

# WISC-IV

## Wechsler Intelligence Scale for Children-IV

### David Wechsler

#### DESCRIZIONE

La *WISC-IV* è lo strumento clinico per eccellenza somministrato individualmente, per valutare le capacità cognitive dei bambini di età compresa tra i 6 anni e 0 mesi e i 16 anni e 11 mesi. La struttura della scala è stata aggiornata per riflettere la teoria e la pratica della valutazione dei bambini, che implica un'attenzione crescente alla memoria di lavoro e alla velocità di elaborazione.

Con la *WISC-IV* si possono calcolare 5 punteggi composti: un *quoziente intellettivo totale (QIT)* per rappresentare le capacità cognitive complesse del bambino, e 4 punteggi aggiuntivi: l'*indice di Comprensione verbale (ICV)*, l'*Indice di Ragionamento percettivo (IPR)*, l'*Indice di Memoria di lavoro (IML)*, l'*Indice di Velocità di elaborazione (IVE)*.

#### WISC-III E WISC-IV A CONFRONTO

La *WISC-IV* rappresenta la più importante revisione di una scala Wechsler, con profondi cambiamenti, anche strutturali. Queste le principali variazioni rispetto alla *WISC-III*:

- abbandono del tradizionale raggruppamento dei subtest in scala verbale e di performance;
- aggiornamento delle norme;
- eliminazione di 3 subtest (Riordinamento di storie figurate, Ricostruzione di oggetti e Labirinti);
- introduzione di 5 nuovi subtest (Ragionamento con le parole, Ragionamento con le matrici, Concetti illustrati, Riordinamento di lettere e numeri, Cancellazione);
- riformulazione ed eliminazione di alcuni item;
- passaggio dei subtest Ragionamento aritmetico e Informazione allo status di supplementari;
- modifica delle istruzioni e item di esempio e/o addestramento per ogni subtest;
- aggiunta di suggerimenti e domande per una più chiara comprensione del compito da parte dell'esaminato;
- tavole di conversione dei punteggi grezzi in punteggi ponderati suddivise in fasce di 4 mesi.

#### IL MODELLO DI RIFERIMENTO

La *WISC-IV* si è evoluta in relazione al cambiamento dei modelli teorici, in particolare con l'avvento della *Cattel-Horn Carrol Theory of Cognitive Abilities (CHC)* che prevede la distinzione delle abilità cognitive in ampie e ristrette. Il passaggio dalla concezione dell'intelligenza come fattore *g* a quella di un insieme di abilità molteplici ha modificato l'importanza attribuita al QIT, aumentando il numero dei punteggi composti da calcolare e accrescendone la specificità. Il clinico può impiegare i risultati di cluster dei subtest della *WISC-IV* per una valutazione CHC che permette di misurare le seguenti abilità ampie: Elaborazione visiva (Gv), Intelligenza cristallizzata (Gc), Ragionamento fluido (Gf), Memoria a breve termine (Gsm) e Velocità di elaborazione (Gs).

## STRUTTURA

La *WISC-IV* è composta da **15 subtest**: 10 principali e 5 supplementari.

- **Disegno dei cubi** (principale): offre una misura dell'abilità di analizzare e sintetizzare stimoli visivi astratti cogliendone le relazioni spaziali.
- **Somiglianze** (principale): dà una stima del ragionamento verbale e del livello di formazione dei concetti, coinvolgendo anche lo sviluppo del linguaggio, la conoscenza lessicale, la comprensione uditiva, la memoria e la capacità di discriminare tra caratteristiche essenziali e non essenziali.
- **Memoria di cifre** (principale; suddiviso in *diretta* e *inversa*): offre una misura della memoria uditiva a breve termine, della memoria di lavoro e delle capacità di attenzione e concentrazione.
- **Concetti per immagini** (principale): misura il ragionamento categoriale di tipo astratto, il ragionamento induttivo e l'informazione generale.
- **Cifrario** (principale): dà una misura della velocità di elaborazione, della memoria a breve termine, della capacità di apprendimento, della percezione visiva, della coordinazione visuo-motoria, dell'abilità di scansione visiva, della flessibilità cognitiva, della capacità di attenzione e motivazione
- **Vocabolario** (principale): misura la conoscenza lessicale e la formazione dei concetti verbali
- **Riordinamento di lettere e numeri** (principale): valuta le abilità di manipolazione mentale, di attenzione, di memoria uditiva a breve termine e di rappresentazione visuo-spaziale
- **Ragionamento con matrici** (principale): dà una stima dell'intelligenza fluida, in particolare del ragionamento induttivo e del ragionamento sequenziale generale
- **Comprensione** (principale): valuta il ragionamento verbale, l'informazione generale, la capacità di concettualizzazione, la comprensione verbale e l'abilità di espressione verbale
- **Ricerca di simboli** (principale): misura la velocità percettiva e di elaborazione, la memoria visiva a breve termine, la coordinazione visuo-motoria, la flessibilità cognitiva, la discriminazione visiva e la capacità di concentrazione
- **Completamento di figure** (supplementare): misura la percezione e l'organizzazione visiva, la capacità di concentrazione e di identificazione visiva dei dettagli essenziali degli oggetti e l'informazione generale
- **Cancellazione** (supplementare; suddiviso in *casuale* e *strutturata*): dà una stima della velocità percettiva, dell'attenzione selettiva di tipo visivo e della capacità di vigilanza
- **Informazione** (supplementare): misura la capacità di acquisire, mantenere e recuperare informazioni di carattere generale, chiamando in causa l'intelligenza cristallizzata e la memoria a lungo termine
- **Ragionamento aritmetico** (supplementare): offre una stima del ragionamento quantitativo e della capacità di attenzione e concentrazione
- **Ragionamento con le parole** (supplementare): valuta le abilità di ragionamento generale e induttivo, di astrazione verbale, di conoscenza lessicale, di integrazione e sintesi di differenti tipi di informazione e di sviluppo di concetti alternativi

## CARATTERISTICHE CHIAVE

- Maggiore focalizzazione su **Ragionamento fluido, Memoria di lavoro e Velocità di elaborazione**.

- Possibilità di ottenere una **misura alternativa** al QI totale quando questo risulti non interpretabile (**IAG Indice di Abilità Generale**), il quale consente una valutazione del funzionamento intellettivo generale libera dall'influenza esercitata dalla memoria di lavoro e dalla velocità di elaborazione, utile nel caso di bambini con **problemi neuropsicologici** (ADHD e Disturbi dell'Apprendimento) e nella stima del funzionamento cognitivo pre-morboso di soggetti con **danno cerebrale traumatico**.
- Buon predittore del **rendimento scolastico**.

#### **È UTILE PER**

- Ottenere una **valutazione complessiva** del funzionamento cognitivo generale.
- Valutare e identificare **doti intellettuali**.
- Individuare **difficoltà di apprendimento**.
- Avere una guida nella **pianificazione del trattamento** e nelle decisioni di **collocamento** in strutture cliniche ed educative.
- Ottenere informazioni cliniche per la **valutazione neuropsicologica** del bambino.

# WPPSI-III

## Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - III

### DESCRIZIONE

La WPPSI-III è uno strumento clinico di somministrazione individuale che valuta l'**intelligenza** di bambini dai 2,6 ai 7,3 anni. La scala è una revisione della WPPSI-R, migliorata nella qualità dei materiali al fine di risultare più coinvolgenti e piacevoli per i bambini. Essa fornisce:

- **QI Totale (QIT);**
- **QI Verbale (QIV);**
- **QI di Performance (QIP);**
- **Quoziente di velocità di processamento (QVP)** per bambini dai 4,0 ai 7,3 anni;
- **Punteggio totale di Linguaggio generale (LG).**

### WPPSI-III e WPPSI-R a confronto

- Fascia di età più estesa.
- Norme aggiornate.
- Procedure di somministrazione e scoring più agevoli.
- Istruzioni semplificate.
- Omissione dei subtest *Aritmetica, Casa degli animali, Disegno geometrico, Labirinti e Frasi.*
- Aggiunta dei nuovi subtest *Informazione, Vocabolario, Comprensione, Somiglianze, Disegno con i cubi, Ricostruzione di oggetti e Completamento di figure.*

### STRUTTURA

La WPPSI-III ha **14 subtest**: 7 verbali, 5 di performance e 2 di velocità di processamento ed è divisa in **due fasce di età**, 2,6-3,11 anni e 4-7,3 anni, con differenti batterie di subtest per ogni fascia d'età. I subtest possono essere principali, supplementari oppure opzionali a seconda della fascia d'età.

### Subtest verbali

- **Informazione** (*principale*; dai 2,6 ai 7,3 anni): valuta nozioni di cultura generale; coinvolge l'intelligenza cristallizzata, la memoria a lungo termine e l'abilità a mantenere e recuperare le conoscenze acquisite a scuola.
- **Vocabolario** (*principale*; dai 4 ai 7,3 anni): valuta la conoscenza di parole e la capacità di formare concetti verbali.
- **Ragionamento con parole** (*principale*; dai 4 ai 7,3 anni): misura la capacità di ragionamento verbale.

- **Comprensione** (*supplementare*; dai 4 ai 7,3 anni): valuta la conoscenza e la comprensione delle motivazioni alla base di fatti comuni, di comportamenti abituali e di regole sociali.
- **Somiglianze** (*supplementare*; dai 4 ai 7,3 anni): misura la capacità di formare concetti e di distinguerne caratteristiche essenziali da quelle non essenziali, utilizzando un ragionamento verbale.
- **Vocabolario recettivo** (*principale*; dai 2,6 ai 3,11 anni – opzionale; dai 4 ai 7,3 anni): valuta la comprensione di termini e di istruzioni verbali attraverso la memoria a lungo termine.
- **Denominazione di immagini** (*supplementare*; dai 2,6 ai 3,11 anni – opzionale; dai 4 ai 7,3 anni): valuta la conoscenza cristallizzata attraverso la memoria a lungo termine.

### Subtest di performance

- **Disegno con i cubi** (*principale*; dai 4 ai 7,3 anni): misura l'abilità di analisi e sintesi di stimoli visivi, sulla base di una corretta percezione visiva e coordinazione visuo-motoria.
- **Matrici logiche** (*principale*; dai 4 ai 7,3 anni): misura la capacità di ragionamento logico.
- **Concetti per immagini** (*principale*; dai 4 ai 7,3 anni): misura la capacità di ragionamento astratto e la capacità di organizzare categorie.
- **Completamento di figure** (*supplementare*; dai 4 ai 7,3 anni): misura il riconoscimento visivo di dettagli essenziali di un oggetto.
- **Ricostruzione di oggetti** (*principale*; dai 2,6 ai 3,11 anni; *supplementare*; dai 4 ai 7,3 anni): valuta l'organizzazione visuomotoria, l'integrazione e sintesi parte-tutto, il ragionamento non verbale e l'apprendimento prova ed errore.

### Subtest di velocità di processamento

- **Ricerca di simboli** (dai 4 ai 7,3 anni): coinvolge la discriminazione visiva, la memoria visiva a breve termine, la coordinazione visuomotoria e la flessibilità cognitiva.
- **Cifrario** (dai 4 ai 7,3 anni): valuta l'attenzione e la concentrazione.

### CARATTERISTICHE CHIAVE

- Possibilità di ottenere **punteggio totale di Linguaggio generale** in bambini molto piccoli.
- Punteggi relativi a ogni singolo subtest.
- Materiali coinvolgenti e piacevoli per i bambini.
- Istruzioni chiare e dettagliate sulle procedure di somministrazione e scoring.

### È UTILE PER

- Ottenere una **valutazione completa** del funzionamento intellettuale generale.
- Pianificare obiettivi in **programmi di natura clinica o scolastica** per soggetti con ritardi nello sviluppo cognitivo e con difficoltà di apprendimento.
- Predisporre programmi destinati a **soggetti particolarmente dotati**.
- Determinare gli effetti di un **danno cerebrale** da trauma sul funzionamento cognitivo.

## **VOLUME**

### **Fondamenti per l'assessment della WPPSI-III**

(Elisabeth O. Lichtenberger e Alan S. Kaufman, 2010)

Destinato ai professionisti che vogliono migliorare le proprie conoscenze e abilità nell'applicazione della *WPPSI-III*, questo volume offre una panoramica esaustiva sullo stato dell'arte di questa scala, con indicazioni sulla somministrazione, lo scoring e l'interpretazione. Chiare linee guida interpretative aiutano gli utilizzatori ad orientarsi fra i punteggi dei 14 subtest, sette dei quali sono completamente nuovi. Gli autori danno anche particolare enfasi alle applicazioni speciali della scala, come l'assessment dei disturbi del linguaggio, il ritardo mentale e individuazione dei talenti. Schede promemoria, schede richiamo e schede di riferimento rapido, insieme ad una verifica conclusiva al termine di ogni capitolo, rendono questo manuale un efficace strumento di formazione per l'utilizzatore della *WPPSI-III*. 240 pagine.

# ICF e ICD

Il 22 Maggio 2001, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha approvato la nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento e delle Disabilità e della Salute, nota come **ICF**. Lo scopo generale della classificazione ICF è di **fornire un linguaggio standard e unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati correlati**. Essa definisce le componenti della salute e alcune componenti ad essa correlate (come l'istruzione e il lavoro).

L'ICF **sostituisce** le precedenti versioni denominate ICDH (del 1980) e ICDH-2 (del 1999).

Nelle classificazioni internazionali dell'OMS le condizioni di salute in quanto tali (**malattie, disturbi, lesioni, ecc.**) sono classificate principalmente nell'**ICD-10** (Classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, OMS, 1992), che fornisce un modello di riferimento eziologico, cioè in riferimento alle cause della malattia.

Per le persone con ritardo mentale, l'uso dell'ICD-10 si è dimostrato complesso e poco rispondente alla specificità della condizione.

Nel 1996, a testimonianza della ripresa degli studi teorici e clinico sociali che negli ultimi due decenni si sono sviluppati in relazione al ritardo mentale, la divisione per la salute dell'OMS ha pubblicato le prime linee guida per la diagnosi dei disturbi mentali e fisici nei pazienti con ritardo mentale con il titolo: **ICD-10 Guida per il ritardo mentale** - abbreviato ICD-10R – (Il testo non è stato ancora pubblicato in italiano). In questo modo si è cercato di adeguare, completare e rendere utilizzabile L'ICD-10 per le persone con ritardo mentale.

L'ICD-10 e l'ICF sono pertanto complementari, e dovrebbero essere utilizzati insieme. L'ICD-10 fornisce una diagnosi delle malattie, dei disturbi o di altri stati di salute e questa informazione si arricchisce delle informazioni aggiuntive offerte dall'ICF relative al funzionamento.

**Quindi, l'associazione di informazioni sulla diagnosi e sul funzionamento fornisce un quadro più ampio e significativo della salute delle persone.**

Per completezza vanno citati altri due strumenti di classificazione internazionali utilizzati, in modo particolare il primo:

1. **DSM-IV** Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, approvato dall'American Psychiatric Association nel 1994.
2. **Ritardo Mentale: definizione, classificazione e sistemi di supporto**, approvato dall'American Association of Mental Retardation.(AAMR) nel 1992

DSM-IV e ICD-10 pur appartenendo a due scuole di pensiero psichiatrico diverso (europeo e americano) sono compatibili tra di loro.

## **1. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute -ICF-**

### **a. Scopo dell'ICF**

Gli scopi principali dell'ICF possono essere così sintetizzati:

- Fornire una base scientifica per la comprensione e lo studio della salute, delle condizioni, conseguenze e cause determinanti ad essa correlate;
- Stabilire un linguaggio comune per la descrizione della salute e delle condizioni ad essa correlate allo scopo di migliorare la comunicazione fra i diversi utilizzatori, tra

- cui gli operatori sanitari, i ricercatori, gli esponenti politici e la popolazione, incluse le persone con disabilità;
- Rendere possibile il confronto fra i dati raccolti in paesi, discipline sanitarie, servizi e periodi diversi;
  - Fornire uno schema di codifica sistematico per i sistemi informativi sanitari.

Questi scopi sono interrelati tra loro, dal momento che le esigenze che sono alla base dell'ICF e le sue applicazioni richiedono la creazione o la disponibilità di un sistema significativo e pratico che possa essere usato da vari consumatori per una politica sanitaria, una garanzia di qualità e una valutazione dei risultati in culture diverse.

## b. **Struttura dell'ICF**

Le informazioni fornite dall'ICF sono una descrizione delle situazioni che riguardano il funzionamento umano e le sue restrizioni, e la classificazione serve da modello di riferimento per l'organizzazione di queste informazioni, strutturandole in modo significativo, interrelato e facilmente accessibile.

L'ICF organizza le informazioni in due parti, ognuna composta da due componenti:

### Parte 1. Funzionamento e Disabilità

- a. Funzioni e Strutture corporee
  - b. Attività e Partecipazione

### Parte 2. Fattori contestuali

- c. Fattori ambientali
- d. Fattori Personali

Le componenti del funzionamento e della disabilità nella parte 1 dell'ICF possono essere espresse in due modi. Da un lato possono essere usate per indicare problemi (per es. menomazioni, limitazioni dell'attività o restrizione della partecipazione, raggruppati sotto il termine ombrello *disabilità*); dall'altro possono indicare aspetti non problematici (neutri) della salute e degli stati ad essa correlati, raggruppati sotto il termine ombrello *funzionamento*.

## c. **Definizioni nell'ICF**

Funzioni e strutture corporee, attività e partecipazione sostituiscono i termini usati precedentemente di menomazione, disabilità e handicap (ICDH, 1980), ampliando la prospettiva della classificazione permettendo la descrizione di elementi positivi. Va tenuto presente che tali termini sono impiegati con significati specifici che possono differire dal significato corrente.

### **Funzioni e Strutture corporee**

- *Le funzioni corporee* sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei (incluse le funzioni psicologiche).
- *Le Strutture corporee* sono le parti anatomiche del corpo, come gli organi, gli arti e le loro componenti.

- *Le menomazioni* sono problemi nella funzione o nella struttura del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significative.

### **Attività e partecipazione**

- *L'attività* è l'esecuzione di un compito o di una azione da parte di un individuo
- *La partecipazione* è il coinvolgimento in una situazione di vita.
- *Le limitazioni dell'attività* sono le difficoltà che un individuo può incontrare nell'eseguire delle attività
- *Le restrizioni della partecipazione* sono i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni di vita.

### **Fattori Ambientali**

- *I fattori ambientali* comprendono l'ambiente fisico, sociale degli atteggiamenti in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza. Questi fattori sono esterni agli individui e possono avere una influenza positiva o negativa sulla partecipazione dell'individuo come membro della società, sulla capacità dell'individuo di eseguire azioni o compiti. I fattori ambientali possono essere individuali o sociali.

### **Fattori Personali**

- *I fattori personali* sono il background personale della vita e dell'esistenza di un individuo, e rappresentano quelle caratteristiche dell'individuo che non fanno parte della salute o degli stati di salute. Questi fattori comprendono il sesso, la razza, l'età, altre condizioni di salute, la forma fisica, lo stile di vita, le abitudini, l'educazione ricevuta, la capacità di adattamento, il background sociale, l'istruzione, la professione e l'esperienza passata e attuale, modelli di comportamento generale e stili caratteriale, che possono giocare un certo ruolo nella disabilità a qualsiasi livello. I fattori personali non sono stati classificati nell'ICF, ma vanno tenuti presenti come elementi aggiuntivi di valutazione.

La **disabilità** viene definita come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e ambientali, che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo.

#### **d. L'ICF e le persone con disabilità**

L'OMS riconosce che gli stessi termini usati nella classificazione possono, nonostante il grande impegno di tutti, rivelarsi stigmatizzanti ed etichettare le persone. In risposta a questa preoccupazione, è stata presa la decisione di **abbandonare totalmente il termine "handicap"**, data la sua connotazione peggiorativa in inglese e in altre lingue, italiano incluso. Inoltre, il termine "disabilità" non viene usato come un componente della classificazione, ma di mantenerlo come termine ombrello generale. Rimane comunque la difficile questione di come sia meglio riferirsi agli individui che vivono qualche grado di limitazione o restrizione funzionale. L'ICF utilizza il termine "disabilità" per indicare un fenomeno multidimensionale risultante dall'interazione tra la persona e l'ambiente fisico e sociale. Per una varietà di ragioni riferendosi agli individui alcuni preferiscono usare il termine "persone con disabilità" mentre altri preferiscono "persone disabili". Alla luce di questa divergenza, non c'è una regola universale da adottare per l'OMS, e non sarebbe corretto che l'ICF adottasse rigidamente un approccio piuttosto che un altro. **L'OMS**

**conferma l'importante principio secondo il quale le persone hanno diritto di essere chiamate come desiderano o come scelgono.**

È importante sottolineare che l'ICF non è assolutamente una classificazione delle persone. È una classificazione delle caratteristiche della salute delle persone all'interno del contesto delle loro situazioni di vita individuali e degli impatti ambientali.

## **2. Guida per il ritardo mentale ICD-10 R**

Nel 1996 la divisione per la salute mentale dell'OMS ha pubblicato le prime linee guida per la diagnosi dei disturbi mentali e fisici nelle persone con ritardo mentale con il titolo:

### **ICD –10 Guide for Mental Retardation.**

Considerando che i soggetti con ritardo mentale presentano spesso molteplici problemi clinici associati, sia fisici che psichici, per descrivere in modo adeguato la realtà di un paziente con ritardo mentale è frequente dover ricorrere a molteplici diagnosi che devono essere ricercate in tutte le sezioni dell'ICD-10. In questo caso, si pongono due ordini di problemi: uno pratico, la difficoltà di rintracciare agevolmente le diverse voci, e uno teorico, infatti molti disturbi mentali e molte condizioni alterate dello sviluppo infantile riportano come criteri restrittivi proprio il livello intellettivo, che invece rimaneva il cardine per la diagnosi del ritardo mentale. Questo determina il rischio che in molte situazioni il quadro diagnostico non possa descrivere in modo adeguato la condizione psicopatologica del soggetto se non ricorrendo alla descrizione delle disabilità del vecchio codice ICDH del 1980.

La nuova guida ICD-10 per il ritardo mentale si prefigge di ovviare a questa difficoltà, raccogliendo in un unico volume tutte le voci cliniche più comunemente associate al ritardo mentale e introducendo, anche per l'ICD-10, una classificazione multiassiale. Nella guida vengono considerati 5 assi principali:

Asse I : Gravità del ritardo e problemi comportamentali

Asse II : Condizioni mediche associate

Asse III : Disturbi psichiatrici associati

Asse IV : Valutazione globale delle disabilità psicosociali

Asse V : Condizioni psicosociali "a rischio" associate

### **ASSE I – Gravità del ritardo e problemi comportamentali**

La novità più rilevante sul primo asse è data dal fatto che il livello di QI non è più inteso come indice esclusivo per la definizione del ritardo mentale e del suo livello di gravità, ma deve essere associato a una valutazione delle abilità sociali. Vengono individuati i seguenti livelli di gravità:

F 70 – Ritardo mentale lieve

F 71 – Ritardo mentale medio

F 72 – Ritardo mentale grave

F 73 – Ritardo mentale gravissimo o profondo

F 78 – Ritardo mentale di altro tipo

F 79 – Ritardo mentale non specificato

Un'altra importante novità è la precisazione di eventuali disturbi comportamentali associati che possono essere presenti isolatamente e non far parte di più vasti quadri psicopatologici definiti.

Le anomalie comportamentali vengono così a essere definite da un secondo codice decimale aggiuntivo (per es. F.72.13, Ritardo mentale grave con ipercinesia) e sono prese in considerazione le seguenti voci:

0. Autolesionismo
1. Pica
2. Ipercinesia
3. Vaneggiamenti e fughe
4. Aggressività eterodiretta
5. Strapparsi i capelli

## **ASSE II – Condizioni mediche associate**

Il secondo asse, relativo alle condizioni mediche associate, comprende sia le cause che possono essere all'origine del ritardo mentale, e in questo ambito vengono classificate anche le più recenti sindromi genetiche, congenite e malformative che sono state individuate negli ultimi anni, sia i disturbi fisici che possono essere semplicemente associati.

### *Malattie infettive e parassitarie del SNC*

Tubercolosi del SNC  
Lue congenita

### *Neoplasie benigne cerebrali*

Emangioma  
Meningioma

### *Malattie del sangue con danno al SNC*

Talassemia  
Anemia da carenza di folati

### *Malattie endocrine e metaboliche*

Ipotiroidismo  
Fenilchetonuria

### *Malattie del SNC*

Encefaliti  
Nistagmo  
Disturbi della vista

### *Malattie del sistema vascolare cerebrale*

Emorragia subaracnoidea  
Emorragia intracerebrale

### *Malattie del sistema muscolo – scheletrico*

Scoliosi  
Cifosi

### *Malformazioni congenite e cromosomiali*

Sindrome di Down

Sclerosi tuberosa

Prader-Willi

### **ASSE III - Disturbi psichiatrici associati**

Nel terzo asse, relativo ai disturbi psichiatrici associati, sono discusse le interrelazioni più frequenti tra ritardo mentale e psicopatologia con l'intento di discriminare il *primum movens* all'origine del quadro clinico, ovvero le situazioni psichiatriche che possono comportare un deterioramento intellettuale secondario, dai casi in cui è la condizione di ritardo mentale che può favorire l'insorgenza secondaria dei disturbi psicopatologici.

I blocchi diagnostici presi in considerazione sono i seguenti:

F 20 – schizofrenia, sindrome schizotipica, sindromi deliranti e schizoaffettive

F 30 – sindromi affettive

F 40 – sindromi nevrotiche

F 50 – sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazioni delle funzioni fisiologiche e a fattori somatici

F 60 – disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto

F 80 – sindromi e disturbo da alterato sviluppo psicologico

F 90 – sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali nell'infanzia e nell'adolescenza

In quest'ottica multiassiale la ricerca della diagnosi principale si svolge sui primi tre assi e alla voce ritenuta fondante si possono poi aggiungere le diagnosi secondarie eventualmente associate.

Gli ultimi due assi – ASSE IV e ASSE V – descrivono le condizioni di anormalità psicosociale spesso presenti nei pazienti con ritardo mentale; il quarto asse individua le disabilità soggettive mentre il quinto descrive le condizioni anomale dell'ambiente in cui il soggetto vive o è vissuto.

N.B. - Non essendo ancora disponibile una versione ufficiale dell'ICD-10R tradotta e pubblicata in italiano, è possibile trovare diverse traduzioni che differiscono leggermente tra di loro.

La versione sopracitata è contenuta nel seguente testo: Pilone, Muzio, Levrero, "VAP-H, test di valutazione degli aspetti psicopatologici nell'handicap" Erickson 2000.

Per completezza, riporto anche la valutazione multiassiale del DSM-IV

Asse I : Disturbi psichiatrici

Asse II : Disturbi di personalità e ritardo mentale

Asse III : Condizione medica associata

Asse IV : Problemi psicosociali e ambientali

Asse V : Funzionamento psicosociale

ICD - ICDH - ICDH-2	Non più in uso	
	Ritardo Mentale: definizione, classificazione e sistemi di supporto	American Association of Mental Retardation, 1992
ICD-10	Classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali	OMS, 1992
DSM-IV	Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali	American Psychiatric Association, 1994
ICD-10R	Guida per il ritardo mentale - non ancora pubblicato in italiano -	OMS, 1996
ICF	Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute	OMS, 2001

---