



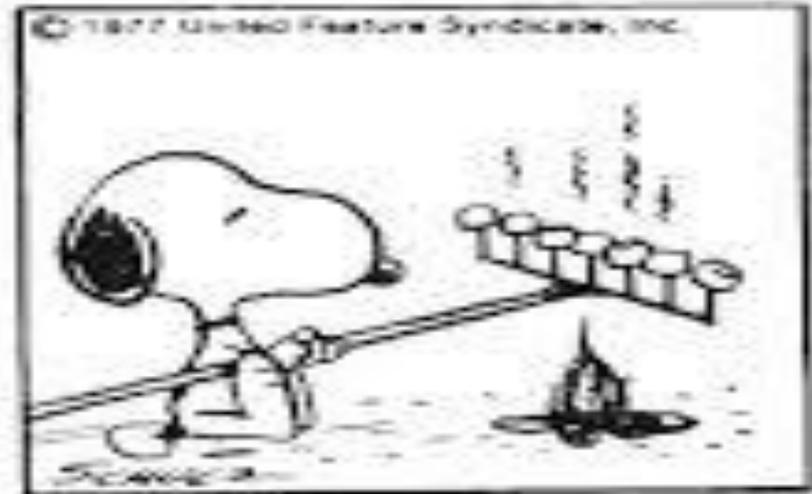
*UNIVERSITÀ G. D'ANNUNZIO DI  
CHIETI-PESCARA*

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE  
**I DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO IN ETA'  
SCOLARE: VALUTAZIONE ED INTERVENTO  
( M-PSI/04) CFU 6**

**LEZIONE: IL FUNZIONAMENTO INTELLETTIVO LIMITE  
FIL**

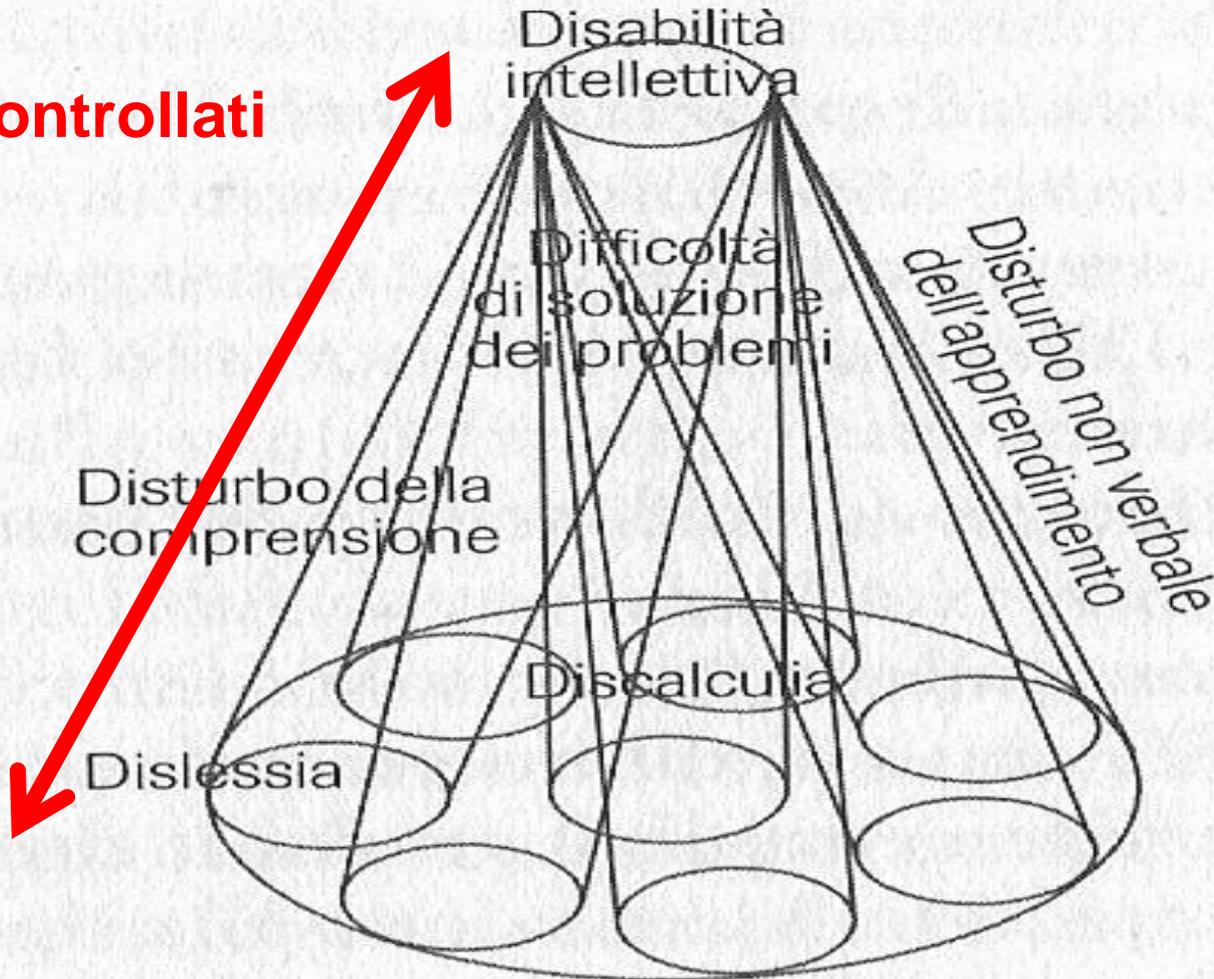
Docente: Di Campi Irene  
[irenedicamp@gmail.com](mailto:irenedicamp@gmail.com)  
[www.irenedicamp.com](http://www.irenedicamp.com)

**L'INTELLIGENZA E' LA CAPACITA' DI ESAMINARE IL PROBLEMA A LIVELLO MENTALE E METTERE ALLA PROVA LE POSSIBILI SOLUZIONI, PRIMA DI PASSARE ALL'ATTO**  
(ZIGLER 1997, ANDERSON 2001)



Fattori  
Emotivo - Motivazionali

**controllati**

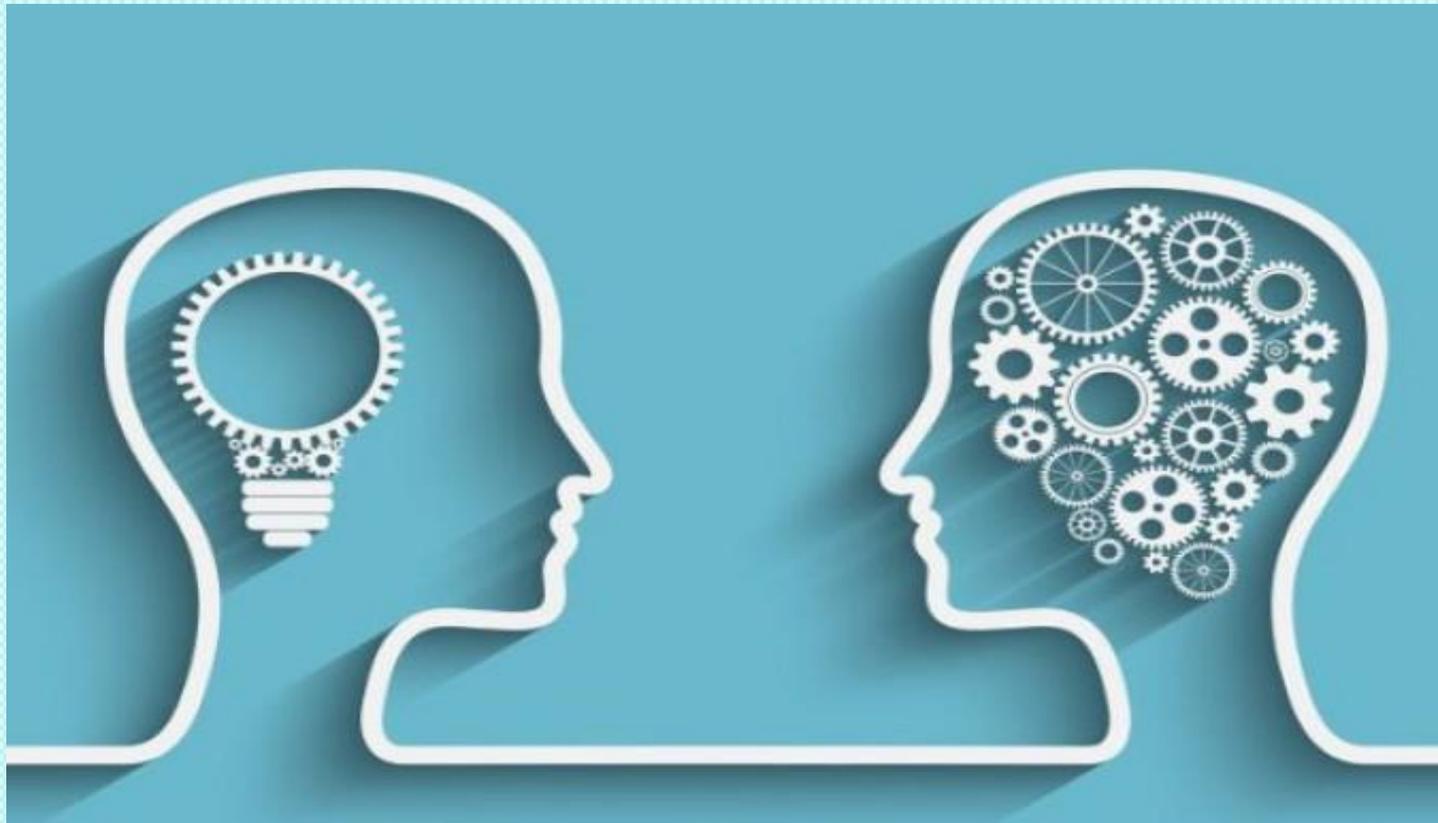


**automatici**

Esperienza

# FUNZIONAMENTO INTELLETTIVO LIMITE

NON E' UNA SINDROME MA UNA CONDIZIONE, UN  
“ESITO FINALE” di cause tra loro diverse.



## Fil

Se nel caso del ritardo mentale si specifica che non si tratta di semplici prestazioni cognitive basse, ma di prestazioni cognitive dovute a processi patologici che comportano inadeguato funzionamento del sistema nervoso centrale.

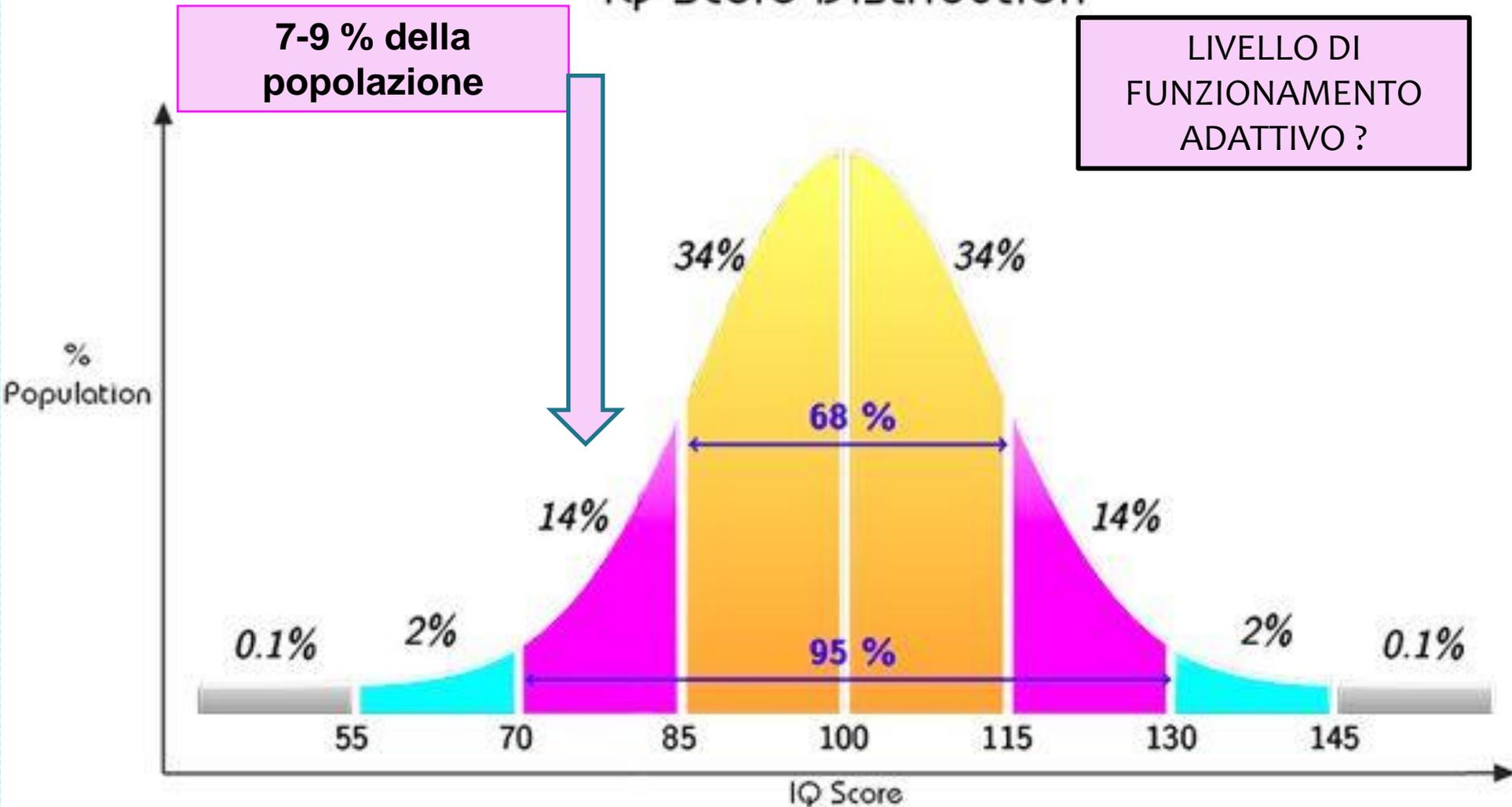
Nel caso del FIL, in genere, si presenta una condizione “normale” di funzionamento cognitivo basso, in assenza di danno genetico o biologico.



In altre parole ci limitiamo ad affermare che l'intelligenza, come molte altre variabili come il peso o l'altezza, si distribuisce in diversa intensità nella popolazione ( e la curva normale rappresenterebbe questa distribuzione).

# FIL = QIT 71 -84

## IQ Score Distribution



La diagnosi può essere formulata quando il QI è FRA 71 E 84; nella curva normale corrisponde a circa il 13%, ma nella letteratura internazionale troviamo stime dal 1 al 7 %



Si tratta di una specie di limbo tra normalità e ritardo mentale. Non si possiede molta letteratura in merito, anche il DSM IV Tr ( APA 2000) vi dedica poche righe, limitandosi a dire che questa diagnosi può essere formulata quando il QI è fra 71 ed 84. Con riferimento alla curva normale dovrebbero trovarsi in questa situazione circa il 13,6% della popolazione, cioè un individuo su 7, ma si tratta di una stima teorica, non confermata da accurate indagini.



Ivancich Biaggini in un'utile rassegna  
sull'argomento (2004) riporta stime di  
incidenza della letteratura internazionale  
oscillanti fra l'1 e il 7 %.



Ottenere un punteggio totale compreso tra 71 ed 84 alla misurazione dell'intelligenza, **non può rappresentare l'unico criterio diagnostico**, specie considerando l'ampia varietà nei punteggi dei sub test e quindi i diversi **profili di funzionamento**. Possono presentarsi casi in cui determinati punteggi siano buoni, nella norma e quindi indicativi di abilità specifiche buone. Va quindi considerato anche il profilo individuale.



Quando le abilità che un individuo deve mettere in campo fanno riferimento ad aree in cui le risorse sono buone e le aree deficitarie invece fanno riferimento ad aree che nel complesso possono essere ridimensionate nell'incidenza sul funzionamento adattivo si verifica il caso in cui pur con una dotazione intellettuale globale medio-bassa viene condotta una vita del tutto normale.



Anche se non espressamente citato nel DSM IV Tr  
sembra opportuno che la diagnosi di FIL venga  
effettuata anche con riferimento al criterio della  
presenza di **difficoltà di adattamento e  
dell'insorgenza prima dei 18 anni.**

**(osserviamo in particolare disadattamento  
scolastico)**

# CRITERI DIAGNOSTICI

- QIT compreso tra 71 ed 84
- Alcuni deficit nel funzionamento adattivo
- Insorgenza prima dei 18 anni

MANUALE

Sara S. Sparrow, David A. Balla e Domenic V. Cicchetti

**VINELAND**

Adaptive Behavior Scales

Intervista – Forma completa

Adattamento italiano a cura di  
Giulia Balboni e Luigi Pedrabissi

**GIUNTIO.S.**  
Organizzazioni Speciali

## VINELAND

NOTE: non calcolando le abilità motorie risulta un età mentale media di 8,5	Punteggio grezzo	Punteggio età equivalenti	Pun. QI di deviazione	Interv. di confi. 1%	Diff.sign. 1% APF= punto di forza APD= debolezza	Livello di funzionamento adattivo rispetto a soggetti con RM Lieve
		Tabelle B33 - B34-B37	B1-B25-B26	B27 B 28	B29 B30	B31 B32
ricezione	44	6;9	113	±6		> media
espressione	140	8,1	115	±3		> media
scrittura	50	10;2	119	±4		> media
<b>comunicazione</b>	<b>234</b>	<b>9;10</b>	<b>117</b>	<b>±2</b>	---	> MEDIA
personale	166	9.1	117	±3		> media
domestico	43	9;5	116	±4		> media
comunità	90	12;03	127	±3		> media
<b>Abilità quotidiane</b>	<b>299</b>	<b>10;11</b>	<b>121</b>	<b>±2</b>	APF	> MEDIA
relazioni interspers.	62	4;7	110	±5		In media
gioco e tempo libero	64	6;11	116	±4		> media
regole sociali	39	6;11	110	±5		In media
<b>Socializzazione</b>	<b>165</b>	<b>6;3</b>	<b>113</b>	<b>±3</b>	APD	> MEDIA
grossolane	80 ?	4;8	111	±4		In media
fini	58	5;1	112	±4		> media
<b>Abilità motorie-</b>	<b>138</b>	<b>4;11</b>	<b>112</b>	<b>±3</b>	APD	> MEDIA
<b>Somma dei punteggi QI di deviazione delle scale</b>			<b>463</b>			
<b>Scala composita</b>	<b>791</b>			<b>±</b>		<b>&gt; MEDIA</b>



Le casistiche con questo profilo possono avere etichette differenti, quella che viene usata in modo interscambiabile è di Borderline Cognitivo, ma si trovano anche diagnosi che mettendo l'accento sulle basse abilità scolastiche quali “slow learner”, “underachiever”, “Backward child” .

Si evince come i deficit vanno soprattutto a interferire con gli apprendimenti scolastici, lasciando le altre aree di vita con una sufficiente potenzialità di realizzazione personale autonoma.



L'assimilazione dei casi di FIL alla famiglia dei disturbi dell'apprendimento si giustifica per il fatto che comunque, a **fianco di abilità adattive sufficienti in molte aree, si presentano difficoltà scolastiche** e sono il problema più rilevante da affrontare. Queste risultano non solo migliorabili, ma anche affrontabili con le stesse metodiche applicate nei casi dei disturbi specifici.

# FIL non dovuto a processi patologici biologici o a svantaggio socioculturale

Si possono avere delle situazioni “naturali” di Fil, dovute a normali processi ereditari. Emerge che sia l’adattamento sociale che le prestazioni scolastiche sono “lievemente in ritardo”. Il profilo cognitivo risulta omogeneamente basso, senza punti di forza o di debolezza.

## ESAMINANDO IL PROFILO FUNZIONALE E LE PRESTAZIONI DEI SOGGETTI CON FIL EMERGE CHE:

La disfunzione è maggiore nelle aree del funzionamento cognitivo che richiedono più originalità e creatività, come il **ragionamento logico e le abilità metacognitive** ( Masi, Mareschi, Pfanner 1996; Capozzi et al 1994; Melogno e Becciu 1999) in particolare per la **consapevolezza ed il controllo strategico** (Vianello et al 1991).

- ❑ -LENTEZZA NELL'ACQUISIZIONE DELLE INFORMAZIONI
- ❑ - DIFFICOLTA' NEI PROCESSI CHE RICHIEDONO LIVELLI PIU' ELABORATI D' INTEGRAZIONE DELLE INFORMAZIONI
- ❑ - SCARSA CAPACITA' DI GERARCHIZZARE E DI PIANIFICARE LE AZIONI NECESSARIE PER LA SOLUZIONE DI UN COMPITO (PROBLEMA)
- ❑ - DEFICIT NELLA MEMORIA DI LAVORO ED , IN GENERALE, COMPITI PROCEDURALI.
- ❑ - FACILE DISTRAIBILITA' E SCARSA TENUTA ATTENTIVA
- ❑ - **MA I COMPITI AUTOMATIZZATI NON RISULTANO COINVOLTI**

( tratto da Daffi G. -2015- erikson ; p.36)

# PROFILO OSSERVABILE

- Difficoltà negli apprendimenti di quasi tutte le materie scolastiche. Imparano più lentamente e con più fatica. Spesso l'impegno viene meno, come conseguenza.
- Richiedono più spiegazioni e spesso necessitano di un rapporto individuale che mantenga vivo il loro stato di attenzione.
- Si avvalgono maggiormente di esempi concreti.
- Necessitano di pause più frequenti ed esercitazioni ripetute
- Anche se la lettura è scorrevole spesso hanno una scarsa comprensione del testo, con scarse abilità inferenziali e di astrazione
- I testi prodotti sono poveri nei contenuti
- Spesso presentano difficoltà nella soluzione dei problemi

# WISC IV

	CV	RP	ML	VE	<b>QI TOTALE: 76 interpretabile</b> <b>IAG abilità globale: 89</b> <u><b>ICC competenza cognitiva :66</b></u> <b>CV comprensione verbale:94</b> <b>RP visuo-percettivo: 87</b> <b>ML memoria di lavoro: 85</b> <u><b>VE velocità di elaborazione: 56</b></u>	Int.co.95%88-100 Int.co.95%84-96 Int.co.95% 61-79 Int.co.95%88-100 Int.co.95%80-96 Int.co.95%78-96 Int.conf.95%53-73
Disegno coi cubi		10				
Somiglianze	12					
Memoria di cifre			8			
Concetti illustrati		8				
Cifrario				0		
Vocabolario	8					
Riord. Lett.- numeri			7		<div style="border: 2px solid red; background-color: yellow; padding: 5px;"> <p>ICC = EFFICIENZA            NELL'ELABORARE LE            INFORMAZIONI            UTILIZZANDO            VELOCITA' VISIVA E            CONTROLLO MENTALE            ( Weiss e Gaber, 2008)</p> </div>	
Ragion. Con le metrici		6				
Comprensione	7					
Ricerca di simboli				5		

# Fil dovuto a svantaggio socioculturale

Anche in questo caso sono soddisfatti i tre criteri proposti per una diagnosi : QI fra 71 ed 84; alcune carenze di adattamento; insorgenza prima dei 18 anni), ma nella formulazione della diagnosi funzionale è tuttavia essenziale evidenziare che il fattore che maggiormente influisce sulla situazione del ragazzo è lo svantaggio socioculturale.



Il QI se si usufruisce di un ambiente arricchito piuttosto che di un ambiente di crescita deprivante subisce modificazioni.

Alcuni soggetti con diagnosi di FIL possono in seguito ad un abbassamento ulteriore, cambiare in diagnosi di RML (ritardo mentale lieve).

# Fil e DSA

Nel caso in cui si presentano deficit specifici negli apprendimenti, in particolare nelle strumentalità di base, superiori a quelli attesi in base al profilo cognitivo, risulta giustificabile una doppia diagnosi di  
**FIL+DSA**



Bisogna stabilire se il profilo di funzionamento scolastico sia la conseguenza del basso potenziale cognitivo e quindi anche di processi motivazionali carenti o se invece si presenta un quadro più complesso.

In teoria dovremmo confrontare le prestazioni scolastiche del soggetto con quelle della popolazione di pari livello intellettuale, ma questo non è possibile.

In teoria si potrebbe ipotizzare che un soggetto con un QI di 1,5 ds sotto la media dovrebbe normalmente avere prestazioni scolastiche ugualmente di 1,5 ds sotto la media; con la conseguenza che un DSA si rilevarebbe nel caso di prestazioni ulteriormente carenti, circa di 3,5 ds sotto la media.

## DOPPIA DIAGNOSI DI FIL E DSA

- **DSA con DISTURBI PIU' SEVERI (  $>3,5$  ds DALLA MEDIA)**
- **RISCONTRA MAGGIORI DIFFICOLTA' NELL'ADATTAMENTO AL CONTESTO SCOLASTICO IN TERMINI DI PRESTAZIONI:**  
*percepisce il carico di studio oneroso ed i risultati non sono commisurati all'impegno.*
- **SCARSA AUTONOMIA NELLO STUDIO: rigidità strategica e passività**





Nella pratica clinica spesso la diagnosi di DSA viene prodotta senza mettere l'accento sulla condizione di FIL. Questo prima dei 10-12 anni. Questa linea di condotta viene seguita per due ragioni :

1. Il profilo degli apprendimenti disomogeneo tende a dare più risalto ai deficit scolastici rispetto a quelli cognitivi.
2. I soggetti con FIL e DSA vengono abilitati con le stesse metodiche sviluppate per i DSA.



Dopo i 12 anni la condizione di FIL tende a consolidarsi ed a divenire più evidente. La diagnosi di Fil viene più facilmente prodotta soprattutto perché aumentano le difficoltà del soggetto in relazione alla crescente complessità delle richieste dell'ambiente e soprattutto in contesto scolastico.

# FIL per SINDROME GENETICA

Vengono rispettati i tre criteri di diagnosi per il FIL, ma viene inclusa all'interno del quadro di diagnosi di una sindrome genetica.



La doppia diagnosi si giustifica dal fatto che la presenza di un deficit cognitivo in alcune sindromi genetiche non è sempre presente.

Ad esempio nella sindrome di Klinefelter e di Turner la percentuale di soggetti con ritardo mentale è di circa il 10%.

# INTERVENTI EDUCATIVI ED ABILITATIVI

Nei casi di ritardo mentale l'intervento deve essere precoce e basato su una diagnosi che riporti un profilo di funzionamento completo.

E' necessario coinvolgere tutti i soggetti educanti.

Il trattamento di stampo metacognitivo e strategico risulta particolarmente indicato (Cornoldi e Vianello 1992)



Sul piano della promozione delle abilità cognitive hanno avuto particolare importanza programmi più a largo spettro come il programma di arricchimento strumentale di Feuerstein (1979) oppure il progetto MS ( Mental Structures) di Vianello e Marin ( 1997; 1998;Vianello 2000).