

Saper affrontare il ritardo mentale

Francesco Ciotti
Neuropsichiatra infantile, Cesena

Abstract

The management of mental retardation

The correct management of mental retardation is the aim of this article. Diagnostic tools and their appropriate utilization for paediatricians are defined. Moreover symptoms which should alert paediatricians in order to have appropriate referrals are described. The paediatrician's role in a multidisciplinary approach and care of the problem and in the definition of the individual therapeutic program is specified.

Quaderni acp 2007; 15(4): 177-179

Key words Mental retardation. Diagnosis. Care

L'articolo vuole ricordare al pediatra l'importanza di riconoscere, valutare e gestire correttamente il ritardo mentale nel bambino. Accanto agli strumenti diagnostici e al loro appropriato utilizzo, a seconda dell'età del bambino, vengono indicati i segni che devono allertare il pediatra e motivare un invio al centro specialistico per una valutazione corretta e, in caso di ritardo mentale medio o grave, per la diagnosi eziopatogenetica. Viene precisato, infine, il ruolo del pediatra nella presa in carico terapeutica multidisciplinare e nella definizione degli obiettivi del piano educativo individualizzato.

Parole chiave Ritardo mentale. Diagnosi. Presa in carico

La diagnosi di ritardo mentale: strumenti, criteri

Il bambino con ritardo mentale è un bambino con bisogni speciali, che va riconosciuto, valutato e trattato per migliorare il suo adattamento sociale e lavorativo in età giovanile e adulta.

A tutt'oggi i dati in nostro possesso, sia internazionali che italiani, mostrano infatti che vi è un mancato riconoscimento dei soggetti con insufficiente capacità cognitiva: essi dovrebbero interessare il 3% della popolazione infantile, mentre la diagnosi effettiva riguarda, a seconda delle casistiche, l'1-2% della popolazione.

Il bambino con ritardo mentale non riconosciuto è esposto a rischi evolutivi di diversa natura. Può in primo luogo essere portatore di una malattia biologica del SNC che può comportare danni organici e rischio genetico. In secondo luogo, qualora le aspettative familiari e sociali non siano appropriate rispetto al livello intellettuale del soggetto, ma siano irrealistiche ed elevate, senza prevedere livelli

di apprendimento domestici e scolastici adeguati, ne possono derivare per la persona disturbi emozionali o francamente psichiatrici.

La diagnosi di ritardo mentale è definita dal livello del Quoziente Intellettivo (QI), misurato con una scala psicometrica standardizzata sulla popolazione di appartenenza del soggetto. In altre parole, come per definire "iposomico" un bambino dobbiamo misurarlo e osservare se si trova sotto il terzo centile nelle curve di crescita della popolazione di appartenenza, così per definire "ritardato mentale" dobbiamo misurare la capacità cognitiva e osservare se si trova sotto il terzo centile per gli standard cognitivi normativi della popolazione di appartenenza.

Le scale psicometriche Wechsler, standardizzate anche sulla popolazione italiana, rispondono esattamente a questa esigenza: esistono le scale normative Wechsler per l'età prescolare (*Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence*, WPPSI per i 4-6,6 anni), le scale

Wechsler per l'età evolutiva (*Wechsler Intelligence Scale for Children*, WISC per i 6-16 anni) e le scale per l'età giovane-adulta (*Wechsler Adult Intelligence Scale*, WAIS).

Se alla scala un soggetto riporta un QI=100, significa che rispetto alla popolazione di pari età egli si trova al 50° centile, ossia esattamente nella media. In caso di QI= 85 si colloca nella -1 DS, ossia intorno al 16° centile. Un QI= 70 corrisponde alla -2 DS, ossia intorno al 3° centile.

Coloro che riportano un QI<70 hanno un ritardo mentale (*tabella 1*).

Nella *tabella 2* viene riportata, a titolo di esempio, la misura della capacità cognitiva, alla scala WISC, di un bambino di 10 anni e 7 mesi con un ritardo mentale lieve (QI totale = 55): da notare che ciò che fa testo come risultato finale è il QI totale, e non il QI parziale verbale, né il QI parziale performance, che lo compongono e che sono riportati in tabella.

La definizione di ritardo mentale comporta, oltre a una ridotta prestazione cognitiva, anche una diminuita competenza sociale, diretta conseguenza del grado del ritardo mentale stesso, ma anche influenzata dall'ambiente sociale e culturale di crescita.

Di solito la persona con ritardo mentale lieve in età giovane-adulta raggiunge il pensiero operatorio concreto di Piaget, impara a leggere e a scrivere, sa usare la calcolatrice, il telefono, l'orologio; in

TABELLA 1: RITARDO MENTALE: QI < 70

- lieve	QI 50-69
- medio	QI 35-49
- grave	QI 20-34
- profondo	QI <20

Per corrispondenza:
Francesco Ciotti
e-mail: fran.ciotti@alice.it

TABELLA 2: WISC DI CIRCA 10 ANNI E 7 MESI

	Punteggio grezzo	Punteggio ponderato
TEST VERBALI		
Informazione	9	5
Somiglianze	9	6
Aritmetica	0	1
Vocabolario	7	1
Memoria di cifre	6	4
Punteggio verbale totale	31	17
TEST PERFORMANCE		
Completamento figure	8	3
Storie figurate	0	1
Disegno con cubi	6	3
Ricostruzione oggetti	14	6
Cifrario	10	6
Punteggio performance totale	38	19
QI verbale		59
QI performance		60
QI totale		55

TABELLA 3: LE CAUSE DI RITARDO MENTALE MEDIO-GRAVE

Cause	Esempi	%
Cromosomopatie	Trisomie 21,18,13, Klinefelter	22
Sindromi genetiche	Xragile, Prader-Willi	21
Anomalie cerebrali	Idrocefalo/meningomielocele Lissencefalia	9
Infezioni congenite	HIV, Toxoplasmosi, Rosolia, Herpes simplex, Citomegalovirus	4
Errori metabolici/mal. neurodegenerative	Tay-Sachs, Fenilchetonuria	8
Cause perinatali	Meningite, Sindrome fetotoalcolica, Sindrome anossico-emorragica neonatale	4
Cause postnatali	Traumi, meningite, ipotiroidismo	5
Sconosciuta	Paralisi cerebrale infantile	21
Ritardo mentale familiare	Ambientale, ereditario	6
Totale		100

ambito sociale sa utilizzare i servizi pubblici e acquisisce una buona autonomia nelle routine quotidiane e sul lavoro. Il soggetto con ritardo mentale medio raggiunge il pensiero rappresentativo di Piaget, sa parlare e comunicare, è autonomo nell'igiene personale e nel pasto, può essere inserito in un lavoro protetto. La persona con ritardo mentale grave si ferma al pensiero sensomotorio di Piaget, non sa parlare, può ricorrere alla comunicazione aumentativa alternativa non

verbale, può vivere in comunità protetta con supervisione e supporto continuativi. Visti i criteri precedenti, ne deriva che la diagnosi di ritardo mentale con le scale psicometriche di Wechsler può essere posta solo dopo i 4 anni di età. Sotto i 4 anni non sono disponibili scale psicometriche affidabili per misurare le abilità cognitive, ma solo scale di sviluppo psicomotorio quali le scale di Brunet-Lézine o di Griffith, che forniscono un quoziente di sviluppo psicomotorio (QD),

non sempre correlabile al QI successivo ai 4 anni di età.

Quando il pediatra deve richiedere un quoziente intellettivo?

Il pediatra deve sospettare un ritardo mentale e inviare il bambino a un servizio specialistico per la valutazione del quoziente intellettivo in queste situazioni:

- In età prescolare, quando il bambino presenta un ritardo della comunicazione verbale e gestuale, ovvero del linguaggio.
- In età scolare, quando il bambino presenta una difficoltà di apprendimento in italiano e matematica.

A questo scopo è utile a 4 anni di età la scala ELM e in seguito, dai 4 ai 6 anni di età, la subscale linguaggio del test di Denver.

Quando il bambino frequenta la scuola elementare, in occasione della visita pediatrica, il medico deve sempre chiedere ai genitori come il bambino va a scuola e cosa dicono di lui gli insegnanti di italiano e di matematica. In presenza di difficoltà, il pediatra ha due possibilità: usare dei test di screening per lettura e calcolo (come quelli del gruppo MT di Padova), oppure chiedere una relazione dettagliata agli insegnanti.

Se questi confermano difficoltà in entrambi gli ambiti e soprattutto in matematica, si impone la valutazione del QI.

Prima dei 4 anni di età il pediatra dovrà sorvegliare col test di Denver lo sviluppo psicomotorio di alcuni soggetti a rischio di evoluzione verso il ritardo mentale, e facendo attenzione ad alcune situazioni:

- I neonati con peso neonatale < 1500 g, con anossia perinatale documentata, con convulsioni neonatali, con microcefalia, con dimorfismi, con abuso di alcol e droghe nella madre in gravidanza.
- I lattanti con ritardo nelle acquisizioni posturali: capo eretto dopo i 4 mesi di età corretta, stazione seduta dopo i 9 mesi, cammino autonomo dopo i 18 mesi.

In caso di ritardo psicomotorio, dopo i 4 anni, questi bambini dovranno essere valutati con un QI.

La diagnosi eziologica del ritardo mentale medio e grave

In caso di ritardo mentale riconosciuto con QI<55, il pediatra, con successive indagini ospedaliere, dovrà indagare l'eventuale eziopatogenesi organica del ritardo. Infatti, mentre nei casi di QI di 55-69 le cause biologiche sono rintracciabili in un basso numero di casi, in presenza di QI <55 il ritardo mentale rivela un'origine biologica nell'80% dei casi.

Le cause più frequenti sono le anomalie cromosomiche e genetiche, seguite dalle malattie cerebrali e neurodegenerative e dalle infezioni e ipossie pre, peri e post-natali (tabella 3).

Nel caso del ritardo mentale medio-grave l'indagine eziologica è d'obbligo e prevede alcune valutazioni da effettuare sempre (anamnesi familiare e personale - esame obiettivo e neurologico - potenziali visivi e uditivi - cariotipo e ricerca X fragile), altre da eseguire selettivamente in base ai segni neurologici e ai dimorfismi rilevati (tabella 4).

La presa in carico

Completata la valutazione diagnostica del ritardo mentale, il pediatra deve partecipare alla presa in carico terapeutica multidisciplinare.

Sorveglianza che sia effettuato il monitoraggio evolutivo periodico con valutazione almeno annuale delle prestazioni cognitive (QI) e dell'adattamento sociale (scala di maturità sociale di Vineland). La tabella 5 offre un esempio della valutazione con la scala di Vineland di un bambino con ritardo mentale lieve (QI=55) e adattamento sociale discreto (QD Vineland = 70). Nei soggetti normali il quoziente di sviluppo alla scala di Vineland è pari a 100.

Il pediatra deve anche partecipare al piano educativo individualizzato, che ogni 6-12 mesi fissa gli obiettivi psicoeducativi da raggiungere in quel periodo. Il piano, definito dalla famiglia insieme a un team interdisciplinare composto da pediatra, psicologo o neuropsichiatra in-

TABELLA 4: INDAGINI MIRATE NEL RITARDO MENTALE MEDIO-GRAVE

Indagine	Quando e come
Neuroimmagini (RMN preferita)	In caso di: crescita anomala del cranio, segni neurologici focali. <i>Il riscontro positivo spesso non cambia il trattamento. Da valutare il rischio legato alla anestesia generale vs. scarso beneficio.</i>
Ormoni tiroidei T4-TSH	Inutili se vi è un programma di screening neonatale universale.
Dosaggio ematico del piombo	In caso di sospetta eccessiva esposizione ambientale.
Test metabolici: ammoniemia, lattacidemia, emogasanalisi, aminoacidi ematici, acidi organici urinari	In base ai segni clinici raccolti, in particolare in presenza di segni di regressione neurologica e perdita di funzioni precedentemente acquisite (marcia, linguaggio, controllo sfinterico).
MECP2 su cromosoma X per la sindrome di Rett	Nelle femmine con ritardo mentale grave, regressione della funzione manipolatoria e del linguaggio, ritiro autistico.
EEG	In presenza di storia di convulsioni.
Ricerca delezioni subtelomeriche	In caso di: dimorfismi con cariotipo normale e X fragile negativo.

TABELLA 5: SCALA DI VINELAND DI UN SOGGETTO CON RITARDO MENTALE LIEVE E DISCRETO ADATTAMENTO SOCIALE

Settore di sviluppo	Quoziente di sviluppo
Dominio della comunicazione (comprensione, produzione verbale, lettoscrittura)	60
Dominio delle abilità della vita quotidiana (personali, domestiche, di comunità)	70
Dominio della socializzazione (relazioni interpersonali, gioco e tempo libero, abilità di coping)	70
Dominio delle abilità motorie (grossolana e fine)	80
Adattamento complessivo	70

fantile, assistente sociale, insegnanti, stabilisce chi fa che cosa e chi è ne è referente per la famiglia. Nel determinare gli obiettivi da perseguire la scala di Vineland può costituire una traccia di riferimento utile, poiché fissa nei vari ambiti sociali le tappe evolutive in successione di difficoltà crescente.

A seconda dei contesti organizzativi il pediatra può essere il referente del piano, oppure può essere incaricato di occuparsi del counselling ai genitori o degli obiettivi strettamente sanitari della malattia biologica eventualmente presente. ♦

Bibliografia

- [1] Shapiro BK, Batshaw ML. Mental retardation. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelphia: Saunders Elsevier, Philadelphia, 18th Edition, 2007.
- [2] Ciotti F, Papperini R, Biasini G. Perché si è ricominciato a fare il Quoziente Intellettivo? Medico e Bambino 1989;8(5):302-10.