

Corso di Dottorato in STUDI UMANISTICI

Sede	Dipartimento di Scienze della Comunicazione, Studi Umanistici e Internazionali: Storia, Culture, Lingue, Letterature, Arti, Media (DISCUI)
Durata	3 anni
Posti a concorso	N. 1 posto con borsa finalizzata Progetto Eureka
Curriculum	<p>- curriculum Scienze umane n.1 posto con borsa:</p> <p>Rapporto tra disabilità intellettiva e comportamento adattivo in adulti istituzionalizzati e non istituzionalizzati</p> <p><i>(borsa cofinanziata da AssCoop Società Cooperativa sociale impresa sociale Ancona; Regione Marche; Università di Urbino)</i> Settore d'intervento: <i>Servizi alla persona</i> Referente: <i>Prof. ssa Carmen Belacchi</i> <i>carmen.belacchi@uniurb.it</i></p>
Borse di studio	1
Modalità di svolgimento delle prove di selezione	<p>Valutazione titoli (curriculum vitae), prova orale su temi inerenti il progetto, verifica orale della conoscenza della lingua inglese</p> <p><i>Nota: il candidato potrà scegliere di utilizzare la lingua inglese per sostenere la prova orale.</i></p>
Valutazione titoli (max 20 punti)	<p>- Curriculum vitae fino ad un massimo di punti: 20</p> <p><i>Il risultato della valutazione dei titoli sarà pubblicato mediante affissione presso la sede di svolgimento della prova orale, prima dell'espletamento della prova stessa.</i></p>
Prove di selezione (max 60 punti prova orale)	<p>Il colloquio verterà sul tema oggetto della borsa di dottorato. Oggetto di valutazione saranno:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. conoscenze teoriche generali e, in particolare, relative alle evidenze scientifiche della letteratura di riferimento 2. conoscenze di tipo metodologico generali e specifiche in rapporto al tema della ricerca <p>Nella prova orale sarà verificata la conoscenza della lingua inglese</p>
Lingua straniera richiesta	Inglese

<p>Materie su cui verte l'esame</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Psicologia dello sviluppo tipico e atipico - Psicopatologia dello sviluppo nell'arco di vita - Psicologia dell'invecchiamento - Metodologia della ricerca
<p>Diario e sede della prova</p>	<p>La prova orale si svolgerà giovedì 18 ottobre alle ore 15,00 presso la sede del Polo Didattico Scientifico "Paolo Volponi" – Studio prof.ssa Belacchi, piano B -Via Saffi,15 -Urbino</p>
<p>per informazioni sugli aspetti amministrativi</p>	<p>Inviare all'indirizzo mail: dottorato@uniurb.it Come oggetto del messaggio indicare DOTTORATO EUREKA</p>
<p>per informazioni sugli aspetti scientifici</p>	<p>Segreteria del Dipartimento di Scienze della Comunicazione, Studi Umanistici e Internazionali: Storia, Culture, Lingue, Letterature, Arti, Media – Via Saffi,15 tel.0722 305760 segreteria.discui@uniurb.it</p> <p>Coordinatore del corso di dottorato: Prof. Giovanni Boccia Artieri mail: giovanni.bocciaartieri@uniurb.it</p> <p>Referente progetto: Prof.ssa Carmen Belacchi mail: carmen.belacchi@uniurb.it</p> <p>Come oggetto del messaggio indicare DOTTORATO EUREKA</p>
<p>TITOLO:</p> <p>Rapporto tra disabilità intellettiva e comportamento adattivo in adulti istituzionalizzati e non istituzionalizzati</p> <p>AMBITO di ricerca:</p> <p>SERVIZI ALLA PERSONA</p> <p>PROGRAMMA di RICERCA</p> <p>Premessa</p> <p>Sia la concezione sia la gestione della condizione della disabilità intellettiva esprimono e inseriscono e influenzano rappresentazioni socio-culturali più generali. Fino agli anni '60 del secolo scorso prevalso un approccio pseudoscientifico, ideologicamente orientato, che ha comportato segregazione ed esclusione sociale degli individui affetti da differenti patologie e/o disturbi psichici tra cui quelli con deficit cognitivi. In seguito, si è progressivamente affermato un approccio volto all'integrazione e più recentemente all'inclusione di diverse categorie di individui che presentano alcune difformità rispetto alla norma, privilegiando, in particolare, bambini e individui in età evolutiva (es. L. 517/1977).</p> <p>Un indicatore di tale cambiamento è possibile individuarlo emblematicamente anche nel passaggio dalle denominazioni generiche, più o meno svalutative ("idiozia", "deficienza mentale", "subnormale mentale", "handicap mentale" e "ritardo mentale"), ad espressioni più scientificamente e politicamente corrette quali "disabilità intellettiva o cognitiva" (Goodey, 2005; Mercer, 1992; Schroeder et al., 2000; Stainton, 2001; Trent, 1994; Wright e Digby, 1996).</p> <p>Parimenti sono cambiati i criteri diagnostici del disturbo cognitivo e dei relativi livelli di gravità, nonché le linee guida per la cura e gestione degli individui che ne sono affetti.</p>	

Minor attenzione è stata finora rivolta agli adulti con disabilità intellettiva, per i quali più spesso e più lungo è prevalso un approccio istituzionalizzante, anche dopo il superamento della logica dell'istituzione totale (L. 180/1978). Dalla fine degli anni '70 hanno iniziato, infatti, a diffondersi strutture orientate più verso uno scopo terapeutico e riabilitativo e non di mera custodia, quali diversi tipi di servizi diurni, come i Centri Educativi Occupazionali Diurni (CEOD), alternativa ai ricoveri ospedalieri inappropriati o alla residenzialità forzata. La legge quadro n.104/1992, per l'assistenza e l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate, ha previsto "centri socio-riabilitativi educativi a carattere residenziale" e le "comunità alloggio". Successivamente la Legge n. 328/2000 ha disposto l'istituzione in ogni ambito territoriale di "centri socio-riabilitativi" e di "strutture residenziali semiresidenziali per soggetti con fragilità sociale" (art. 22).

I servizi residenziali consistono in istituti o comunità di piccole dimensioni che accolgono le persone disabili che non possono godere, in modo temporaneo o permanente, del supporto delle famiglie. Tali strutture residenziali e/o semiresidenziali di nuova concezione si configurano come veri e propri servizi di accoglienza e supporto per utenti e famiglie al fine di soddisfarne i bisogni e nel contempo valorizzare risorse e competenze residue degli individui con disabilità.

Complementarmente alle strutture residenziali e semiresidenziali la normativa vigente prevede il servizio assistenza domiciliare (SAD) e il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Il SAD, erogato dal Comune, è rivolto a persone non autosufficienti con diversi livelli di dipendenza supportandole nello svolgimento di diverse attività domestiche e/o svolte all'esterno (ad es., piccole commissioni, partecipazione alla vita sociale, a spettacoli, iniziative sportive, ecc..). L'obiettivo principale è mantenere le persone presso il proprio ambiente di vita, evitandone l'esclusione dalla vita sociale e l'emarginazione. Il Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) aggiunge all'intervento dell'assistenza domiciliare anche le cure mediche e/o riabilitative necessarie al fine di promuovere il benessere della persona e di ridurre i costi sociali di una gestione istituzionalizzata.

Stato dell'arte

Uno dei problemi connessi alla gestione degli adulti con disabilità intellettiva, sia istituzionalizzati che non istituzionalizzati, è l'assenza, nella maggioranza dei casi, di valutazioni periodiche dei loro livelli di competenze e abilità successivamente alla prima diagnosi. Inoltre, recentemente gli Organismi sanitari internazionali hanno modificato criteri e parametri per la prima definizione sia del disturbo intellettivo sia della sua gravità, ma questo non ha ancora avuto le adeguate applicazioni sul piano del monitoraggio di come evolve la condizione della disabilità intellettiva nel corso dell'età adulta nell'invecchiamento.

In particolare non si ha un'adeguata conoscenza del rapporto tra livelli di sviluppo intellettivo, rilevato con le tradizionali misure di QI, e il livello di comportamento adattivo (CA), come è attualmente richiesto dai criteri diagnostici e dalle linee guida vigenti.

Per quanto riguarda i criteri di inquadramento diagnostico, nel DSM-IV si parlava ancora di "ritardo mentale", inserendo questa condizione nella sezione dei disturbi di personalità e definendolo come "un funzionamento intellettivo generale significativamente al di sotto della media" (pag. 37).

In altre parole, la diagnosi si basava su un criterio esclusivamente psicometrico, ovvero su una misura complessiva del QI (<70), e delle relative fasce di gravità: di grado lieve ($50 < QI < 70$) medio ($34 < QI < 50$) e grave ($QI < 34$).

È con il DSM 5 (2013) che viene riconosciuta l'insufficienza di una diagnosi meramente basata su una misura psicometrica del Q.I., attribuendo complementare importanza al Comportamento Adattivo (C.A.) che valuta i livelli di autonomia e indipendenza nella gestione dei propri bisogni di un individuo nell'arco di vita, in rapporto a persone di pari età cronologica e contesto culturale (Doll, 1965; Nihl, 1999; Sparrow et al., 1984, 2005; Luckasson et al., 2009; Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010).

La disabilità intellettuale viene pertanto definita come (DSM-5, 2013, p.37-38):

“un disturbo con esordio nel periodo dello sviluppo che comprende deficit del funzionamento intellettuale che adattivo negli ambiti concettuali, sociali e pratici devono essere soddisfatti i seguenti criteri:

A. *Deficit delle funzioni intellettive, come ragionamento, problem solving, pianificazione, pensiero astratto, capacità di giudizio, apprendimento scolastico e apprendimento dall'esperienza, confermati sia da una valutazione clinica sia da test dell'intelligenza, individualizzati, standardizzati.*

B. *Deficit del funzionamento adattivo che porta al mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socioculturali di autonomia e di responsabilità sociale. Senza un supporto costante, i deficit adattivi limitano il funzionamento in uno o più attività della vita quotidiana, come la comunicazione, partecipazione sociale e la vita autonoma, attraverso molteplici ambienti quali casa, scuola, ambiente lavorativo e comunità.*

C. *Esordio dei deficit intellettivi e adattivi durante il periodo di sviluppo.”*

Solo recentemente pertanto, come raccomandato per la prima volta dall'American Association on Mental Retardation (1959), viene esplicitamente riconosciuta l'esigenza di valutare se e in che misura le carenze intellettive limitino il funzionamento dell'individuo in diverse aree della vita quotidiana influenzandone i livelli di adattamento in diversi contesti di vita.

Tra l'altro le linee guida proposte di Organizzazione Mondiale della Sanità (2018) per la definizione del disturbo dello sviluppo intellettuale indicano che dove non sono disponibili test normati, appropriatamente e standardizzati la diagnosi dei disturbi dello sviluppo intellettuale richiede maggiore riferimento al giudizio clinico basato su appropriate evidenze e indicatori di valutazione dei comportamenti.

In aderenza a questa nuova prospettiva, Tassè ed al. (*submitted*) hanno proposto alcuni indicatori comportamentali (desunti da 658 individui con disabilità intellettuale esaminati nell'ambito della standardizzazione italiana delle Scale Vinlands-II Survey Form: Balboni et al., 2016) che hanno contribuito alle linee guida per una valutazione clinica della presenza e della gravità di deficit di funzionamento intellettuale e nei comportamenti adattivi per una diagnosi di disturbo dello sviluppo intellettuale, che compariranno nella revisione dell'ICD-11.

Obiettivi e ipotesi.

Il presente progetto di ricerca-azione intende fornire un contributo all'ampliamento delle conoscenze e all'elaborazione di possibili interventi per adulti nella condizione di disabilità intellettuale, la cui evoluzione delle abilità cognitive e dei livelli adattivi non è attualmente sufficientemente nota.

Obiettivo generale: indagare il rapporto tra livelli di sviluppo mentale e livelli di adattamento in adulti con disabilità intellettuale - istituzionalizzati e non istituzionalizzati - nell'ipotesi che diversi contesti di vita possano preservare in modo differenziato le potenzialità cognitive e adattive di tali persone.

Obiettivi specifici: individuare l'influenza, sui livelli di sviluppo considerati, di variabili quali l'età, il sesso, l'eventuale comorbilità con disturbi psichici e/o altre patologie, l'assunzione di terapie farmacologiche, i rapporti con la famiglia, gli anni di istituzionalizzazione.

Ai fini applicativi la ricerca si prefigge di individuare i punti di forza e di debolezza di adulti con disabilità cognitiva per l'elaborazione di programmi di recupero e/o potenziamento di risorse residue per favorire il loro benessere sia quello di caregiver ed educatori/operatori.

Risultati attesi

1. Più alti livelli di adattamento, in generale, e differenziati per area di adattamento, rapporto a migliori livelli cognitivi
2. Generale deterioramento cognitivo e adattivo al crescere dell'età
3. Migliore livello di adattamento in individui, con pari livello di sviluppo intellettuale, non istituzionalizzati rispetto a quelli istituzionalizzati, essendo i primi esposti ad una più ampia gamma di esperienze in contesti più ricchi e differenziati
4. Differenziato comportamento adattivo nelle donne rispetto agli uomini in specifiche aree di comportamento
5. Differenziato comportamento adattivo nel caso di comorbilità con diversi tipi di disturbi psichiatrici

Il raggiungimento dei risultati attesi nei tre anni di durata del progetto è così articolato:

- Primo anno: analisi della letteratura, selezione e predisposizione degli strumenti somministrare ai partecipanti; reclutamento del campione (disabili intellettivi istituzionalizzati e non istituzionalizzati), prime rilevazioni per la fase pilota dello studio.
Secondo anno, fase di raccolta dati attraverso la somministrazione degli strumenti selezionati ai due gruppi di partecipanti con disabilità (istituzionalizzati e non istituzionalizzati) e ad un gruppo caregiver/educatori per esplorare i loro bisogni/disagi;
- Terzo anno: analisi dei dati e interpretazione dei risultati; elaborazione di proposte operative sulla base dei risultati ottenuti dalla fase di rilevazione, scrittura della tesi di dottorato e stesura di articolo scientifico. Divulgazione dei risultati del progetto sul territorio locale, regionale e in contesti scientifici più ampi (ad esempio, presentazione convegni).

METODOLOGIE UTILIZZATE, MODALITA' DI SVOLGIMENTO (sia presso l'Università che presso l'impresa) **E IMPATTO ATTESO:**

Metodo

Partecipanti

Lo studio prende in esame due tipologie di individui:

- 1) adulti con disabilità intellettiva istituzionalizzati e non istituzionalizzati
- 2) operatori/educatori/caregiver di cui verranno rilevati motivazioni, bisogni, richieste e stato di benessere/malessere psicorelazionale

Gli individui affetti da disabilità verranno appaiati, il più possibile, per età, sesso e tipo di diagnosi. In entrambi i gruppi verrà somministrata la stessa batteria di test (vedi il paragrafo strumenti).

La scala Vineland – Il Survey Form sarà sottoposta, in forma di intervista semistrutturata, come previsto dalla procedura, agli operatori/educatori o a caregiver, rispettivamente per gli adulti istituzionalizzati e per quelli non istituzionalizzati.

Strumenti

La batteria di test e delle prove da somministrare agli individui con disabilità mira alla misurazione principalmente dello sviluppo intellettuale (scala WAIS) e del comportamento adattivo (scale Vineland). Saranno utilizzati anche altri test (vedi tabella di sintesi degli strumenti). Per fornire misure complementari e/o di approfondimento delle dimensioni indagate (es. abilità linguistiche e concettuali) oltre alla rilevazione di possibili quadri sindromici di tipo psichiatrico).

Valutazione dell'intelligenza

- La scala Weschler Adult Intelligence Scale- Fourth Edition (WAIS 4) rileva 4 dimensioni
 - Comprensione verbale,
 - Ragionamento visuo-percettivo.
 - Memoria di lavoro,
 - Velocità di elaborazione.

Tale strumento permette la valutazione complessiva del funzionamento intellettuale generale consentendo di individuare profili cognitivi differenziati, le aree di forza e di debolezza attraverso la valutazione di 4 abilità diverse, superando in un certo qual modo la dicotomia tra QI Verbale e QI Performance. Può essere somministrata ad adolescenti e adulti di età compresa tra i 16 e i 90 anni.

- Il test Matrici di Raven Forma Colore (CPM) valuta la componente di intelligenza fluida; è indicato per individui in età evolutiva, adulti affetti da disabilità intellettiva e persone anziane (Belacchi et al., 2008).

L'adattamento e la sua misurazione

Rilevare il funzionamento adattivo permette non solo di individuare i livelli di autonomia e comportamenti adeguati ai diversi contesti di vita ma anche, la possibilità di impostare interventi riabilitativi per aiutare l'individuo ad affrontare varie situazioni della vita quotidiana. Infatti in una stessa persona le limitazioni possono coesistere con punti di forza in altre aree.

Le Scale Vineland (Vineland Behaviour Scales di Sparrow, Cicchetti & Balla, 2005, adattamento e standardizzazione italiani di Balboni et al., 2016) rappresentano lo strumento più utilizzato per la valutazione del comportamento adattivo (aree: concettuale, sociale e pratica), permettono di valutare come l'individuo si comporta in determinate situazioni della vita quotidiana, nella gestione della propria autonomia. Permettono di individuare i punti di forza e di debolezza del comportamento adattivo su cui si può impostare un programma di intervento individualizzato. Le scale sono utilizzate con soggetti di età compresa tra 0 e 90 anni. Si tratta di un'intervista semi-strutturata che viene somministrata alla persona che meglio conosce l'individuo e misura il comportamento adattivo in diversi ambiti di funzionamento: comunicazione funzionale (ricettiva, espressiva e mediante scrittura), abilità di vita quotidiana (autonomia nell'affrontare i compiti della vita quotidiana in ambito domestico e di comunità), socializzazione (abilità nella gestione delle relazioni interpersonali, del gioco e del tempo libero) e abilità motorie (motricità fine e globale). Permette inoltre di classificare i livelli di gravità nei limiti del comportamento adattivo in 4 cluster: 1 lieve, 2 moderato, 3 grave, 4 profondo. Come propongono Tassé e colleghi (*submitted*), nel caso di disabilità intellettiva lieve negli adulti,

ambito concettuale: sono compromessi il pensiero astratto, la funzione esecutiva (ad es. elaborazione di strategie, pianificazione...) e la memoria a breve termine, così come l'uso funzionale delle abilità scolastiche. In ambito sociale: l'individuo presenta difficoltà alle interazioni sociali in quanto comunicazione e il linguaggio sono più immaturi rispetto a quanto atteso in base all'età. Per quanto riguarda invece l'ambito pratico: l'individuo può riuscire nella cura personale, necessitando di un aiuto per fare acquisti, gestire la casa, le finanze, preparare i pasti.

Nel caso di disabilità intellettiva moderata nell'adulto, in ambito concettuale: lo sviluppo delle abilità matematiche è fermo alle elementari e richiedono un sostegno continuo per portare a termine attività concettuali nella vita quotidiana. In ambito sociale: l'individuo presenta un linguaggio parlato povero e le capacità di relazione sono evidenti nei legami stretti con i familiari o con amici. Le capacità di giudizio sociale e di prendere decisioni risultano compromesse. In ambito pratico: l'individuo dopo un lungo periodo di insegnamento può prendere parte a tutte le attività domestiche, con opportuno sostegno può anche raggiungere una certa indipendenza lavorativa.

Nel caso di disabilità intellettiva grave, in ambito concettuale: il raggiungimento di abilità concettuali è limitato. In ambito sociale: il linguaggio è limitato e l'individuo potrebbe dover ricorrere a strumenti aumentativi. Nell'ambito pratico richiede sostegno in ogni attività quotidiana, per lavarsi, vestirsi, prendere decisioni, partecipare a compiti domestici...

Infine nel caso di disabilità intellettiva estrema in ambito concettuale: possono essere acquisite determinate abilità visuo-spaziali per agevolare l'uso degli oggetti, tuttavia però può presentare compromissioni motorie e sensoriali. In ambito sociale: l'individuo presenta una limitata comprensione del linguaggio, può comprendere alcuni gesti o istruzioni semplici. Inoltre in ambito pratico: l'individuo necessita di un sostegno per ogni aspetto della vita quotidiana.

Tabella di sintesi degli strumenti utilizzati:

Test	Area indagata	Riferimenti bibliografici
Weschler Adult Intelligence Scale- Fourth Edition	Funzionamento intellettivo e delineazione di profili cognitivi	Weschler, D. (2008)
Standard Progressive Matrice	Intelligenza non verbale	CPM (Raven, 1998) standardizzazione italiana Belacchi et al., 2008)
Prova di fluency semantica	Ampiezza del bagaglio lessicale.	Batteria ENB, Esarc Neuropsicologico Breve (Mondini, Mapelli, Vestri e Bisiacchi, 2003)
Prove di fluency categoriale	Organizzazione concettuale semantica	Batteria BVN 12-18 (Gugliotta Bisiacchi, Cedron, 2009)
Prova ML verbale	Memoria di lavoro semantica	Versione semplificata da Belacchi Palladino, 2017
Test per disturbi psichiatrici	UCLA Neuropsychiatric Inventory (UCLA-NPI)	Cummings, Mega, Gray, Rosenber, Thompson, Carusi, Gornbein, 1994; Cummings, 1997
Competenza definitoria	Abilità di esplicitare il significato delle parole.	Belacchi, Benelli, 2007
Scale Vineland II- Survey Interview Form	Comportamento adattivo	Sparrow, Cicchetti & Balla, 2001 (adattamento e standardizzazione italiana di Balboni, Belacchi Bonichini e Coscarelli 2016).

Procedura

La somministrazione delle prove della Batteria selezionata sarà effettuata individualmente e in più sedute, secondo i tempi e la disponibilità attentiva delle singole persone.

La Scala Vineland verrà somministrata individualmente a caregiver e ad operatori/educatori.

Impatto atteso

Il progetto di ricerca-azione proposto mira a valutare il rapporto tra funzionamento intellettivo adattivo, da un lato, per aumentare le conoscenze in questo ambito, dall'altro, per poter elaborare interventi individualizzati, fornendo le strategie necessarie per affrontare situazioni di vita quotidiana di adulti con disabilità intellettiva, migliorandone la qualità della vita, oltre che l'inclusione sociale. Le ricadute applicative consisteranno nella possibilità di individuare prassi idonee a gestire questo tipo di disturbo, preservando e potenziando le abilità residue delle persone in tale condizione attraverso il miglioramento dei servizi socio-educativi offerti.

In sintesi, l'impatto atteso sarà duplice:

1. a livello teorico: ampliamento delle conoscenze in un settore rilevante ma poco indagato
2. a livello delle politiche gestionali, socio-economiche, nell'ambito sia nazionale che a livello di territorio locale, con ricadute specifiche sulla progettualità e funzionalità delle strutture residenziali deputate a fornire servizi qualificati a persone in condizione di fragilità personale e sociale.

Consenso informato e informativa ai partecipanti

Le informazioni complete sullo studio e i dettagli del protocollo saranno discussi con ciascun potenziale partecipante e il suo tutore e sarà ottenuto un Consenso Informato scritto prima di espletare qualsiasi procedura relativa allo studio. Le informazioni saranno fornite da chi effettuerà la ricerca utilizzando un linguaggio comprensibile.

Il modulo di Consenso informato e la spiegazione includeranno: informazioni dettagliate sul rationale per cui si svolge la ricerca, sul suo scopo, sulle metodologie e procedure utilizzate descrivendo in dettaglio le modalità della raccolta dei dati. La comprensione del modulo di consenso verrà accertata con domande specifiche.

I partecipanti saranno rassicurati che la loro partecipazione è volontaria e che il ritiro dallo studio non avrà alcuna influenza sul trattamento e sulla relazione con i curanti. I partecipanti potranno richiedere la sospensione dallo studio e le valutazioni effettuate verranno restituite.

Il modulo di Consenso, firmato e datato, sarà conservato dal ricercatore (così come parte della registrazione dello studio) e una copia, firmata e datata, sarà consegnata al partecipante o tutor. Il modulo includerà tutti gli elementi richiesti del Consenso Informato secondo le disposizioni vigenti.

Il modulo di Consenso sarà sottoposto all'approvazione del Comitato Etico, insieme all'intero progetto di ricerca, prima che lo studio abbia inizio e ogni modifica successiva dovrà essere risottoposta e approvata.

In ottemperanza alla normativa in materia di privacy, le informazioni relative ai partecipanti allo studio saranno tenute riservate e gestite secondo le disposizioni vigenti. In particolare, le cartelle cliniche dei pazienti e i loro dati saranno custoditi in modo appropriato e le informazioni non saranno rivelate a terzi: verrà garantito l'anonimato, attraverso l'utilizzo di codici di identificazione dei partecipanti e i dati raccolti saranno trattati esclusivamente in forma aggregata e anonima.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (APA) (2013), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-5).
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders - fourth edition - Text Revision. APA, Washington.

- Belacchi C., Benelli B. (2007), Il significato delle parole. La competenza definitoria nello sviluppo tipico e atipico, Il Mulino, Bologna
- Belacchi C., Scalisi T.G., Cannoni E., Cornoldi C. (2008) CPM. Coloured Raven Matrices. Standardizzazione italiana. Manuale, Giunti OS, Firenze
- Balboni G., Belacchi C. Bonichini S., Coscarelli A. (2016), Adattamento e standardizzazione italiana delle Scale Vineland II-Survey Form (Sparrow, Balla & Cicchetti, 2005), OS Giunti, Firenze.
- Cummings, J.L., (1997) The Neuropsychiatric Inventory: assessing psychopathology in dementia patients, *Neurology*; 48(5 Suppl 6): S10-6
- Cummings, J.L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D.A., Gornbein, J.(1994) The neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 44: 2308-2314
- Goodey, C.F. (2005). Blockheads, roundheads, pointed heads: Intellectual disability and the brain before modern medicine. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41, 165–183.
- Mercer, J.R. (1992). The impact of changing paradigms of disability on MR in the year 2000. In L. Rowitz (Ed.), *Mental retardation in the year 2000* (pp. 15–38). New York: Springer-Verlag.
- Luckasson, R., (1992), *Mental Retardation Workbook. Definition, Classification and Systems of Support*, Asociacion Americana de Retardacion Mental, Spagna.
- Organizzazione delle Nazioni Unite (2006), *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*.
- Rivolta, L., Michelotti, C. e Lang, M. (2010), Un nuovo modello di intelligenza: la teoria di Cattell-Horn-Carroll (CHC). *La newsletter del testing psicologico*, 2010 pag 1-2.
- Schalock R. L., Gardner, J.F., & Bradley, V.J. (2010). *Quality of life for persons with intellectual and other development disabilities: Application across individuals, organizations, communities, and systems*. Washington, DC: American Association on Intellectual and Development Disabilities.
- Schalock, R.L., Luckasson, R.A., Shogren, K.A.(2008) Nuova dicitura per il ritardo mentale comprendere il passaggio verso il termine disabilità intellettiva. *AJMR*, Vol. 6 (1)
- Schroeder, S.R., Gertz, G., & Velazquez, F. (2002). *Final project report: Usage of the term 'mental retardation': Language, image and public education*. Lawrence: University of Kansas, Center on Developmental Disabilities.
- Snell, M.E., & Voorhees, M.D. (2006). On being labeled with mental retardation. In H.N. Switzky & S. Greenspan (Eds.), *What is mental retardation: Ideas for an evolving disability* (pp. 61–80). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2005). *Vineland-II: Vineland Adaptive Behaviour Scales* (2nd ed.). Minneapolis, MN: Pearson Assessments.
- Stainton, T. (2001). Reason and value: The thoughts of Plato and Aristotle and the construction of intellectual disability. *Mental Retardation*, 39, 452–460.
- Tassé, M.J., Balboni, G., Navas, P., Luckasson, R., Nygren, M.A., Belacchi, C., Bonichini, S., Reed, G., M. Kogan, C., S. (2018), Identifying behavioural for intellectual functioning and adaptive behaviour for ICD-11 disorders of intellectual development. (Submitted)
- Trent, J.W., Jr., *Inventing the feeble mind: a history of mental retardation in the USA*, University of California press, Berkeley 1994
- Wechsler, D., (2008-2013), *Wechsler Intelligence Scale-WPPSI III, WISC IV, WAIS IV*, Giunti OS. Firenze
- Wechsler, D. (2008). *WAIS-IV: Wechsler Adult Intelligence Scale*. San Antonio, TX: Pearson
- Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS (2001), *ICF. International classification of functioning, disability and health*, World Health Organization, Geneva (trad. it. *ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Erickson, Trento, 2002.
- Wright, D., & Digby, A. (Eds.). (1996). *From idiocy to mental deficiency*. London: Routledge.

SEDI DI SVOLGIMENTO:

Il progetto di ricerca sarà svolto, in aderenza a quanto prevede il bando regionale almeno per la metà del tempo presso l'Università di Urbino Carlo Bo e l'altra metà presso la sede della AssCoop, "Centro del tempo libero San Lazzaro" a Fano, via del Ponte, 73/A e "Casa Penelope" a Fano, Loc. Madonna Ponte Strada San Michele, 39/b

STAGE ALL'ESTERO

Lo stage all'estero sarà svolto presso la J.Moore University di Liverpool, sotto la supervisione del Dott. PHD David Giofrè. La finalità dello stage sarà l'approfondimento delle conoscenze teoriche

e metodologiche relative allo studio delle caratteristiche cognitive e adottive della disabilità intellettiva in età adulta con lo scopo finale di promuovere l'inclusione sociale di individui in tale condizione.