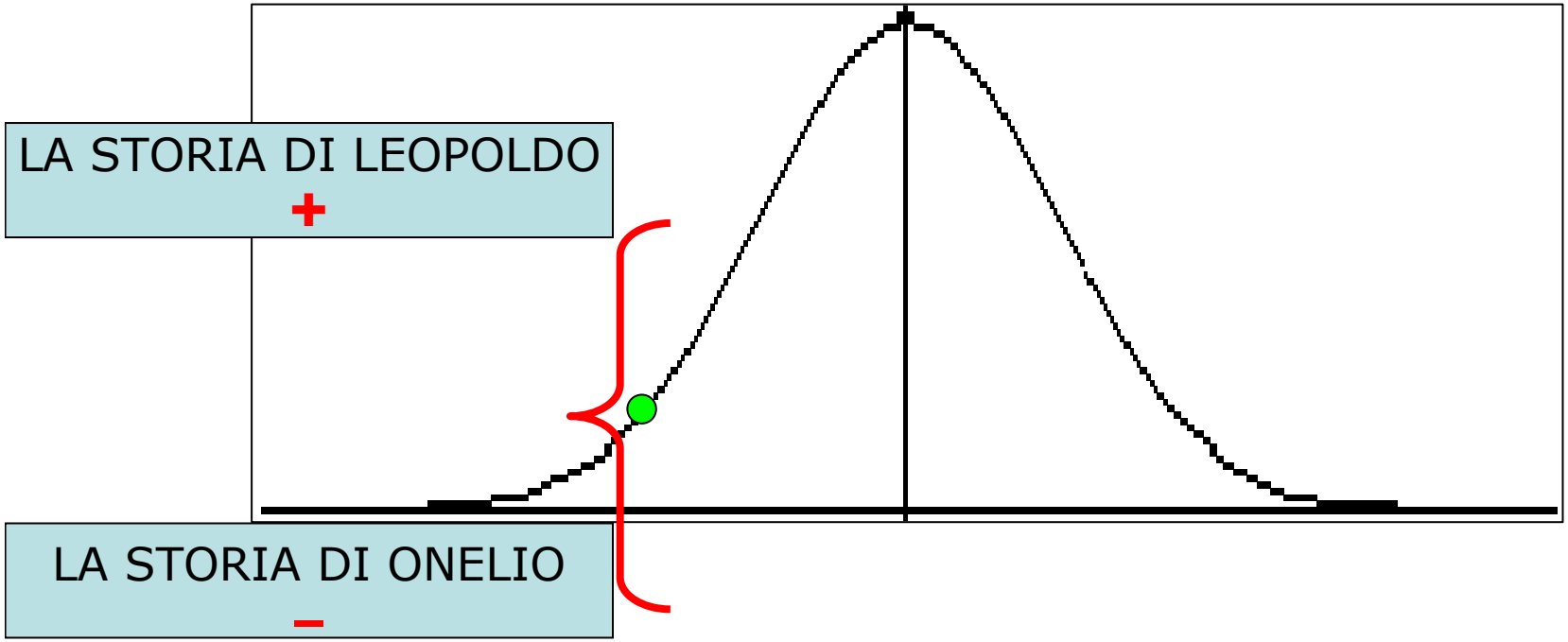
10° revisione della concezione del ritardo mentale AAMR - 2002



10° revisione della concezione del ritardo mentale
AAMR - 2002

Definizioni operative: **Contesto**

Il contesto descrive il complesso delle condizioni in cui le persone vivono quotidianamente. Il termine … è rappresentativo di una dimensione ecologica che coinvolge almeno tre livelli diversi:

a. il setting sociale ristretto, che comprende la persona, la famiglia e/o le figure di sostegno **(microsistema)**

b. il quartiere, la comunità o le organizzazioni che provvedono alla istruzione, ai servizi di abilitazione o ad altri tipi di sostegno **(mesosistema)**

c. i modelli generali proposti dalla cultura, dalla società, dalla popolazione in senso più ampio, dal paese di appartenenza, così come dalle influenze sociopolitiche **(macrosistema o megasistema)**

MODELLO TEORICO

10° revisione della concezione del ritardo mentale AAMR - 2002

- Il contesto può avere rilevanza diversa a seconda che sia considerato ai fini della diagnosi, della classificazione o della programmazione dei sostegni.

MODELLO TEORICO

- La valutazione del contesto, benché non sia solitamente effettuata con misure standardizzate, è una componente necessaria del giudizio clinico ed è essenziale per la comprensione del funzionamento individuale

10° revisione della concezione del ritardo mentale AAMR - 2002

Definizione operativa: **Sostegni**

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.

ndr: non compaiono i termini: terapia, trattamento

MODELLO TEORICO

- Esempio di modificazione clamorosa indotta dalla modificazione del macrosistema : le bambine cieche di Romagnoli

Esempio di modificazione positiva indotta dalla modificazione del mesosistema:

la storia di Alessandro

Il caso di Alessandro: "La miccia della assistenza"

Narrazione / Punti di discussione

* Primo incontro – 1998:

•***condotta medica:*** - escludere ipotiroidismo

•***condotta psichiatrica*** : - considerare una diagnosi differenziale con Depressione / Demenza

•***indicazione "riabilitativa"*** : inviarlo al servizio sociale per riesaminare la qualità delle proposte che gli sono state fatte (lavoro), tempo libero

* 1998 – 2003: i genitori cercano altri specialisti; questi propongono terapie antidepressive;
problema non risolto; effetti collaterali; su quale ipotesi operano questi specialisti

Il caso di Alessandro: "La miccia della assistenza"

* Secondo incontro: valutazione psicodiagnostica; relazione scritta; obiettivo dichiarato ai genitori (forzare una modificazione delle proposte di lavoro e tempo libero)

* Esito molto positivo: lavoro, relazioni , sospensione della terapia antidepressiva; genitori socialmente attivi

Quale miccia accende l'assistenza ? …

10° revisione della concezione del ritardo mentale AAMR - 2002-

Funzione	Obiettivi
Diagnosi	Stabilire l'idoneità per: servizi, benefici (assistenza), tutela legale
Classificazione ricerca	Categorizzazione ai fini di: rimborso o finanziamento del servizio, scientifica , servizi , comunicazione delle specifiche caratteristiche selezionate
Programmazione dei sostegni	*Migliorare gli esiti personali* : indipendenza, relazioni, contributi, partecipazione nella scuola e nella comunità, benessere personale

MODELLO PER LA DIAGNOSI , LA CLASSIFICAZIONE E LA PROGRAMMAZIONE DEI SOSTEGNI

I SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE AAMR

Confronto AAMR 2002 / ICD 9 - 10

- Classificazione internazionale delle malattie(ICD – 9) (WHO, 1977): è in uso negli USA
- Vi è una versione modificata (ICD-9-CM) (Medicode, 1998)
- Classificazione internazionale delle malattie e dei problemi sanitari collegati (ICD-10) (WHO, 1993): utilizzabile in USA solo dal 2004

CODIFICA ICD-10 per il ritardo mentale (F70 – F79)

- Una condizione di sviluppo cognitivo interrotto o incompleto, che è caratterizzata soprattutto da compromissione delle abilità, che si manifesta durante il periodo evolutivo, abilità che contribuiscono al livello globale dell' intelligenza, cioè, capacità cognitive, linguistiche, motorie e sociali.
- Il ritardo può presentarsi con o senza altre condizioni mentali o fisiche.
- Il grado di ritardo mentale è valutato convenzionalmente per mezzo di test standardizzati d'intelligenza, i quali *possono essere completati da scale che valutano l'adattamento sociale in un dato ambiente.*
- Queste misure forniscono una indicazione approssimativa del grado di ritardo mentale.
- La diagnosi dipenderà anche dalla valutazione globale del funzionamento intellettivo da parte di un clinico specializzato.
- *Capacità intellettive e adattamento sociale possono modificarsi nel corso del tempo e , anche se di poco , possono migliorare come risultato di training e riabilitazione.* La diagnosi dovrebbe essere basata sul livello di funzionamento attuale …"

CODIFICA ICD-10 per il ritardo mentale (F70 – F79)

Critiche:

- uso di termini arcaici e stigmatizzanti: subnormalità mentale, deficienza mentale (ICD-9)
- categorizzazione sulla sola base del QI; valutazione dell'adattamento: facoltativa

CODIFICA ICD-10 per il ritardo mentale (F70 – F79)

Osservazioni:

- l'ICD-10 non è un manuale diagnostico approfondito, ma un sistema per assegnare codici statistici per identificare condizioni di salute
- non deve essere inteso e non è appropriato per la valutazione di obiettivi o per la determinazione di sostegni

Confronto AAMR 2002 / ICF

ICF

- Classificazione internazionale del funzionamento,della disabilità e della salute (ICF)(WHO, 2001); è una evoluzione della International Classification of Impairments, dDisabilities and Handicaps (ICDH)(WHO, 1980)

- E' un membro di una famiglia di classificazioni OMS collegate alla salute; è complementare all'ICD – 10

Confronto AAMR 2002 / ICF

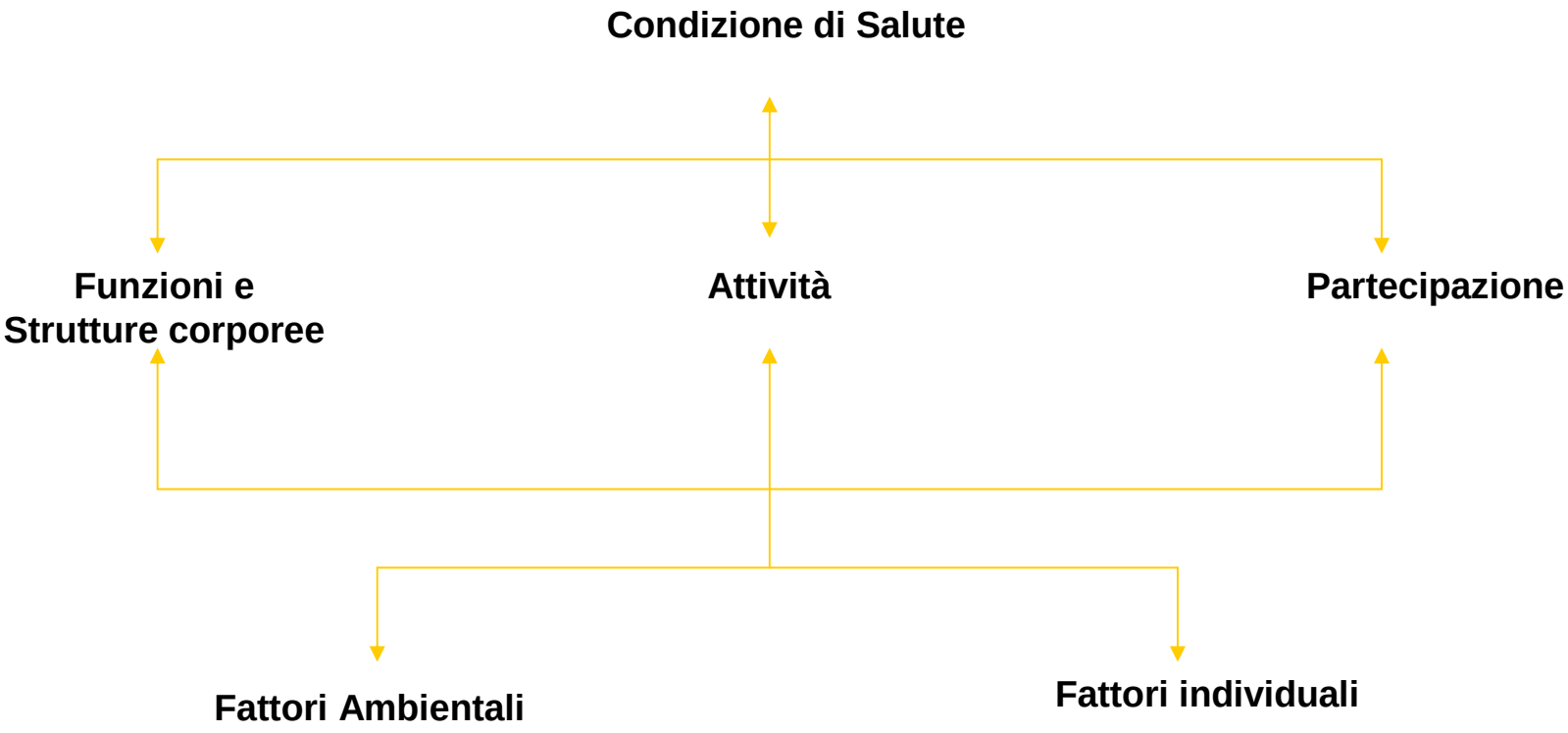
ICF

Scopi

Fornisce :

- una struttura concettuale per la comprensione degli stati di funzionamento e disabilità correlati alla salute
- un linguaggio comune per migliorare la comunicazione sulla disabilità
- un sistema di classificazione e di codifica sistematica che permette confronti statistici di dati
- = non è di per sé un mezzo di valutazione; è uno strumento concettuale generale per creare modelli di disabilità e uno strumento di classificazione rivolto principalmente a scopi statistici.

ICF
(Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute)
OMS 2001



DISABILITA'

= *"condizione di salute in un ambiente sfavorevole "*

(www.segretariatosociale.rai.it)

Analogie e differenze tra il sistema AAMR 2002 e il modello ICF del funzionamento, della disabilità e della salute

Analogie

- entrambi focalizzano il funzionamento umano nel suo insieme
- il *funzionamento* è definito come *l'interazione persona – ambiente a diversi livelli* (fisiologico, psicologico e sociale), il che colloca entrambi i sistemi nel regno della teoria ecologica
- entrambi hanno un background multiparadigmatico (biopsicosociale)
- hanno modelli compatibili sui processi
- c'è congruenza tra le aree delle abilità adattive e i domini di Attività e Partecipazione
- condividono un approccio comune alla valutazione del funzionamento della persona nel suo insieme , all'interno del contesto sia delle capacità della persona sia delle aspettative e delle risorse di sostegno dell'ambiente

Analogie e differenze tra il sistema AAMR 2002 e il modello ICF del funzionamento, della disabilità e della salute

Differenze

- l'ICF è un modello generale di disabilità, mentre il sistema AAMR è specifico per il ritardo mentale
- l'ICF riflette una visione professionale obiettiva di funzionamento e disabilità, mentre il sistema AAMR 2002 include aspetti soggettivi del funzionamento (per esempio, valutazione personale, soddisfazione personale e un forte orientamento verso i sostegni)
- l'ICF è stato costruito come risultato di procedure di consenso che coinvolgono il punto di vista internazionale professionale e degli utenti su disabilità e funzionamento. In aggiunta alla consultazione sul campo, il sistema AAMR 2002 è più orientato verso l'inclusione di punti di vista empiricamente valicati all'interno del modello concettuale di ritardo mentale

ICF nella cultura USA

La rilevanza dell'ICF per la valutazione della disabilità è stata riconosciuta dalla American Psychological Association (APA) nel suo progetto di collaborazione con l'OMS

→ ***Procedural Manual and Guide for a Standardized Application of the ICF (Cohen, 2001)***

= le categorie di classificazione delle varie parti dell'ICF possono servire come checklist (supplementare) per i clinici nel processo di valutazione e come struttura organizzativa per lo sviluppo di strumenti e metodi futuri di valutazione

= l'uso dell'ICF come un aiuto alla valutazione … dovrebbe essere sempre effettuato con grande discrezione professionale

Confronto AAMR 2002 / DSM-IV

Cronistoria

- La prima Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD –6) (WHO, 1948) ha una sezione separata per i disturbi mentali

  → variante ICD-6 = DSM – I (American Psychiatric Association, 1952)

- Sviluppo successivo ICD – DSM coordinato:

  DSM - II (1968) - ICD – 8 (1969)

  DSM – III (1980)* - ICD – 9(1977)

  (* criteri diagnostici e sistema di classificazione multiassiale non presenti nell'ICD)

  DSM-III-R (1987) – ICD-9-CM (Medicode, 1998)

  DSM-IV (1994) – ICD 10 (1993)**

  (** non è stato applicato negli USA fino al 2004)

Confronto AAMR 2002 / DSM-IV

DSM-IV e AAMR del 1992:

Analogie:

- funzionamento intellettivo significativamente inferiore alla media
- limitazioni nelle abilità adattive
- insorgenza prima dei 18 anni
- punteggi di cutoff simili
- limitazioni significative in 2 delle 10 aree di abilità adattive

Confronto AAMR 2002 / DSM-IV

Differenze:

- Il DSM-IV mantiene una classificazione di gravità basata sul QI; questa classificazione risale alla V edizione del manuale AAMR su terminologia e classificazione (**Heber, 1959**).

- I range di QI e le descrizioni o etichette che li accompagnano (lieve, moderato, grave e gravissimo) **sono basati sui range di deviazione standard** (da 2 a 5 +) sotto il punteggio teorico medio di QI di 100

Confronto AAMR 2002 / DSM-IV

DSM-IV e criterio di esclusione

Il DSM-IV sostiene che per la diagnosi di ritardo mentale non si applica il criterio di esclusione = la diagnosi dovrebbe essere formulata se si raggiungono i tre criteri di base, indipendentemente da e in aggiunta all'identificazione di alti disturbi.

Esempio: la diagnosi di Disturbo Generalizzato dello Sviluppo non preclude una diagnosi di ritardo mentale

EVOLUZIONE DELLA DEFINIZIONE DI RITARDO MENTALE AAMR

Destino sociale

- Tredgold 1908
- Tredgold 1937 → Incurabilità = **predestinazione** dovuta ai limiti intellettuali /infallibilità misura QI /
- Doll 1941 → pratiche di eugenetica
- Heber 1959
- Heber 1961
- Grossman 1973
- Grossman 1983
- Luckasson e coll. 1992 → " … il ritardo mentale è una definizione del funzionamento attuale … e il funzionamento generalmente **varia** lungo il corso della vita di una persona …"
- Luckasson e coll. 2002

EVOLUZIONE DELLA DEFINIZIONE DI RITARDO MENTALE AAMR

Comportamento adattivo

- Tredgold 1908
- Tredgold 1937
- Doll 1941
- Heber 1959 → prima inclusione nei criteri; concetto considerato poco chiaro = di difficile misura; rischio di falsi positivi;
- Heber 1961
- Grossman 1973 → diventa criterio essenziale per la diagnosi;
- Grossman 1983
- Luckasson e coll. 1992 → il concetto di comportamento adattivo è sostituito dalla descrizione di 10 aree; 2 devono essere deficitarie; possibile miglioramento in relazione a qualità e numero di sostegni; è possibile una diagnosi – casi rari -

criterio:

dell'ambiente

uscita dalla

- Luckasson e coll. 2002

EVOLUZIONE DELLA DEFINIZIONE DI RITARDO MENTALE AAMR

Livelli di ritardo mentale

1877 – **Field e Sanchez** (1999): sono coniati i termini "idiozia" e "imbecillità", sulla base della presenza o meno del linguaggio

- **Tredgold** 1908

1910 : Committee on classification of feeblemindedness: divise le persone "deboli di mente" in "moroni", "imbecilli", "idioti"; " … i punteggi di età mentale venivano dunque a sostituire le prassi precedenti , in base alle quali per prevedere le Capacità di una persona si misurava forma e dimensione del cranio …"; critica a questa continuità: Rapley, 2004

- **Tredgold** 1937
- **Doll** 1941

1952 : DSM – I : descrive categorie di ritardo mentale basato sul QI ; la stessa suddivisione rimane nelle classificazioni AAMR fino al 1983

- **Heber** 1959 → livelli di ritardo mentale basati sul QI
- **Heber** 1961
- **Grossman** 1973
- **Grossman** 1983
- **Luckasson e coll.** 1992 → abbandona i livelli di ritardo mentale basati su punteggi di QI perché: A. non tengono conto delle capacità adattive ; B. la misura del QI è meno affidabile agli estremi della scala; C. "ritardo mentale lieve" = condizione di considerevole svantaggio = il termine è fuorviante ; D. la classificazione delle persone ha spesso sollecitato circuiti di insegnamento e di assistenza differenziati. *Uso dei punteggi di QI solo per diagnosticare non per classificare* .
- Luckasson e coll. 2002

EVOLUZIONE DELLA DEFINIZIONE DI RITARDO MENTALE AAMR

Rapley, 2004

=

la condizione del ritardo mentale lieve non è una condizione della natura ma una costruzione della cultura = un prodotto della curva gaussiana di distribuzione dei punteggi di QI

AAMR: diagnosticare e classificare

diagnosticare: stabilire se il funzionamento di una persona soddisfa i criteri che intercettano la condizione del ritardo mentale

classificare: descrivere le caratteristiche del funzionamento di una persona in 5 aree (capacità intellettive, comportamento adattivo, partecipazione - interazioni - ruoli sociali, salute, contesto)

scopo: multipli e differenziati

EVOLUZIONE DELLA DEFINIZIONE DI RITARDO MENTALE AAMR

Cutoff del valore del QI

- Tredgold 1908
- Tredgold 1937
- Doll 1941
- Heber 1959
- Heber 1961 → più di una DS al di sotto della media (teoricamente il 16 % della popolazione)
- Grossman 1973 → più di due DS al di sotto della media (teoricamente il 3% della popolazione)
- Grossman 1983 → considera gli errori di misurazione del valore del QI : rml : range di QI da 50-55 a 70-75 ; rmm :
- range di QI da 35-40 a 50-55
- Luckasson 1992
- e coll.
- Luckasson 2002
- e coll.

AAMR: DAL 1992 AL 2002

1992 : valutazioni positive

- ✓ elevata consapevolezza della necessità di sostegni; cessata focalizzazione sulla compromissione
- ✓ passaggio da una concettualizzazione globale di comportamento adattivo all'idea di aree di abilità adattive = modo di guidare i valutatori alla considerazione di sottoabilità diverse dalle abilità scolastiche
- ✓ le organizzazioni di consumatori sono state consultate e hanno apprezzato la classificazione

AAMR: DAL 1992 AL 2002

1992: valutazioni negative

Mancata adozione:

mancata adozione delle idee nuove; meno dell'1% degli studi sul ritardo mentale (Polloway e coll., 1999) utilizza la classificazione

motivi:

necessità di nuovi mezzi per valutare le capacità adattive; la adozione di una classificazione basata sui livelli di sostegno richiede una terminologia nuova, non ancora esistente; i PEI per i bambini e i programmi di abilitazione individualizzati per adulti sono già sufficienti?

Letteratura scientifica

- *eliminazione dei livelli di gravità*: non accettato da tutti
- *sostituzione livello di gravità/livelli di sostegno*: livelli di sostegno: privi di precisione, soggettivi, inattendibili = mancanza di qualità psicometria;
  - nota: i livelli di sostegno non sono stati concettualizzati per essere" prodotti statisticamente misurati", ma per essere " elementi personalizzati , individualizzati e tagliati su misura per le necessità del bambino e/o della famiglia "
- *imprecisioni nell'uso delle abilità di comportamento adattivo e nella loro misura*: le 10 abilità adattive sono "costrutti artificiali" = non sono state determinate empiricamente; il criterio di limitazioni significative in 2 o più aree non è valido, probabilmente, per tutte le età

Letteratura scientifica

-***soggetti con "ritardo mentale lieve"***:

* eliminando i livelli di gravità la definizione del 1992 ha rimosso la categoria del ritardo mentale

lieve (75 – 89 % della popolazione)

* di fatto le scuole preferiscono la dizione disabilità di apprendimento = evitano lo stigma
* le persone con ritardo mentale lieve presentano problemi diversi nel funzionamento quotidiano da quelle con ritardo mentale moderato = dovrebbero essere classificate in modo diverso

-***sovrarappresentazione delle minoranze***: posto cut-off = 75, il 18.4% dei bambini neri e il 2,62 % di bambini bianchi hanno ritardo mentale

-***eterogeneità della popolazione***: causa eziologica: si identifica nel 25-40% dei soggetti con ritardo mentale lieve ; nel 60-75% dei soggetti con ritardo mentale moderato – gravissimo; lievi e moderati - gravi hanno traiettorie evolutive distinte , modi diversi di apprendimento e adattamento: è utile ai loro interessi eliminare i criteri di differenziazione ?

RITARDO MENTALE LIEVE - LIVELLI DI GRAVITA' - ETICHETTE

Natura arbitraria del cut – off

... il costrutto di ritardo mentale è utile soprattutto in quanto permette alle persone di ottenere servizi e sostegni di cui spesso hanno estremo bisogno.

Ma ciò rappresenta una finzione, in quanto **non vi è alcuna giustificazione che possa far credere che esista una sorta di "linea magica" (creata da un fattore unico determinabile soltanto dal punteggio di un test)** che divide coloro *che presentano questa condizione da coloro che ne sono immuni ...*

(Greenspan, 2003)

Necessità di nuove terminologie

Proposte:

* definire in modo diverso il gruppo dei lievi (es.: compromissione cognitiva?; disabilità generale di apprendimento?)

* mantenere le categorie ritardo mentale moderato e grave in presenza di una compromissione organica

* eliminare la categoria "gravissimo"

* basare le categorie su criteri funzionali ecologici e non sul QI

Carmine Letta

Inchiesta Agraria. Memoria sulle condizioni dell'Agricoltura e della classe agricola riflettente il circondario di Avezzano per l'Ingegnere Agrario Carmine Letta corredata di notizie storiche antiche e contemporanee sul prosciugamento del Lago Fucino.

Edito a Milano presso la tipografia Pietro Daverio, 1884.
(Adelmo Polla Editore, Luglio 2003)

Circondario di Avezzano

Popolazione complessiva: 98971 – M.: 48100; F : 50871

Infermità:
Ciechi da ambo gli occhi – dalla nascita e dopo: M: 49; F: 35

Sordomuti – dalla nascita e dopo: M: 58; F: 32

Mentecatti, imbecilli o scemi di mente: M: 55; F: 26;
Tot. = 81 = **0.08 %**

MULTIDIMENSIONALITA' DEL RITARDO MENTALE

I contenuti della CLASSIFICAZIONE

Le caratteristiche del funzionamento della persona con ritardo mentale si considerano distribuirsi in 5 dimensioni; la descrizione di queste caratteristiche costituisce una operazione di classificazione:

- **DIMENSIONE I:** Capacità intellettive
- **DIMENSIONE II:** Comportamento adattivo (abilità concettuali, sociali e pratiche)
- **DIMENSIONE III:** Partecipazione, interazioni e ruoli sociali
- **DIMENSIONE IV:** Salute (salute fisica, salute mentale e fattori eziologici)
- **DIMENSIONE V:** Contesto (ambienti e cultura)

DIMENSIONE I:
Capacità intellettive

L'intelligenza è una facoltà mentale generale che comprende ragionamento, programmazione, risoluzione di problemi (problem solving), pensiero astratto, comprensione di idee complesse, apprendere rapidamente e apprendere dall'esperienza …

… al momento i dati empirici indicano decisamente che il funzionamento intellettivo può essere spiegato nel modo migliore da un fattore di intelligenza generale …

Implicazioni:

* la misurazione dell'intelligenza può avere rilevanza diversa, a seconda che sia considerata ai fini della diagnosi o della classificazione

* per quanto molto imperfetti, i punteggi di QI, se sono ottenuti da strumenti di valutazione appropriati, sono ancora la misura che meglio rappresenta il funzionamento intellettivo

DIMENSIONE II:
Comportamento adattivo

Il comportamento adattivo è composto da tre gruppi di fattori:

a) Abilità cognitive, di comunicazione e scolastiche (cioè abilità concettuali)
b) Abilità di competenza sociale (abilità sociali)
c) Abilità di indipendenza (cioè abilità pratiche)

Esempi di abilità adattive concettuali , sociali e pratiche

Concettuali

* Linguaggio (ricettivo ed espressivo)
* Lettura e scrittura
* Concetto di denaro
* Autonomia decisionale

Esempi di abilità adattive concettuali , sociali e pratiche

Sociali

* Abilità interpersonali
*Responsabilità
*Autostima
*Raggirabilità – probabilità di essere ingannato o manipolato
*Inesperienza
*Capacità di seguire le regole
*Rispetto della legge
*Capacità di evitare la vittimizzazione

Esempi di abilità adattive concettuali , sociali e pratiche

Pratiche:

*** Attività di vita quotidiana**

- Alimentazione
- Spostamenti / mobilità
- Igiene personale
- Capacità di vestirsi

*** Attività strumentali di vita quotidiana**

- Preparazione del pasto
- Lavori domestici
- Trasporti
- Assunzione di farmaci
- Gestione del denaro
- Uso del telefono

***Abilità lavorative**

***Mantenimento della sicurezza ambientale**

Relazione tra Capacità intellettive e Comportamento adattivo

… il comportamento adattivo è un costrutto distinto ma in relazione ("relazione con distinzione") con quello dell'intelligenza così come viene misurata dai classici test …

… il grado di relazione:

- *diminuisce con l'età*
- *è maggiore nelle persone con ritardo mentale rispetto ai normodotati*
- *è marcato solo nelle situazioni di inefficienza intellettuale grave/gravissima*

significato:

***** importanza dei fattori non – intellettivi per l'adattamento***

***** importanza delle effettive opportunità di sviluppo***

Fonte:

Sparrow, Balla, Cicchetti: Vineland Adaptive Behavior Scales, 1984

La misura della Efficienza Intellettuale più diffusa nel mondo

(il test di Wechsler)

- ha una precisa origine storica (1939)
- fornisce una ***misura "molare"*** del funzionamento
- prescinde da una definizione astratta dell'intelligenza
- si basa su una ***concezione empirica*** dell'intelligenza come aggregato di abilità differenti – del tutto sovrapponibile a quella adottata da Binet e Simon (1905)
- ha una ***finalità amministrativa***
- indica la ***distanza della prestazione del soggetto dalla media*** (non indica il significato di questa distanza)
- pone una distinzione tra normalità e patologia su una ***base arbitraria***

La misura della Efficienza Intellettuale più diffusa nel mondo (il test di Wechsler)

Significato:

***** permette una previsione grossolana (oppure ovvia?) del livello di necessità assistenziali nell'arco della vita***

***** non presume di costituire una valutazione esaustiva del funzionamento intellettuale = richiede implicitamente la necessità di una esplorazione pedagogica complementare***

Fonte:

Matarazzo, Wechsler's measurement and appraisal of adult intelligence, The Williams & Wilkins Company, 1972 (5° edizione; 1° edizione: 1939)

Misura di efficienza intellettuale e altre dimensioni della personalità (es. :empatia)

= un esempio clamoroso di dissociazione

Jason Brent

"… la società deve abituarsi all'idea che bisogna eliminare i vecchi, i deboli, gli stupidi e gli inefficienti …"

John Evans

" … i senzatetto sono nella vasta maggioranza troppo stupidi , infingardi, pazzi o antisociali per guadagnarsi la vita: come i gattini abbandonati, dovrebbero essere uccisi in maniera umana…"

Tratto da : Bollettino Mensile "Mensa" = **Associazione che riunisce gli americani con massimo**

Quoziente Intellettivo

Fonte : Famiglia Cristiana , N° 4 , 1995

DIMENSIONE III:
Partecipazione, interazioni e ruoli sociali

Gli ambienti sono visti come specifici setting nei quali una persona vive, impara gioca, lavora, socializza e interagisce. Ambienti positivi favoriscono la crescita, lo sviluppo e il benessere della persona. Per le persone con ritardo mentale questi ambienti positivi sono costituiti da settino tipici per le persone della loro età e che risultano conformi alla diversità culturale e linguistica di ogni persona

DIMENSIONE III:
Partecipazione, interazioni e ruoli sociali

Partecipazione e interazioni

Partecipazione e interazioni possono essere studiate nel modo migliore attraverso l'osservazione diretta del coinvolgimento nelle attività quotidiane … Il punto centrale delle osservazioni dirette è costituito dall'interazione della persona con il suo ambiente, sociale e materiale. Il comportamento che riflette il funzionamento adattivo è caratterizzato dalla misura in cui la persona è impegnata attivamente – si dedica, interagisce, partecipa – all'ambiente.

Riferimento:

Felce (2000). ***Engagement in activity as an indicator of quality of life***. In Cross-cultural perspectives on quality of life. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

DIMENSIONE III:
Partecipazione, interazioni e ruoli sociali

Ruoli sociali

Lo status di ruolo si riferisce a una serie di attività, riconosciute socialmente, che possono essere considerate "normative" per uno specifico gruppo di età

DIMENSIONE IV: Salute
(salute fisica, salute mentale e fattori eziologici)

Per le persone con ritardo mentale, gli effetti della salute fisica e mentale sul funzionamento ***variano su un continuum, da molto facilitanti e molto limitanti***

DIMENSIONE V: Contesto (ambienti e cultura)

Il contesto descrive il complesso delle condizioni in cui le persone vivono quotidianamente.

L'AAMR assume la posizione ecologica di Bronfenbrenner:

contesto = microsistema + mesositema + macrosistema.

Fornisce opportunità e promuove il benessere.

DIMENSIONE V: Contesto
(ambienti e cultura)

Fornire opportunità

Opportunità = situazioni che permettono a una persona di crescere e svilupparsi.

Implicano:

* presenza comunitaria (la condivisione dei normali luoghi che definiscono la vita della comunità)
* scelta (l'esperienza di autonomia, di controllo e decisionale)
* competenze (l'opportunità di apprendere e compiere attività funzionali e significative)
* rispetto (la possibilità reale di avere un ruolo apprezzato nella comunità)
* partecipazione alla collettività (l'esperienza di essere parte di una rete crescente di familiari e amici)

DIMENSIONE V: Contesto
(ambienti e cultura)

Promuovere il benessere

Benessere – ndr: e Qualità della Vita - sono concetti multidimensionali – Schalock: comprendono dimensioni come:

*stimolazione cognitiva e di sviluppo
*salute
*sicurezza personale
*confort materiale
*sicurezza finanziaria
*attività comunitarie e civiche
*tempo libero e ricreativo
*lavoro interessante, remunerativo e appagante

SOSTEGNI E LORO APPLICAZIONE ALLE PERSONE CON RITARDO MENTALE

secondo il documento AAMR – 2002-

Rassegna generale **(a)**

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 …

Sebbene il concetto do sostegno non sia nuovo, ciò che rappresenta la novità è la convinzione secondo la quale una accorta applicazione dei sostegni può ***migliorare le capacità funzionali*** di soggetti con ritardo mentale …

Rassegna generale **(a)**

Cultura psicologica – concetto di sostegno:

nozione di sviluppo prossimale (Vygotsky): confini: compiti che una persona è in grado di svolgere in modo autonomo e compiti che una persona è in grado di svolgere se aiutato da una persona più capace

Cultura sociale – concetto di sostegno:

comunitarismo/ egualitarismo = affermazione dei diritti di tutti nella società allargata

Rassegna generale (b)

Aspetti essenziali:

- il funzionamento personale è il risultato dell'interazione tra i sostegni e le dimensioni delle Capacità Intellettive, del Comportamento adattivo, della Partecipazione, della interazioni e dei ruoli sociali, della salute e del contesto

- l'obiettivo principale nel fornire sostegni a persone con ritardo mentale è quello di potenziare la loro riuscita personale in termini di indipendenza, relazioni, contributi, partecipazione nella scuola e nella comunità e benessere personale

- la valutazione della necessità di sostegni può avere rilevanza diversa , a seconda che sia considerata ai fini della classificazione o della programmazione dei sostegni

- i servizi sono un tipo di sostegno fornito da professionisti ed enti

MODELLO DEL SOSTEGNO PER PERSONE CON RITARDO MENTALE

-Capacità e abilità adattive della persona

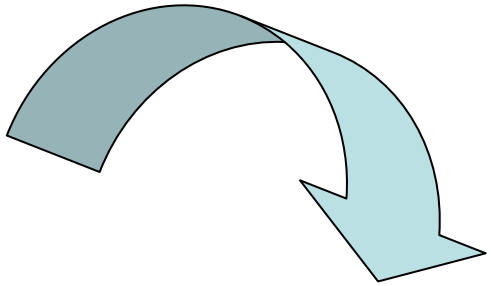
-Fattori di rischio/ fattori Protettivi

-Partecipazione agli ambienti di vita (bisogni e richieste)

MODELLO DEL SOSTEGNO PER PERSONE CON RITARDO MENTALE

Aree di sostegno

* sviluppo della persona
* insegnamento ed educazione
* vita nell'ambiente domestico
* vita nella comunità
* occupazione
* salute e sicurezza
* comportamento
* socializzazione
* protezione e tutela sociale



→ intensità del bisogno di sostegno

MODELLO DEL SOSTEGNO PER PERSONE CON RITARDO MENTALE

Funzioni del sostegno

* insegnamento
* favorire i legami tra le persone
* programmazione finanziaria
* assistenza sul lavoro
* sostegno comportamentale
* assistenza nell'ambiente domestico
* accesso e utilizzo dei servizi della comunità
* assistenza sanitaria

→ fonte del sostegno

→ intensità del bisogno di sostegno

MODELLO DEL SOSTEGNO PER PERSONE CON RITARDO MENTALE

Esiti personali

* indipendenza
* creazione di relazioni
* contributi personali
* partecipazione scolastica e alla vita di comunità
* benessere personale

→ valutazione dei sostegni

OPERAZIONALIZZAZIONE DEI SOSTEGNI

* **Definizione**
* **Fonti**
* **Funzioni**
* **Intensità**

* DEFINIZIONE

… 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 …

OPERAZIONALIZZAZIONE DEI SOSTEGNI

* FONTI

- **Sostegni naturali** (includendo se stessi e le altre persone): risorse provenienti dall'interno dell'ambiente

- **Sostegni basati sui servizi**: insegnanti, professionisti del campo della salute e dell'abilitazione, personale ausiliario o professionale, volontari

OPERAZIONALIZZAZIONE DEI SOSTEGNI

*** FUNZIONI**

Alle 8 funzioni corrispondono **"attività tipiche"**:

esempio:

Funzione Accesso e utilizzo dei Servizi della Comunità : Attività tipiche:

Programma di carpooling (uso condiviso dell'auto); training per il trasporto; abilità di protezione personale; coinvolgimento ricreativo / del tempo libero; opportunità di prendere coscienza della comunità; modificazione dei veicoli; opportunità di fruizione della comunità e interazione con enti generici; abilità di protezione della persona

OPERAZIONALIZZAZIONE DEI SOSTEGNI

*** INTENSITA'**

Varia tra le persone, le situazioni e le fasi della vita.

Tipi di intensità

* **Intermittenti**: "sulla base di quando serve "= natura episodica; a breve termine (es.: nei periodi di transizione: perdita di lavoro …)

* **Limitati**: es.: formazione per il lavoro circoscritta nel tempo

* **Estensivi**: impegno regolare – es: quotidiano; in almeno alcuni ambienti (es: la scuola, il lavoro …);di natura non limitata nel tempo (es-: sostegno a lungo termine nella gestione della casa)

* **Generalizzati**: sostegni caratterizzati da continuità intensità elevata, erogazione in ambienti diversi, la cui natura è potenzialmente di sostegno per la vita

PROCESSO DI VALUTAZIONE E PROGRAMMAZIONE DEI SOSTEGNI

Fase 1: Identificare le aree di sostegno rilevanti

Fase 2: Identificare le attività di sostegno rilevanti per ciascuna area di sostegno

Fase 3: Valutare il livello o l'intensità dei sostegni necessari

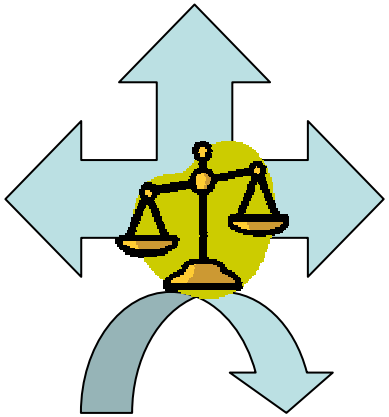
Fase 4: Stendere un programma di sostegni individualizzato che rispecchi la persona

Psicopatologia dello Sviluppo

***(“The Domain of Developmental Psychopathology”, L.A. Stroufe, M. Rutter, 1984*)**

Valutazione del FUNZIONAMENTO e della qualità di ADATTAMENTO dell’individuo alla sua situazione di vita

Fattori di Vulnerabilità



Fattori di Protezione

Percorsi Comportamentali

ADATTIVI

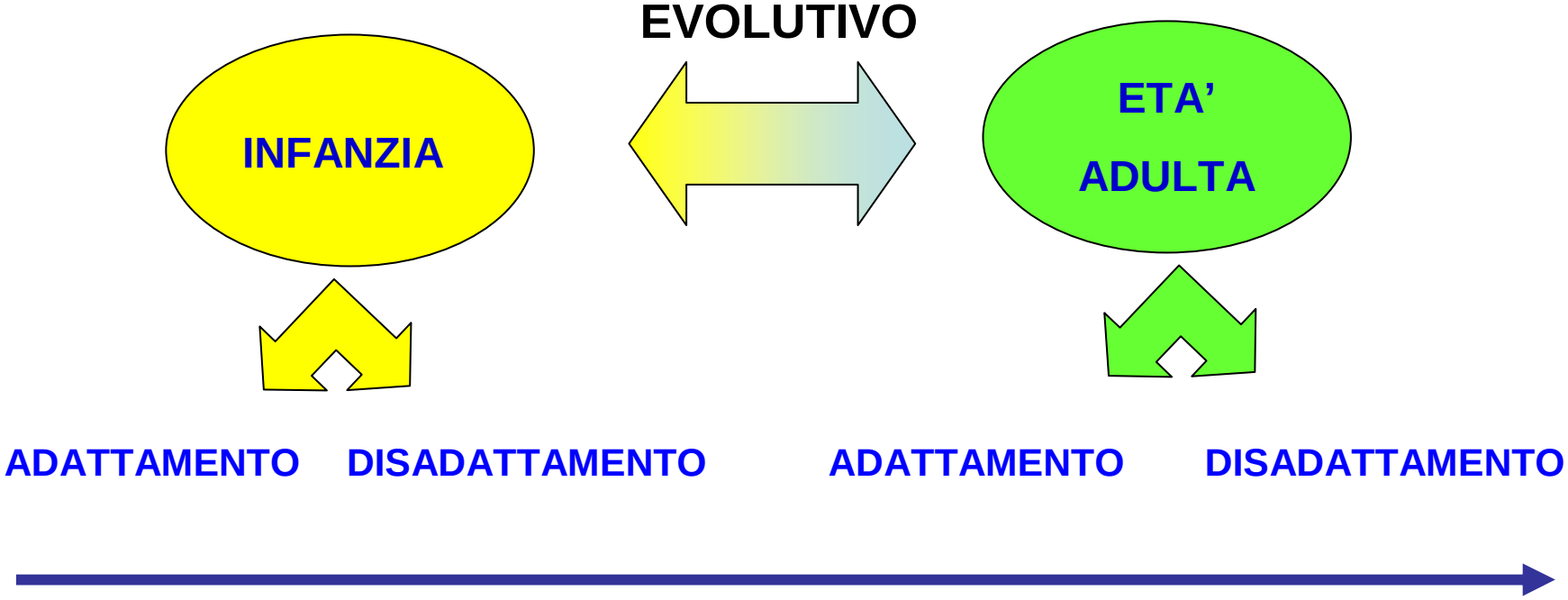
DISADATTIVI

Psicopatologia dello Sviluppo

("The Domain of Developmental Psychopathology", L.A. Stroufe, M. Rutter, 1984)

Concetto cardine:

CONTINUITA' del MODELLO EVOLUTIVO



Itinerari di Sviluppo: Equifinalità, Multifinalità, Resilience