

Capitolo 1

Definizione e cenni di epidemiologia

Definizione

Il DSM-IV definiva il Funzionamento Intellettivo Limite (FIL) come il quoziente intellettivo (IQ) compreso tra 71 e 84 (tra -2 e -1 deviazioni standard).

Negli ultimi anni pochissimi studi sono stati condotti su questa categoria di soggetti, probabilmente perché le limitazioni cognitive caratterizzanti il quadro ostacolano il loro funzionamento globale, senza però giustificare una diagnosi specifica di disabilità intellettiva, tenendo così di fatto questi pazienti al di fuori di una specifica categoria patologica. D'altro canto, come affermato da Fernell e collaboratori (2010), la natura 'invisibile' del FIL condiziona inevitabilmente la qualità della vita di tali soggetti, causando una serie di alterazioni comportamentali, soprattutto in relazione alla richiesta di prestazioni intellettive di livello sempre più alto, indotta dalla società contemporanea.

All'esigenza di una più chiara definizione nosografica di tale condizione un tentativo di risposta è stato fornito dal DSM-5 che, per la prima volta, classifica il FIL in una categoria nosografica autonoma ed in particolare tra le "altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica" [codice V62.89 (R41.83)]; specificando inoltre che l'utilizzo di tale categoria diagnostica dovrebbe essere limitato ai casi in cui il FIL di un individuo sia l'oggetto di attenzione clinica oppure abbia un impatto sul trattamento o sulla prognosi dell'individuo.

Differenziare il FIL e la disabilità intellettiva richiede un'attenta valutazione delle funzioni intellettive e di adattamento e le loro di-

screpanze, in particolare la presenza di disturbi mentali concomitanti che possono influenzare la compliance del paziente alle procedure standardizzate dei test e/o indurre una riduzione del funzionamento cognitivo primario del soggetto.

La più rilevante novità introdotta dal DSM-5 è l'indipendenza nosografica attribuita al FIL rispetto alla disabilità intellettiva, che per la prima volta chiarisce l'estraneità di tale condizione dalla patologia da deficit cognitivo. Infatti l'allocazione attribuita dalle precedenti versioni del manuale che classificavano il FIL come una postilla del più ampio capitolo del Ritardo Mentale ha negli anni generato non poca confusione in ambito clinico riguardo l'inquadramento e la presa in carico dei soggetti con questa peculiare modalità di funzionamento cognitivo. Per tale ragione, negli anni, diversi gruppi clinici hanno provato ad affrontare il problema della definizione di tale condizione, avanzando proposte di varia natura.

Una delle proposte di maggior rilievo in tal senso è stata formulata nel 2011 da un gruppo di clinici spagnoli che, riunitisi in conferenza, hanno stabilito delle linee guida per la presa in carico e il trattamento del FIL, definendolo una condizione caratterizzata da diverse disfunzioni cognitive associate ad un QI compreso tra 71 e 84, che determini una alterazione del funzionamento adattivo e sociale della persona.

Nello specifico, il Consensus spagnolo chiarisce che la condizione di FIL non deve essere considerata una sindrome, nè un disturbo e/o una malattia. Essa, piuttosto, va considerata come un gruppo eterogeneo di sindromi, disturbi e/o malattie specifiche del neurosviluppo che inducono estrema variabilità nell'ambito della normalità. FIL, infatti, secondo il Consensus, andrebbe considerata come una 'meta-condizione di salute' che richiede specifica attenzione da parte della sanità pubblica. Inoltre, i deficit cognitivi che sottostanno alla diagnosi di FIL sarebbero variabili, ragion per cui le valutazioni cognitive dei soggetti con FIL non dovrebbero essere limitate alla definizione del Quoziente Intellettivo (QI), bensì comprendere valutazioni specifiche sulle competenze adattive e di funzionamento sociale, dal momento che non tutti i soggetti con QI compreso tra 71 e 84 presentano limitazioni nelle attività e nella capacità di partecipazione sociale — che sono elementi necessari a porre la diagnosi di FIL.

Cenni di epidemiologia

L'assenza, fino ad oggi, di una chiara definizione nosografica del FIL ha reso difficile negli anni una stima chiara della prevalenza di tale condizione nei diversi Paesi del mondo.

In Italia, per esempio, fino agli anni '60 circa, questo tipo di condizione veniva inclusa nel RM lieve, per cui è impossibile avere stime che si riferiscano ad anni precedenti.

Studi circa l'incidenza del FIL riportano dati contrastanti: seguendo la distribuzione normale della curva di rappresentazione del QI nella popolazione generale, la percentuale di coloro che raggiungono un punteggio di QI nella fascia del FIL dovrebbe essere del 13,1%. Altre stime hanno invece dimostrato che il problema riguarda una fascia della popolazione compresa tra il 12% e il 18%. In realtà, da vari studi condotti, sembra che la stima più corretta in età evolutiva sia circa il 7%. Da un punto di vista conservativo, invece, è stato stimato che la popolazione con questo livello di QI potrebbe essere intorno al 3% del totale. Considerando solo il gruppo di individui che ha chiara necessità di attenzione da parte della sanità pubblica, il livello si abbasserebbe all'1%. Persino le stime più conservative indicano che il FIL è un problema molto nascosto che deve essere preso maggiormente in considerazione, sensibilizzando al riguardo anche l'opinione pubblica.

La contraddittorietà dei dati, infine, lascia emergere la necessità di ulteriori studi che utilizzino definizioni più uniformi e strumenti di valutazione appropriati per la corretta rilevazione epidemiologica del FIL che la pratica clinica in Italia evidenzia come problema molto più frequente e rilevante di quello che gli studi fin qui condotti sono riusciti ad identificare.

Strumenti di valutazione/diagnosi

La valutazione diagnostica dei bambini con FIL si avvale di numerosi strumenti volti all'identificazione del funzionamento cognitivo, del funzionamento affettivo e delle eventuali comorbidità. Tra gli strumenti indispensabili ad una corretta valutazione diagnostica vi

sono certamente le scale di valutazione quantitativa del funzionamento cognitivo che ci consentono di collocare il valore di QI di deviazione del soggetto, rendendo possibile la vera e propria diagnosi di FIL. I più diffusi e comunemente utilizzati test di valutazione quantitativa dell'intelligenza sono sicuramente le scale della serie Wechsler, create specificamente per l'individuazione del QI di deviazione dei bambini in età scolare (*Wechsler Intelligence Scale for Children*; WISC) e degli adulti (*Wechsler Adult Intelligence Scale*; WAIS): in questa sede accenneremo alla descrizione delle due scale usate in età evolutiva.

Wechsler Intelligence Scale for Children-3th (WISC-III)

La WISC-III valuta l'abilità intellettiva di soggetti dai 6 ai 16 anni e 11 mesi. Nel suo complesso, la WISC-III si compone di 13 subtest: Completamento di figure, Informazioni, Cifrario, Somiglianze, Storie figurate, Aritmetica, Disegno con cubi, Vocabolario, Ricostruzione di oggetti, Comprensione, Ricerca di simboli, Memoria di cifre, Labirinti.

Quattro item della *Wechsler Intelligence Scale for Children III* vengono utilizzati per valutare le capacità di ragionamento verbale e percettivo: Vocabolario, che misura la capacità di comprensione verbale; Somiglianze, che studia la capacità di formulare associazioni logiche; Riordinamento di figure, che esplora la capacità di ragionamento sequenziale; e Disegno coi cubi, che valuta le competenze di integrazione visuo-spaziale.

I subtest sono stati selezionati per valutare diverse abilità mentali, che, tutte insieme, indicano l'abilità intellettiva generale del bambino. Alcuni subtest richiedono un ragionamento astratto, altri si focalizzano sulla memoria, altri ancora esplorano abilità percettive e così via. Le varie abilità vengono distinte in tre quozienti di livello. La performance del bambino, infatti, è sintetizzata in tre punteggi che forniscono una valutazione delle abilità intellettive:

- QI verbale (QIV): dato dalla somma dei punteggi ponderati dei subtest verbali;

- QI di *performance* (QIP): dato dalla somma dei punteggi ponderati dei subtest di performance;
- QI totale (QIT): dato dalla combinazione dei punteggi ai subtest verbali e di performance

Inoltre la WISC-III consente di ottenere una valutazione qualitativa completa delle competenze cognitive attraverso l'applicazione dell'analisi fattoriale secondo Kaufmann (1975, pp. 135–147). Quest'ultima permette di ottenere 4 fattori descrittivi dell'intelligenza:

- Comprensione Verbale (CV)
- Organizzazione Percettiva (OP)
- Libertà dalla Distraibilità (LD)
- Velocità di Elaborazione (VE)

Wechsler Intelligence Scale for children-4th (WISC-IV)

La *Wechsler Intelligence Scale for Children - Fourth Edition* (WISC-IV) è la versione più recente delle scale di Wechsler utilizzata nella pratica clinica con i bambini in età scolare. La WISC-IV è un test di intelligenza somministrato individualmente a bambini di età compresa tra i 6 e i 16 anni e 11 mesi. La scala consta di 10 core subtest (Disegno dei cubi, Somiglianze, Memoria di cifre, Concetti per immagini, Cifrario, Vocabolario, Riordinamento di lettere e numeri, Ragionamento con matrici, Comprensione, Ricerca di simboli) e 5 subtest supplementari (Completamento di figure, Cancellazione, Informazione, Ragionamento aritmetico, Ragionamento con le parole) con punteggi standard medi pari a 10 ± 3 .

I risultati ottenuti ai 10 core subtest vengono elaborati e compongono 4 punteggi compositi che divengono riferimento per la valutazione dei risultati:

- Indice di Comprensione verbale (ICV),
- Indice di Ragionamento percettivo (IPR),
- Indice di Memoria di lavoro (IML),
- Indice di Velocità di elaborazione (IVE).

Il QI globale viene poi ricavato dalla somma dei risultati ottenuti ai 10 subtest.

Oltre la valutazione quantitativa dell'intelligenza, per un corretto inquadramento dei bambini con FIL è fondamentale ottenere un quadro quanto più possibile completo dei vari aspetti che possono condizionare la vita e i comportamenti di questi soggetti che, come sottolineato nei paragrafi precedenti, presentano un aumentato rischio psicopatologico nel caso del FIL idiopatico.

Le scale più utilizzate nella valutazione globale dei bambini FIL sono questionari di autocompilazione che esplorano a largo raggio aspetti quali il temperamento, il comportamento, la presenza di turbe dell'umore e segni di stress nell'ambiente familiare.