Ritardo mentale. Prestazioni scolastiche e abilità sociali:
deficit e surplus rispetto alle capacità intellettive.
R. Vianello, S. Lanfranchi 39

Ansia da prestazione e impotenza appresa in matematica.
D. Lucangeli, A. Broggio 51

La disabilità intellettiva richiede un approccio
metodologico statistico diverso?
P. Moderato 63

La conoscenza delle parole che denotano le emozioni
rappresenta l'esperienza emotiva?
P. Filippello, F. Cuzzocrea, L. Sorrenti 75

L'analisi del comportamento nei disturbi
dell'apprendimento: l'assessment interattivo.
C. Ricci 87

Clinica e comportamento nella disabilità intellettiva (DI).
L. Croce 91

Affettività e sessualità degli adulti con ritardo mentale lieve (RML).
O. Licciardello, G. Di Marco 113

Concezioni personali dell'intelligenza in bambini
con disturbo specifico di lettura.
M. Alesi, G. Rappo, A. Pepi 125

Dis-turbo, dis-abilità o dis-fluenza: il ruolo della fluenza
nella riabilitazione cognitiva e motoria in età evolutiva.
F. Cavallini, S. Perini 137

L'uso del Milan Overall Dementia Assessment (MODA).
S. Cilia, R. Coppola, O. Picconi, P. Ferrazza, V. Surdo,
G. Tripi, L. M. E. Grimaldi 151

Il ruolo della memoria di lavoro per l'apprendimento matematico
nel corso della scuola primaria.
A. D'Amico, C. Lipari 163

Sviluppare l'intelligenza emotiva.
A. D'Amico, T. De Caro 177

Rischio neuroevolutivo e disturbi neuropsicologici
nei nati pretermine: uno studio longitudinale.
F. Di Pasquale, P Magnano 189

Il ruolo della struttura semantica e della composizione morfologica
nell'accuratezza di decodifica: dislessici evolutivi
e normolettori a confronto.
A. Fratantonio, A. Maltese, D. Lo Cascio 209

Bambini con autismo ad alto funzionamento.
S. Melogno, M. A. Pinto, P. Iliceto 217

Un approccio integrato alla Sclerosi Amiotrofica Laterale.
C. Mezzatesta, V. Perricone, D. La Barbera 235

Valutazione dell'intelligenza premorbosa
in persone con demenza.
S. Muratore, G. Prestianni, S. Panerai,
M. Di Francesca, M. Ferrara 247

Il contributo della comunicazione sociale nella costruzione
della rappresentazione della disabilità.
V. Russo 253

Abilità di lettura in bambini con disturbo dello spettro autistico
ad alto funzionamento. Dati preliminari.
R. Zuccarello, C. Cantagallo, F. Di Blasi, M. Finocchiaro,
M.T. Amata, D. Polizzi, S. Panerai, M. Zingale. 271

Aspetti psicopatologici nella Sindrome di Down.
F. Elia, P. Occhipinti, M. Savio, M. Zingale, G. Belfiore 279

Caratteristiche cognitive e adattive di bambini con Disturbo da Deficit
di Attenzione e Iperattività e Ritardo Mentale.
A. Torrisi, A. Carrubba, S. Città, A. A. Costanzo,
G. Di Guardo, F. Scannella, T. Zagaria. 287

Una esperienza di apprendimento di competenze adattive
in persone adolescenti e adulte
con ritardo mentale grave e profondo.
V. Mongelli, G. Mascali, A. Natalia, G. Trubia, S. Buono 299

Presentazione

Questo numero riporta gli atti della giornata di studio sui disturbi dell'apprendimento e le disabilità intellettive nel ciclo evolutivo, tenuta il 7 maggio 2008 a Troina, presso l'IRCCS "Oasi" che promuove e sostiene la pubblicazione della rivista.

La giornata è stata promossa in occasione del decennale della rivista, fondata nel 1998, e in coincidenza con la fondazione della sezione siciliana dell'AIRIPA, l'Associazione Italiana che si occupa della ricerca e dell'intervento sui disturbi dell'apprendimento.

Hanno partecipato illustri ospiti italiani e Ruth Luckasson, eminente rappresentante dell' American Association on Mental Retardation (ora American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) che ha messo a punto il più accreditato sistema di valutazione della disabilità intellettiva. Il valore dei loro interventi e gli interessanti contributi presentati nelle diverse sessioni della giornata, hanno indotto la redazione alla pubblicazione degli atti nel numero della rivista che è anche l'ultimo in versione soltanto italiana.

Dal prossimo numero infatti verrà pubblicata anche una versione inglese, inserita online in un apposito sito. Il rinnovamento riguarderà non soltanto la lingua, ma anche la struttura della rivista e la costituzione di un comitato scientifico internazionale, che affiancherà quello nazionale funzionando da referee e autorevole vaglio per i lavori proposti per la pubblicazione.

Auspichiamo che questo possa contribuire ad una maggiore diffusione alla rivista, parallelamente ad un incremento della sua qualità scientifica, in un momento in cui di approcci scientifici ai problemi della disabilità e del disagio si sente sempre più bisogno.

La redazione

Life Span and Disability / Ciclo Evolutivo e Disabilità / XI, 2 (2008), 63-73

La disabilità intellettiva richiede un approccio metodologico statistico diverso?

Paolo Moderato[1]

Il 1 gennaio 2007 *l'American Association on Mental Retardation,* la storica associazione fondata nel 1876, ha cambiato il suo nome, assumendo quello di *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.*

È la quarta volta che questo accade nella storia dell'associazione, e ogni volta non accade per caso o per motivi puramente formali: ogni cambio di denominazione ha rappresentato un cambiamento importante nell'impostazione concettuale, o nella mutata sensibilità sociale. Che cosa è dunque cambiato, nella valutazione dell'intelligenza e delle disabilità cognitive?

All'inizio di questo decennio sono apparsi sulla scena due strumenti attesi da tempo: la *International Classification of Functioning, Disabilities, and Health* (OMS, 2001), da qui in avanti ICF, prodotta dall'OMS, che segue l'*International classification of impairments, disabilities and handicaps* (ICIDH) prodotta sempre dall'OMS nel 1980, e la *X Classification of Mental Retardation*, prodotta dall'*American Association on Mental Retardation*, che compare con cadenza circa decennale (l'ultima versione era stata pubblicata nel 1990).

Entrambi questi strumenti sono stati tradotti in italiano e quindi a disposizione del pubblico degli operatori. Entrambi questi strumenti propongono una visione radicalmente innovativa del mondo della disabilità intellettiva, nell'ICF forse non completamente espressa, nella X Classificazione dell'AAMR portata alla massima espressione teorico-pratica con il paradigma dei sostegni.

Gli strumenti utilizzati nella pratica diagnostica e valutativa sono però ancora ancorati a visioni largamente dissonanti con questa nuova concezione e conseguentemente poco utilizzabili negli interventi abilitativi.

[1] Università IULM, Milano.

La nascita del concetto di intelligenza

L'esigenza di definire e misurare l'intelligenza si manifesta per motivi pratici, scolastici. Il primo serio tentativo di inventare uno strumento per la misura dell'intelligenza è attuato da Alfred Binet in collaborazione con Theodore Simon all'inizio del secolo scorso in Francia (Binet e Simon, 1905) su commissione del Ministero dell'Educazione. L'obiettivo era poter individuare precocemente i bambini che avrebbero trovato difficoltà nel frequentare la scuola normale e avrebbero avuto bisogno di classi dove venisse impartito un insegnamento speciale. In conseguenza della nuova legislazione sull'obbligo scolastico, un gran numero di bambini di livello socioculturale basso era infatti entrato in contatto con la scuola e molti di essi ottenevano cattive prestazioni scolastiche e venivano giudicati ritardati e deboli di mente dagli insegnanti; nasceva così l'esigenza di valutare in modo oggettivo tali allievi, per capire quali presentassero problemi tali da impedire loro di trarre profitto da un'istruzione regolare.[2] .

Così Binet, lavorando a stretto contatto con gli insegnanti e basandosi sulle osservazioni naturalistiche precedentemente raccolte, cominciò a compilare un elenco di abilità e conoscenze caratteristiche di particolari fasce di età. Questo elenco di "compiti ritrovati" doveva poi tramutarsi in una serie di domande che avrebbero composto la scala.

Vista l'impossibilità di misurare la gamma completa delle conoscenze di ogni bambino, Binet procedette in modo campionario scegliendo quegli item che potevano essere indicatori delle "normali" conoscenze proprie di tutti i bambini che frequentavano la scuola. Con l'aiuto degli insegnanti elaborò domande alle quali potessero essere facilmente assegnati punteggi oggettivi. Un item che risultava familiare al 75% dei bambini di un certo livello di età era giudicato rappresentare le conoscenze tipiche del gruppo di età esaminato.

L'intelligenza e le sue limitazioni

La scala di Binet e Simon era finalizzata al riconoscimento di soggetti che presentassero limitazioni di sviluppo (ritardi) delle abilità cognitive o intellettive, limitazioni e ritardi tali da richiedere interventi specifici e mirati, possibilmente, al recupero di quei ritardi o all'annullamento di quelle limitazioni. Il concetto di misurazione dell'intelligenza compare quindi inizialmente sotto forma di una valutazione delle sue limitazioni. Nella valutazione dello sviluppo il concetto dei cosiddetti "compiti ritrovati",

[2] Per capire il valore rivoluzionario delle "classi speciali" per la Francia di quell'epoca si pensi che negli stessi anni la percentuale di analfabetismo (totale) in Italia si aggirava intorno al 80% della popolazione.

cioè quelle abilità che in base alle osservazioni di Binet i bambini normali dovrebbero mediamente possedere ad una determinata età, è piuttosto critico. Il bambino normale è un bambino medio, che nella realtà non esiste: le sue capacità e le sue conoscenze – quelle che Binet chiama "compiti ritrovati" – sono infatti profondamente influenzate dal particolare contesto socioeducativo e da tutti i fattori che hanno contribuito al suo sviluppo biopsichico. Uno dei padri della psicologia comportamentale dello sviluppo, che proprio in questi giorni ha compiuto 100 anni, S.W. Bijou, ha proposto un'analisi dettagliata di tutti i fattori concorrenti (Bijou, 1984; 1992). La variabilità di questi fattori all'interno di una popolazione e tra popolazioni diverse fa sì che il concetto di "bambino medio" sia alquanto variabile. Per affermare che un bambino ad una certa età mediamente sa affrontare determinati problemi e rispondere a determinate domande, bisogna raccogliere un gran numero di osservazioni e scegliere quelle particolarmente significative, che rappresentino cioè in modo attendibile alle varie età quell'universo di comportamenti intelligenti di cui si parlava sopra.

Questo obiettivo richiede di definire quali sono le limitazioni, quale il dominio cognitivo, quale l'ampiezza delle limitazioni o ritardi che ci porta a considerare "anormale" la normale variabilità individuale. Anche oggi, a 100 anni dal lavoro pionieristico di Binet e Simon, le risposte sono ancora incomplete, controverse, spesso contraddittorie, nonostante il tentativo di cercarle su un piano apparentemente più solido, quello neuronale. Eppure Binet e Simon erano riusciti, partendo dalle numerose osservazioni raccolte in un ampio campione di bambini di diverse età, a stabilire un criterio, una scala per l'appunto.

Il metodo per arrivare a ciò era lo stesso che aveva consentito il grande sviluppo della medicina di fine ottocento, dopo l'ingresso della biochimica e della fisica nella spiegazione dei meccanismi di funzionamento normale, cioè fisiologico, e anormale, cioè patologico. Una volta compreso il ruolo dei fattori chimico-fisici nel funzionamento dei processi biologici, raccogliendo ampi campioni di osservazioni era possibile cominciare a stabilire l'equazione:

normalità statistica = normalità fisiologica (stato di salute),
anormalità statistica = anormalità fisiologica (stato di malattia).

Applicando il modello alla psicologia bisogna rispondere alla domanda: qual è il valore per considerare normale la presenza di ciò che è chiamato intelligenza? Ma l'intelligenza non ha la stessa consistenza fisica delle sostanze che costituiscono il corpo umano. Non si può vedere al microscopio, colorare misurare, ecc. Quali comportamenti appartengono al dominio "intelligenza" e quali no? Quando la limitazione-mancanza-ritardo è tale da dover essere considerata "anormale"?

Com'era accaduto nella medicina, la risposta andava cercata nei soggetti disfunzionanti, in questo caso nei soggetti che presentavano limitazioni o ritardi in un insieme di comportamenti e abilità che, sulla base del senso comune e di osservazioni fatte all'interno di contesti familiari della cultura europea dell'epoca, venivano giudicati come normali.

C'è un altro, non secondario, problema. Lo sviluppo delle abilità cognitive, intese nel senso più ampio, includendo quindi i rapporti pensiero e linguaggio ad esempio, si nutre di quella speciale sostanza che proviene dalle interazioni umane, e si chiama esperienza. Senza questa "sostanza" il processo di sviluppo si rallenta o addirittura si arresta: ne sono prova tutti quei soggetti che per vari motivi sono stati privati in modo drammatico delle interazioni socio-culturali che caratterizzano gli esseri umani, come i bambini "selvaggi". Senza interazioni linguistiche umane (verbali) i bambini, con buona pace delle teorie neo-innatistiche alla Chomsky, non sviluppano forme umane di linguaggio verbale.

Un modello problematico di normalità

Quale conclusione deriva da questa analisi? La difficoltà o perfino l'impossibilità di costruire un modello di normalità intellettiva che si basi su dati stabili tra soggetti e lungo il tempo. La relazione livello di abilità-scorrere del tempo, che prese il nome di rapporto età mentale-età cronologica (il famoso quoziente intellettivo), aveva un punto di *break even* oltre il quale i soggetti "normali" erano penalizzati: si assisteva a un declino paradossale perché troppo precoce (16 anni) delle abilità intellettive. Soluzione: costruire un modello statistico artificiale basato su una distribuzione normale (gaussiana) che azzerasse la variabile "scorrere del tempo". In realtà lo "scorrere del tempo" non è una vera e propria variabile, è una dimensione, cioè il contenitore dentro il quale hanno luogo le interazioni, che a parità di tempo possono essere qualitativamente e quantitativamente molto diverse da soggetto a soggetto. Poiché le interazioni avvengono nello spazio e nel tempo c'è una relazione per quanto molto variabile intersoggettivamente, tra interazioni e scorrere del tempo.

In secondo luogo, quando parliamo di "normalità" in rapporto ai concetti di abilità/disabilità affermiamo e descriviamo l'esistenza di qualcosa che in natura non esiste: l'essere umano totalmente e incondizionatamente abile; infatti, nessun individuo può essere considerato in possesso di tutte le infinite abilità presenti nel repertorio comportamentale del genere umano.

Le diverse aree di sviluppo sono fortemente collegate tra di loro, e non è possibile analizzare in modo omogeneo lo sviluppo senza valutare l'evoluzione nelle, e le relazioni tra, le diverse aree: non si può considerare l'aspetto puramente intellettivo separatamente da quello motorio, sociale, relazionale, e affettivo.

Torniamo ora alla nascita del test d'intelligenza, noto come Wechler-Bellevue prima, WAIS poi, e alla versione WISC per i bambini. E' ai punteggi di questi test che la *X Classification of Mental Retardation*, prodotta dall'American Association on Mental Retardation, fa ancora riferimento per definire se un soggetto si trova in condizione di ritardo mentale. In verità l'Associazione spiega questa scelta e l'accompagna ad alcune raccomandazioni: tra queste quella di stabilire il cut off a 2 deviazioni standard (DS) dalla media. Ma anche questo non sarebbe sufficiente, in quanto anche a due DS la percentuale di soggetti che verrebbe a ricadere nella diagnosi di ritardo mentale sarebbe troppo alta (tra il 2,5 e il 3% a seconda dei paesi), il che non corrisponde, per fortuna, alla realtà. Quindi l'AAMR raccomanda ripetutamente di affiancare alla valutazione strettamente cognitiva una valutazione delle abilità adattive. In altri termini non basta avere una valutazione inferiore a 70 in un test di QI per essere classificato in condizione di ritardo mentale, bisogna anche dimostrare una significativa limitazione dell'adattamento. Tante persone con un QI inferiore a 70 non sono ritardate mentali perché, per una serie di motivi, risultano inserite soddisfacentemente nella società. Su questo punto torneremo parlando del concetto di sostegno.

Quindi, WISC e WAIS, se applicate a soggetti con sviluppo atipico, sovrastimano la percentuale di persone ipoteticamente affette da ritardo mentale. In altre parole penalizzano nella valutazione le persone ritardate, perché sono stati progettati per persone "normali" o a sviluppo tipico come si preferisce dire ora. Questo errore sistematico (bias) può essere fatto derivare da due punti:

i contenuti del test sono tipici di una cultura cui spesso le persone con ritardo mentale non possono accedere né qualitativamente né quantitativamente in modo confrontabile con i soggetti "normali";

la distribuzione normale (gaussiana) dei punteggi è artificiale, cioè costruita ad hoc e dipendente dallo strumento usato, appunto il test.

Quest'ultimo punto ha diverse implicazioni: l'affermazione una persona con QI = 140 ha il doppio di intelligenza di una persona con QI = 70 matematicamente sembra avere senso, ma non ne ha da un punto di vista psicologico funzionale (non è uguale ad affermare che una persona di 2 metri è alta il doppio di una persona alta 1 metro). Il metro è indipendente dall'altezza dei soggetti, il QI no, cioè non esiste indipendentemente da ciò che vuole misurare.

Allontanandosi dalla media di 3 DS gli effetti non sono uguali nelle due code di sinistra e di destra. Questo significa che i soggetti con ritardo mentale e quelli normali appartengono a due popolazioni diverse e che non si può applicare ad esse lo stesso test se non penalizzandone una, ovviamente quella più debole.

Un'altra implicazione, corollario delle tesi precedenti, è che il test risulta sempre meno discriminativo man mano che i punteggi scendono

verso il basso. Questo effetto è noto in psicologia come *floor effect*: quando la prestazione è troppo difficile i risultati si appiattiscono verso il basso per tutti, senza differenziazione tra soggetti. In questo caso il problema non è che troppi soggetti verrebbero classificati come ritardati (penalizzazione A), ma che soggetti sicuramente in condizione di ritardo mentale vengono valutati come più ritardati di quanto non sono realmente (penalizzazione B). Quest'ultimo punto si riflette a cascata su due altri momenti: la programmazione educativa e abilitativa, e la programmazione dei sostegni. Nella X Classificazione dell'AAMR i sostegni sono costituiti da risorse e strategie che mirano a promuovere lo sviluppo, l'educazione, gli interessi e il benessere di una persona e che ne migliorano il funzionamento. I servizi rappresentano un tipo di sostegno fornito da professionisti ed enti. Il funzionamento individuale è il risultato dell'interazione dei sostegni con le dimensioni delle Capacità intellettive, del Comportamento adattivo, della Partecipazione, delle interazioni e dei ruoli sociali, della Salute e del Contesto. La valutazione della necessità di sostegni può avere rilevanza diversa, a seconda che sia fatta ai fini della classificazione oppure della programmazione dei sostegni.

Se una persona è valutata più ritardata di quanto non sia in realtà, anche la valutazione dei sostegni necessari perché la persona si avvicini al funzionamento normale ne risente, in modo diretto e indiretto, così come tutti i parametri di normalizzazione/partecipazione sopra analizzati.

Altri effetti critici delle misure

Un altro aspetto critico nei confronti dei test di QI sopraccitati consiste nella loro insensibilità a misurare il cambiamento. Per aumentare la loro fedeltà, intesa come coerenza nel tempo o attendibilità test-retest, essi sono stati progressivamente depurati di tutti gli elementi che potessero essere soggetti a modificazioni in funzione dell'età e dell'esperienza. In altre parole è stato portato a compimento quel processo di trasformazione da test per valutare aspetti evolutivi, come era la scala originaria di Binet e Simon, a test per valutare tratti stabili, almeno ipoteticamente, come l'intelligenza. Inevitabilmente questo ha portato a quella che abbiamo poco sopra chiamato insensibilità al cambiamento: anche se vi sono stati dei cambiamenti nel repertorio di abilità cognitive, linguistiche, sociali, adattative del soggetto, lo strumento non li rileva. Al di là dell'aspetto metodologico, che può interessare principalmente gli psicometristi, il problema ha profonde implicazioni motivazionali per il soggetto stesso, per i suoi caregivers, per la società che deve sostenere i costi delle attività di sostegno alla persona.

Un ultimo particolare riguarda la scala dello strumento di misura. Nella funzione "pesare gli oggetti" nessuno utilizzerebbe mai lo stesso stru-

mento "bilancia" per pesare una lettera, un anello d'oro, del prosciutto crudo, un sacchetto di patate o un container, perché appartengono a insiemi differenti. L'esempio non dovrebbe richiedere ulteriori commenti esplicativi, rimanendo nella metafora possiamo dire che ad essere ottimisti, quando si valuta l'intelligenza, anzi il ritardo, di una persona con ritardo mentale, è come se pesassimo il prosciutto con la bilancia del fruttivendolo.

Lo ripetiamo, persone normali e persone con ritardo appartengono a due insiemi o popolazioni statisticamente differenti. Questo ovviamente, ma forse è meglio specificarlo per evitare equivoci, nulla ha a che fare con la qualità di persone e con il processo di inclusione sociale che da trent'anni si sta perseguendo.

Il new look comportamentale

Ci sono altri fattori che sono entrati in gioco. All'inizio degli anni '70, scomparso il vecchio comportamentismo che si era autoconfinato improduttivamente nei laboratori alla ricerca impossibile di una teoria generale del comportamento umano, si sviluppava, proprio a partire dal mondo della disabilità, una nuova scienza psicologica, l'analisi applicata del comportamento, che adesso è diventata molto popolare con l'acronimo ABA per il trattamento dei soggetti con autismo, che proponeva un nuovo modo di concettualizzare le interazioni educative (Bijou e Baer, 1965). L'innovazione riguardava i seguenti punti:

- valutazione iniziale individuale e analitica;
- processo di valutazione continuo (monitoraggio) lungo tutto il processo psicoeducativo;
- analisi del compito e programmazione curriculare dei contenuti;
- uso di metodologie e tecniche che per favorire e facilitare l'apprendimento delle persone che si trovavano in difficoltà.

Queste prospettive mal si conciliavano con la "vecchia" modalità diagnostico classificatoria che esprimeva valutazioni troppo sintetiche per poter essere utilizzate nella programmazione curriculare (Moderato 1988a; 1988b) e che non consentiva quel lavoro di monitoraggio continuo che si rende necessario a interventi individualizzati.

Gli anni '70 e '80 si sono caratterizzati quindi per le messa in discussione dei metodi diagnostici tradizionali, tra cui i test di QI, a favore di procedure definite di *assessment*, un termine generale per indicare la valutazione, che per gli addetti ai lavori ha poi assunto accanto al significato tradizionale una connotazione comportamentale, individuale, oggettiva, criteriale, curriculare (Moderato, 1990; Moderato, Gentile, Pergolizzi e Presti, 1988).

Gli anni '90 hanno visto un riavvicinamento e un'integrazione delle due posizioni, una riscoperta dell'importanza diagnostica non solo in campo medico, cosa ovvia, ma in campo comportamentale. Quando si parla di diagnosi comportamentale bisogna essere sempre consapevoli che delle due funzioni svolte dal processo diagnostico in campo medico, classificazione nosografica e attribuzione causale, solo la prima può essere svolta anche in campo psicologico: la ricerca delle cause deve infatti aver luogo su un terreno diverso, quello longitudinale della storia dinamica della persona. I motivi di questa riscoperta dell'aspetto diagnostico classificatorio nei disturbi dello sviluppo sono almeno due, tra loro integrati: la pubblicazione di nuove e più raffinate versioni di strumenti come il DSM e l'ICD, e la necessità di differenziare le diagnosi in termini di fenotipi comportamentali specifici per disturbi quali autismo, sindrome di Rett, sindrome di Asperger, per mettere a punto interventi specificamente focalizzati sulle caratteristiche del disturbo.

Tornando al problema della diagnosi e della valutazione funzionale del ritardo mentale non possiamo tuttavia trascurare il fatto che la valutazione in termini di QI fa ormai parte della pratica e del linguaggio comuni, che non sarà facile sradicare o modificare, se non altro perché, nonostante la grossolanità e imprecisione della valutazione, consente una comunicazione rapida e, almeno apparentemente, facile e comprensibile tra operatori diversi.

Problemi e possibili soluzioni

Da queste premesse è partito il nostro lavoro, per vedere se e come fosse possibile trovare qualche soluzione alle criticità sopra esposte. Il punto di partenza per la progettazione di un nuovo strumento, CAPIRE, è stato quello di considerare la popolazione di soggetti con ritardo mentale come appartenenti a una popolazione diversa, statisticamente parlando, da quella dei soggetti con sviluppo tipico (Moderato e Moderato, 2004). In altre parole la nuova distribuzione è una sorta di esplosione o di zoommata della coda di sinistra della distribuzione del QI, o se si preferisce una sorta di sottodistribuzione che ne continua e ne estende la valutazione, utilizzando contenuti evolutivamente appropriati a soggetti con sviluppo atipico.

Cominciamo con il vedere che cosa significa operativamente esplodere la coda di sinistra della distribuzione. In termini generali l'obiettivo è quello di costruire uno strumento progettato apposta per una popolazione con sviluppo atipico. Nello specifico i punti caratterizzanti questa operazione possono essere così schematizzati:

- ampliamento delle aree di indagine, in modo da coprire, oltre le abilità strettamente intellettive, anche abilità adattative come comunicazione,

autosufficienza, socializzazione. La valutazione finale quindi è il risultato di un *blend* di capacità in più aree.

- ampliamento del campione di comportamenti necessari per arrivare a una valutazione significativa. Essendo uno strumento di valutazione globale dello sviluppo (non una checklist specifica di un'area), è stato necessario trovare un equilibrio che soddisfacesse le esigenze di profondità e analiticità, necessarie per la programmazione degli interventi, senza perdere la visione olistica del livello di sviluppo della persona;
- evolutivizzazione della scala: con questo termine intendiamo il recupero dello spirito originario della scala di Binet, persosi come si è visto nel passaggio transatlantico. Pertanto gli item sono stati scelti e disposti in modo da facilitare la rilevazione degli effetti dei cambiamenti evolutivi, naturali e stimolati.

In questo modo siamo riusciti a creare uno strumento che si dimostra sensibile e discriminativo nei valori più bassi (ritardo grave-gravissimo), dove gli strumenti tradizionali sono totalmente piatti, e più equilibrato e corretto nei valori centrali (ritardo medio-grave). Ovviamente ogni medaglia ha il suo rovescio. Nel nostro caso il problema principale consiste in una sopravalutazione della fascia di popolazione che si trova nella coda di destra di questa nuova distribuzione, cioè dei soggetti con ritardo lieve. In questo caso il fattore età cronologica, non essendo usato come divisore ma come modulatore di normalità, produce un fattore contrario a quello rilevato nella scala Stanford Binet.

Naturalmente, visto che lo strumento diagnostico vuole misurare lo sviluppo dell'individuo rapportato alla sua età, ogni item di CAPIRE è stato appaiato ad una determinata fascia d'età; in altre parole, il "peso" dato dal possesso di una singola abilità può essere diverso a seconda che la stessa abilità sia posseduta ad un'età piuttosto che ad un'altra. Le fasce d'età considerate sono: 0-3 anni; 3-4,5 anni; 4,5-6 anni; 6-8 anni; 8-10 anni; 10-15 anni; oltre i 15 anni. Il punteggio varia tra 0 e 2 punti a seconda che la abilità non sia posseduta (0 punti), sia posseduta nell'età considerata corretta (1 punto) o in anticipo rispetto a quanto comunemente atteso (2 punti). Questo implica che soggetti particolarmente ben educati e seguiti fin da piccoli possono raggiungere punteggi vicini a 100 o addirittura superiori, anche se normalmente il recupero nei confronti dei test tradizionali è mediamente del 20%.

Bisogna richiamare e chiarire un altro concetto, già espresso nelle pagine precedenti. L'AAMR, nell'uso dei test di QI per la diagnosi di ritardo mentale, raccomanda in primo luogo di stabilire il cut off a 2 deviazioni standard (DS) dalla media. Nel caso di CAPIRE il problema non si pone in quanto non c'è da compensare nessun errore sistematico (bias) dato che lo strumento è già tarato in partenza per soggetti con sviluppo atipico.

In secondo luogo l'AAMR raccomanda continuamente di affiancare alla valutazione strettamente cognitiva una valutazione delle abilità adat-

tative per evitare di avere una diagnosi di ritardo mentale per soggetti che pur avendo un punteggio inferiore a 70 in un test di QI dimostrano un buon livello di adattamento. CAPIRE recepisce questa raccomandazione presentando quello che potremmo battezzare un IE, un indice evolutivo comprensivo di abilità cognitive, sociali, comunicative, di autosufficienza. Quindi mentre un punteggio di QI da solo non deve portare automaticamente a una diagnosi di ritardo, un punteggio di IE esprime ragionevolmente il livello complessivo di sviluppo/ritardo.

Conclusioni

All'inizio di questo articolo ci siamo chiesti che cosa sia cambiato, se è cambiato, e che cosa sia necessario e possibile cambiare nella valutazione delle abilità intellettive. Ormai il concetto di intelligenza, giusto o sbagliato che sia, è entrato in modo definitivo nel nostro modo di intendere la psicologia, sia dei soggetti a sviluppo tipico, sia di quelli a sviluppo atipico. Allo stesso modo il termine QI, nonostante tutti problemi che abbiamo visto si porta dietro, ma considerando anche le possibilità che si possono trovare in un uso mirato delle subscale dei test (Di Nuovo, 2008), è ineliminabile dal linguaggio quotidiano. Se non puoi sconfiggere un nemico fattelo alleato e trova un punto di mediazione: ad esempio l'uso progressivo di strumenti che senza abbandonare alcuni dei vantaggi che caratterizzano la prospettiva psicometria nomotetica classica, introducano alcuni dei vantaggi che caratterizzano le scale di valutazione individuali. Si tratta di una scelta che mette insieme sia aspetti scientifici, che come tali si basano su un metodo indiscutibile, sia aspetti politici e sociali, e come tale si basa su punti di mediazione e di consenso.

Bibliografia

Binet, A., e Simon, T. (1908). Le developpement de l'intelligence chez les enfants. *Année Psychologique*, *14*,1-90.

Bijou, S. W. (1984). Analisi comportamentale del ritardo mentale: implicazioni per la diagnosi ed il trattamento. In R. Larcan, P. Moderato, e S. Perini (Eds.), *Nuove prospettive nelle scienze del comportamento*. Messina: Carboneditore.

Bijou, S. W. (1992). *Behavior analysis of child development*. Reno (NE): Context Press. Ed. it *Analisi comportamentale dello sviluppo infantile*. Milano: Mc Graw-Hill, 1997.

Bijou, S. W., e Baer, D. M. (1965). *Child Development (vol. 2): Universal Stage of Infancy*. New York: Appleton-Century- Crofts.

Di Nuovo, S. (2008). *Misurare la mente. Test cognitivi e di personalità*. Bari: Laterza.

Moderato, P. (1988a). Valutazione o diagnosi del ritardo mentale? Nuove prospettive nell'uso dei test. *Studi di Psicologia dell'Educazione*, *7,* I, 23-28.

Moderato, P. (1988b). La valutazione cognitivo comportamentale del ritardo mentale: presupposti, metodologie, strumenti. In E. Caracciolo, e F. Rovetto, (Eds.) *Handicap: nuove metodologie per il ritardo mentale*. Milano: Franco Angeli.

Moderato, P. (1990). Il modello intercomportamentale nell'analisi delle disabilità evolutive. In S. Soresi (Ed.), *Difficoltà di apprendimento e ritardo mentale*. Pordenone: ERIP.

Moderato, L, e Moderato, P. (2004). *CAPIRE: Cheklist per l'Analisi e la Programmazione Informatizzata del Ritardo Evolutivo*. Firenze: Organizzazioni Speciali.

Moderato, P., Gentile, R., Pergolizzi, F., e Presti, G. (1988) Ritardo mentale: tecnologie educative e procedure informatiche finalizzate al suo recupero. In C. Cornoldi, e R. Vianello (Eds.), *Handicap, comunicazione e linguaggio*. Bergamo: Juvenilia.

O.M.S. (2001). *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute.* Trento. Erickson.