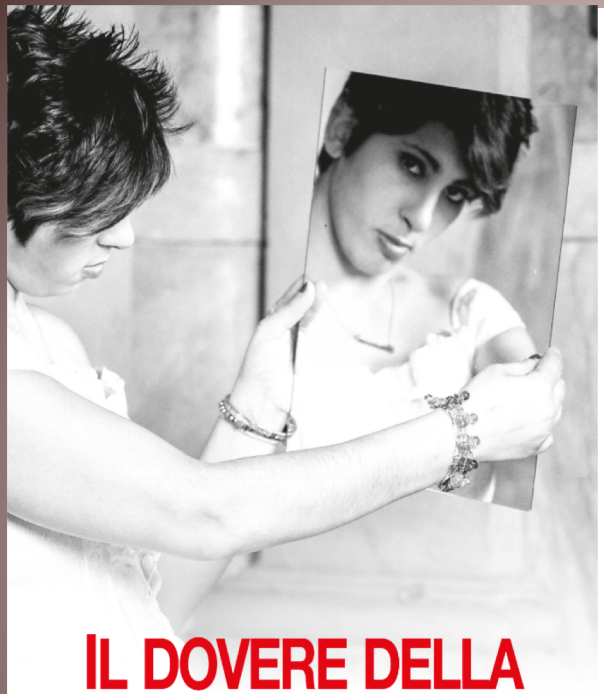


IL DOVERE DELLA COMPETENZA

14° CONVEGNO NAZIONALE SU QUALITÀ DELLA VITA E DISABILITÀ

9-10 settembre 2019
Università IULM Milano

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia

Il funzionamento intellettivo limite

Antonella Costantino
UONPIA Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro Onlus

FIA Fondazione Italiana per l'Autismo onlus

SINPIA Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Perché è importante oggi parlare di utenti con Funzionamento Intellettivo Limite?

- Ambito ampiamente trascurato
- Definizione «confusa» e poco utile
- Include una % rilevante di popolazione
- Si intreccia in modo complesso con componenti sociali e con disturbi del neurosviluppo e psichiatrici
- Riceve scarse risposte dai servizi, aspecifiche e poco efficaci se non controproducenti
- Potrebbe avere largo spazio per interventi di prevenzione e di promozione della salute

Funzionamento Intellettivo Limite

Definizioni:

- DSM I: mild mental deficiency, QI tra 1 e 2 DS sotto la media (tra 70 e 85) E compromissione funzionale
- DSM II: borderline mental retardation, QI tra 68 e 83, resta il criterio della compromissione funzionale
- DSM III, IV e IV R: passa tra i codici V, il criterio diventa solo QI tra 71 e 84
- DSM V: resta tra i codici V, ma sparisce anche l'indicazione dei limiti inferiori e superiori del QI. Continua a mancare qualunque riferimento al funzionamento adattivo

Funzionamento Intellettivo Limite

- Circa 13,5% della popolazione
- Non è considerato un disturbo, ma un rilevante fattore di rischio per la comparsa di diversi disturbi, e per la prognosi
- La definizione ha conseguenze sulla fruibilità dei servizi, ma anche penali

IL DOVERE DELLA COMPETENZA

- La presenza di FIL è frequente in svariati disturbi neurobiologici (sindrome feto alcolica, sindromi genetiche ecc)
- La presenza di FIL è frequentemente associata a contesti socioeconomici deprivati, migrazione, traumi, abuso e maltrattamento
- La presenza di FIL è fattore di rischio rilevante per:
  - Disturbi psichiatrici
  - Dipendenze patologiche
  - Comportamenti a rilevanza penale
- La presenza di FIL spesso esclude dall'accesso ai trattamenti, o ne diminuisce l'efficacia

IL DOVERE DELLA COMPETENZA

- Non tutte le persone con FIL hanno difficoltà rilevanti

- Le difficoltà sembrano essere mediate dalla presenza o meno di
  - Deficit nelle funzioni esecutive
  - Deficit in almeno uno dei domini delle funzioni adattive
    - Concettuale/accademico
    - Pratico/della vita quotidiana
    - Sociale
  - Flessibilità e controllo

- Sono particolarmente mediate dal contesto

IL DOVERE DELLA COMPETENZA

Nouwens *et al. BMC Psychiatry* (2017) 17:257
DOI 10.1186/s12888-017-1426-8

BMC Psychiatry

RESEARCH ARTICLE Open Access

Identifying classes of persons with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: a latent class analysis

Peter J. G. Nouwens[1*], Rosanne Lucas[1,2], Nienke B. M. Smulders[1,2], Petri J. C. M. Embregts[1,3,4] and Chijs van Nieuwenhuizen[1,5]

- Classe I: persons with mild intellectual disability(34%)
- Classe II: Males with problem behavior (20,4%)
- Classe III: Persons with material hardship and abuse by parents (18%)
- Classe IV: Male youngsters with problem behavior and family problems (14,8%)
- Classe V: Persons with addiction problems (12%)

IL DOVERE DELLA COMPETENZA

Nouwens et al. BMC Psychiatry (2017) 17:257
DOI 10.1186/s12888-017-1426-8

BMC Psychiatry

RESEARCH ARTICLE Open Access

Identifying classes of persons with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: a latent class analysis

Peter J. G. Nouwens[1*], Rosanne Lucas[1,2], Nienke B. M. Smulders[1,2], Petri J. C. M. Embregts[1,3,4] and Chijs van Nieuwenhuizen[1,2]

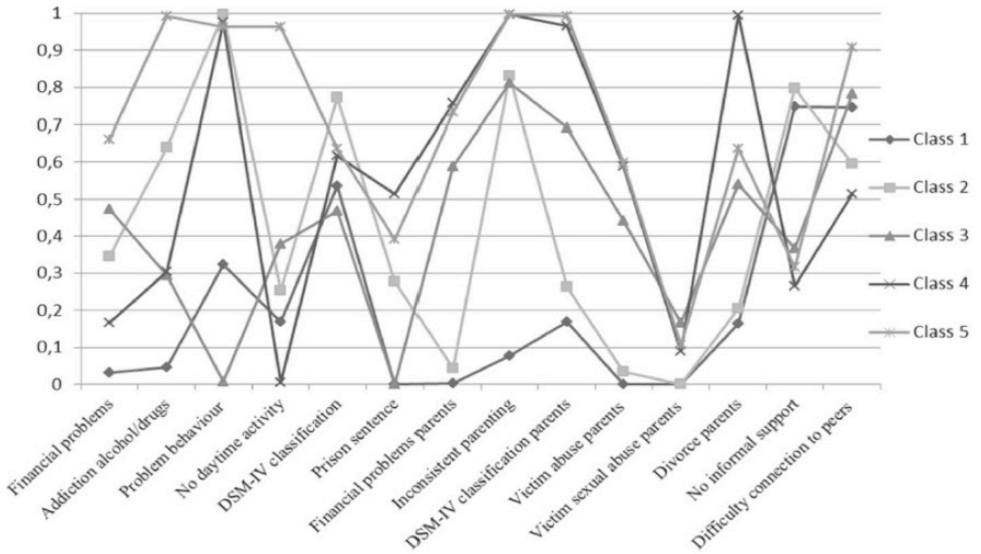


Fig. 1 Five classes of individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning (n = 250) and the probability of individual, family and contextual characteristics

IL DOVERE DELLA COMPETENZA

JIDR Journal of Intellectual Disability Research
Published on behalf of mencap and in association with IASSID

Journal of Intellectual Disability Research doi: 10.1111/jir.12427

VOLUME 61 PART 12 pp 1104–1116 DECEMBER 2017

Meeting the support needs of persons with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: still a long way to go

P. J. G. Nouwens,[1] N. B. M. Smulders,[1,2] P. J. C. M. Embregts[1,3] & C. van Nieuwenhuizen[1,4]

Conclusions The support programs for a heterogeneous population of persons with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning seem to be suboptimal, indicating that more differentiation is required in the services offered to these individuals.

IL DOVERE DELLA COMPETENZA

PLOS ONE | DOI:10.1371/journal.pone.0168847 February 2, 2017

RESEARCH ARTICLE

A Blind Spot? Screening for Mild Intellectual Disability and Borderline Intellectual Functioning in Admitted Psychiatric Patients: Prevalence and Associations with Coercive Measures

Jeanet Grietje Nieuwenhuis[1]*, Eric Onno Noorthoorn[2,3], Henk Llewellyn Inge Nijman[4], Paul Naarding[3], Cornelis Lambert Mulder[5,6]

Results

Results on the SCIL suggested that 43.8% of the sample had Mild Intellectual Disability or Borderline Intellectual Functioning (MID/BIF). During their current stay and earlier stays in the previous 5 years, these patients had an increased risk of involuntary admission (OR 2.71; SD 1.28–5.70) and coercive measures (OR 3.95, SD 1.47–10.54).

European Psychiatry 58 (2019) 63–69

Contents lists available at ScienceDirect

European Psychiatry

journal homepage: http://www.europsy-journal.com



Original article

Not recognized enough: The effects and associations of trauma and intellectual disability in severely mentally ill outpatients

Jeanet Grietje Nieuwenhuis, Hedwig Johanna Henrica Smits, Eric Onno Noorthoorn*, Cornelis Lambert Mulder, Engelbertus Johannes Maria Penterman, Henk Llewellyn Inge Nijman

GGnet, Zutphen, 7531, PA, Netherlands

Results: Any trauma was found in 86% of 570 patients and 42% were suspected for PTSD. The SCIL suggested that 40% had Borderline Intellectual Functioning (BIF), half of whom were suspected of having Mild Intellectual Disability (MID). These patients had more traumatic experiences (1.89 in BIF, 1.75 in MID, against 1.41 in SCIL-negative patients). Female MID/BIF patients (61%) had experienced significantly more sexual abuse than male MID/BIF patients (23%).

IL DOVERE DELLA COMPETENZA

Article

International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology
2018, Vol. 62(4) 978–999
© The Author(s) 2016
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0306624X16674009
journals.sagepub.com/home/ijo
SAGE

Exploring Differences in Criminogenic Risk Factors and Criminal Behavior Between Young Adult Violent Offenders With and Without Mild to Borderline Intellectual Disability

Menno W. Segeren[1], Thijs J. L. Fassaert[1], Ruudje Kea[2], Matty A. S. de Wit[1], and Arne Popma[3]

Abstract

The relation between mild to borderline intellectual disability (MBID) and violent offense behavior was studied among a group of former juvenile delinquents currently in a diversion program for persistent young adult violent offenders from Amsterdam (N = 146). Offenders were considered MBID if they had received juvenile probation from the local youth care agency specialized in intellectual disability (21%). A file study was used to estimate prevalence rates of criminogenic risk factors. Police data were used to depict recent criminal behavior. Nearly all offenders grew up in large and unstable multi-problem households and had psychosocial problems. More MBID offenders displayed externalizing behavior before the age of 12, were susceptible to peer pressure, and had low social-relational skills. MBID offenders committed more violent property crimes than offenders without MBID. Youth care interventions for MBID offenders should focus on the acquisition of social-relational skills and on the pedagogical skills of parents.

IL DOVERE DELLA COMPETENZA

Da dove iniziano le loro storie con i servizi ...



Giovanna ... sono nata nel 1993

- Fino a 12 anni ho vissuto in famiglia
- A 13 anni primo ricovero in NPI e prima comunità terapeutica (BG), ... dopo un mese Risperdal 2,5 1x3
- A 14 anni altra comunità (prov BS) per 5 anni facendo dentro e fuori da NPI e SPDC ... nuovo farmaci Leponex 300 mg die + Depakin Chrono 500
- A 18 anni rientro a casa ... e li tanti ma tanti ricoveri in PS o in SPDC
- A 19 anni comunità FBF
- A 20 anni altra comunità per sole donne ... sono rimasta 4 giorni e poi espulsa per le mie crisi di aggressività ... da li sostegno educativo a casa con frequenti ricoveri in SPDC
- A 21 anni sono arrivata a Fondazione Sospiro **la mia vita è cambiata!!!!**



Paloma ... sono nata nel 1988

- Fino a 15 anni vivo in famiglia
- A 16 anni (2004-2005) inizia il mio viaggio nei servizi ... centro diurno NPI (prov BS) poi inviata in SPD a Leno ... comunità terapeutica (prov VR) ... comunità terapeutica (CR) ... SPDC Leno (fino al 2006) ... espulsioni e ricoveri sono per crisi di aggressività
- A 19 anni (2007- 2008) comunità FBF (BS) ... SPDC Leno ... nuova comunità FBF (BS) ... SPDC Leno ... espulsioni e ricoveri sono per crisi di aggressività
- A 21 anni (2009-2012) comunità terapeutica (prov CO) ... SPDC Leno
- A 24 anni (2012) RSD (prov BS) ... SPDC Leno dove sono rimasta fino al 2014
- A 26 anni (Marzo 2014) sono arrivata a Fondazione Sospiro

- LORAZEPAM 2,5 mg
- AKINETON 50 mg
- CLOPIXOL 20 mg/ml
- DEPAKIN 500 mg
- LORAZEPAM 2 mg/ml
- TRITTICO 75 mg

0

Giulio

- Grave Disturbo del controllo degli impulsi (F63.9)
- Disturbo reattivo dell'attaccamento dell'infanzia (F94.1)
- Livello cognitivo borderline (R41.83)
- Modalità alterate di relazioni familiari nell'infanzia Z61.2

IL DOVERE DELLA COMPETENZA

- Primo contatto con i servizi pubblici a 8,5 anni, prima terapia farmacologica, decreto TM con limitazione responsabilità genitoriale
- Prima comunità educativa a 9 anni
- Primo ricovero per agitazione psicomotoria e eteroaggressività a 9 anni
- Prima comunità terapeutica a 11 anni, benino per 2 anni, poi nuove escalation comportamentali, ricoveri ripetuti, dimissioni
- Per 6 mesi a domicilio dalla madre per impossibilità di altre soluzioni
- Seconda comunità terapeutica a 14 anni, dimissioni nel giro di pochi mesi
- 2 mesi in SPDC, contenzioni ripetute
- Fino a questo momento, trattamento farmacologico in add up esponenziale
- 2 mesi in struttura post acuzie in Emilia Romagna, nuovo trattamento farmacologico
- Inserimento in nuova comunità terapeutica ad alta intensità assistenziale in Piemonte da 1 anno e mezzo, con raccordo stretto, evoluzione positiva e riavvio del percorso scolastico

IL DOVERE DELLA COMPETENZA

AMERICAN JOURNAL ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES
2018, Vol. 123, No. 1, 33-49

©AAIDD
DOI: 10.1352/1944-7558-123.1.33

Autonomy Support, Need Satisfaction, and Motivation for Support Among Adults With Intellectual Disability: Testing a Self-Determination Theory Model

Noud Frielink, Carlo Schuengel, and Petri J. C. M. Embregts

JIDR Journal of Intellectual Disability Research
Published on behalf of mencap and in association with IASSID

Journal of Intellectual Disability Research

doi: 10.1111/jir.12619

VOLUME 63 PART 8 pp 1015–1022 AUGUST 2019

Flexible assertive community treatment for individuals with a mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: results of a longitudinal study in the Netherlands

L. J. Neijmeijer,[1] H. P. L. M. Korzilius,[2] H. Kroon,[3] H. L. I. Nijman[4] & R. Didden[1]

IL DOVERE DELLA COMPETENZA

Alina

- Disturbo della sfera emozionale con esordio caratteristico nell'infanzia F93;
- Disturbo misto delle abilità scolastiche F81.9
- Disturbo oppositivo-provocatorio F91.3;
- Modalità alterate di relazioni familiari nell'infanzia Z61.2
- Livello cognitivo borderline (R41.83)

- *Nata in Italia, da genitori nordafricani*
- *Primo contatto con i servizi pubblici a 11 anni per difficoltà scolastiche e di comportamento, ma ripetuti contatti privati precedenti, sempre interrotti*
- *Situazione familiare complessa, maltrattamenti verso la madre, denuncia e allontanamento di madre e figli*
- *Collocamento residenziale, interruzione della frequenza scolastica*

IL DOVERE DELLA COMPETENZA

Alina

- Inserimento in prima comunità educativa, con la madre e i fratelli, escalation comportamentale, espulsione in poche settimane
- Seconda comunità educativa, da sola, escalation comportamentale, espulsione in pochi giorni
- Ricovero ospedaliero prolungato in pediatria, inclusi 2 week end in SPDC (13 anni non ancora compiuti!), contenzioni ripetute
- Inserimento in comunità terapeutica ad alta intensità assistenziale, in Piemonte, 9 mesi, rilevante terapia farmacologica, apparente discreto compenso
- Spostamento verso comunità educativa potenziata a Milano, escalation comportamentale, espulsione in pochi giorni
- Inserimento nella prima comunità terapeutica disponibile, escalation comportamentale, dimissioni verso il ricovero ospedaliero
- Ricovero ospedaliero in NPIA di circa un mese, contenzioni ripetute
- Tentativo di dimissioni verso il domicilio, con supporto intensivo
- Fallimento dell'inserimento a domicilio in 24 ore
- Nuovo ricovero in NPIA, per circa due mesi, contenzioni ripetute
- Inserimento in comunità terapeutica a Milano, nel primo periodo accessi quotidiani al PS per ottenere nuovo ricovero
- Lieve e progressivo miglioramento nel mese e mezzo seguente, poi episodio piromane, apertura provvedimento penale
- Dimissioni e ricovero?

Alina

- Possiamo costruire un'alternativa?
  - Il ricovero è certamente da evitare
  - Proviamo una strada che cerca il coinvolgimento attivo, ma allo stesso tempo sottolinea la responsabilizzazione per la parte penale
  - Negoziamo con lei e il padre, data la presenza del fratello, la possibilità di provare due giorni a casa, in accordo con il TM
  - Manteniamo noi il contatto telefonico pluriquotidiano con entrambi, e così fa la comunità
  - Rinegoziamo il percorso dopo il primo week end
  - I giorni seguenti sono gestiti a ponte tra domicilio e Percival con supporto educativo intensivo
  - Viene costruito insieme il rientro in comunità

Conclusioni?

- La presenza di FIL va sempre cercata attivamente, esplorando anche le funzioni adattive
- Va immediatamente considerata nell'intreccio con gli altri fattori di rischio presenti, ed in particolare con gli elementi del contesto
- Il trattamento va modulato di conseguenza, puntando da subito a sostenere consapevolezza, autodeterminazione e flessibilità
- Il lavoro psicoeducativo e sulle competenze del contesto è fondamentale

E per chi non arriva ai servizi?