

Osservare la persona con disabilità che invecchia: è un compito solo del clinico?

Annalisa Morganti*

monografia

Sommario

L'aumento progressivo delle aspettative di vita per le persone con disabilità intellettiva rappresenta attualmente uno spaccato di studi innovativo e in continua espansione. Considerando le numerose problematiche che ruotano intorno al problema, e le loro ripercussioni in vari ambiti e settori professionali (sanitario, educativo, riabilitativo, sociale), questo contributo evidenzia la necessità e l'urgenza di definire dei protocolli condivisi di valutazione dei segnali plurimi di decadimento connessi all'avanzare dell'età nelle persone con disabilità intellettiva. Pur considerando la salute come una componente indispensabile ai fini di tale valutazione, vi è l'esigenza di esaminare anche altri aspetti altrettanto indispensabili e funzionali a una vita autonoma e a un migliore adattamento all'ambiente, come la funzionalità cognitiva, l'integrazione sociale, il benessere emozionale e gli stili di vita.

Introduzione

Le prospettive di vita della popolazione mondiale hanno registrato un progressivo incremento e questo dato incontrovertibile si è riflesso anche sulla popolazione con disabilità che, secondo le stime della World Health Organization (2011), sarà destinata a crescere in misura esponenziale nei prossimi anni, tanto da diventare il 20% di quella globale con più di 60 anni entro il 2050.

Nonostante le differenze derivanti dal livello di sviluppo di ogni Paese, si calcola che l'età della popolazione con disabilità aumente-

rà notevolmente ovunque e questo passaggio storicamente importante dal punto di vista demografico, in particolare per le nazioni ad alto reddito, si accentuerà nel corso del XXI secolo (vedi tabella 1).

In Italia gli scenari evolutivi non sono diversi: l'Istat (2009), ipotizzando che i tassi di disabilità¹ non mutino nel tempo e restino uguali a quelli osservati negli ultimi anni disponibili (2004-2005), stima che il numero

¹ Occorre precisare che, nel rilevare il fenomeno della disabilità in Italia, l'Istat ne fornisce una definizione limitata, concependola come una categoria che dovrebbe comprendere solo persone che presentano gravi difficoltà in almeno una delle seguenti aree: movimento, funzioni quotidiane e comunicazione (vista, udito o parola).

* Ricercatrice di Didattica e Pedagogia Speciale, Università di Perugia.

TABELLA 1
Tendenza globale all'invecchiamento della popolazione disabile nel mondo (WHO, 2011)

LIVELLO DI REDDITO DEL PAESE	MEDIANA (ANNI)			
	1950	1975	2005	2050
Paesi ad alto livello	29.0	31.1	38.6	45.7
Paesi a medio livello	21.8	19.6	26.6	39.4
Paesi a basso livello	19.5	17.6	19.0	27.9
Mondo	23.9	22.4	28.0	38.1

di persone con disabilità nel 2035 aumenterà del 65%, con un coinvolgimento soprattutto della popolazione anziana; a oggi, quasi la metà di questa — 1.200.000 individui — ha più di ottant'anni.

A questi riferimenti più generali ne aggiungiamo di specifici, riguardanti l'ampliamento delle prospettive di vita delle persone con disabilità intellettiva, aumentate di quasi sei volte negli ultimi 50-60 anni. Pensare a una vita oltre i 55 anni è possibile per almeno il 50% di questi individui e, oltre i 68 anni, per il 14%. L'accesso precoce ai servizi medico-sanitari e gli interventi clinici e riabilitativi mirati sono fattori che più di altri hanno inciso su questo prolungamento, passando da una media di 12 anni nel 1940 a una media di 60 anni nel 2006 (Baird e Sadovnick, 1988; Bittles et al., 2007).

Numerose ricerche hanno mostrato le ripercussioni che l'avanzamento dell'età ha sul declino dei processi cognitivi delle persone con disabilità mentale, in particolare nei soggetti con sindrome di Down, maggiormente interessati da un invecchiamento precoce, con il rischio di incorrere in forme di demenza di tipo Alzheimer per analogie fra le modalità degenerative del sistema nervoso centrale (Nelson et al., 2001; Prasher et al., 2003; Bush e Beail, 2007; Cottini e Lani, 2006; Cottini, 2008).

La prevalenza della malattia di Alzheimer correlata a demenza negli adulti con sindrome di Down varia dallo 0 al 2%, in quelli di età inferiore ai 40 anni, e per oltre il 40% in quelli d'età superiore ai 60 anni (Prasher e Filer, 1995; Holland et al., 1998; 2000), con un declino della memoria di lavoro (*working memory*) che rappresenta uno dei primi indicatori di demenza (Oliver et al., 1998; Nelson et al., 2001; Devenny et al., 2002). Una premessa ricca di dati che evidenzia come il problema dell'invecchiamento, e dell'invecchiamento della popolazione con disabilità intellettiva, sia reale, consistente e complesso, e sulla quale è necessario riflettere per scoprire le *potenzialità* inattese di un ciclo di vita considerato per lo più inconsistente e improduttivo (Morganti, 2008).

In questo contributo saranno sviluppate alcune riflessioni che serviranno ad approfondire il rapporto tra l'invecchiamento e la qualità di vita delle persone con disabilità intellettiva. Nello specifico si esaminerà non solo la necessità di individuare paradigmi concettuali, condivisi e riconosciuti, che facciano da *trait d'union* nella creazione di modalità d'intervento integrate e collaborative tra ambiti e professionalità differenti che si occupano di invecchiamento (il «parlare la stessa lingua»), ma anche la definizione di sistemi di valutazione (e monitoraggio) dei

segnali plurimi di decadimento connessi all'avanzare dell'età della popolazione con disabilità mentale, sui quali occorre costruire interventi abilitativi-riabilitativi integrati finalizzati alla creazione di progetti di vita personali e realistici.

Non solo salute

Se i dati quantitativi evidenziati in precedenza presuppongono un miglioramento generale delle condizioni mediche e sanitarie, che ha permesso alle persone con disabilità intellettiva di avere prospettive di vita che sarebbero state impensabili fino a qualche decennio fa, è pur vero che a queste persone (le quali saranno sempre di più nei prossimi anni) occorre offrire un *progetto di vita* adattato alla loro età, ai loro bisogni, alle loro esigenze, aspettative e possibilità realistiche.

L'ambito clinico ha esercitato senz'altro un'influenza considerevole in tal senso, ma ancora molto radicata e diffusa è la convinzione che la qualità dell'invecchiamento, dunque del *come* si invecchia, sia prevalentemente (se non esclusivamente) correlata alle dimensioni della salute fisica (Walsh, 2005).

Per quanto nessuno possa e voglia negare l'importanza delle evidenti compromissioni della funzionalità organica correlate alla patologia e all'età, è allo stesso modo rilevante considerare le ricadute di ciò sui livelli d'integrazione sociale, di adattamento all'ambiente, di possibilità di scelta (auto-determinazione), di benessere psicologico e affettivo-emozionale della persona.

Sono passati circa sessant'anni dallo storico pronunciamento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1948) riguardante il concetto di *salute* come stato di benessere fisico, mentale e sociale e

non semplicemente come assenza di malattia. Ciò ha determinato il passaggio decisivo dalle prospettive prevalentemente monodimensionali (centrate sulla componente organica), a quelle pluridimensionali in cui fattori biologici, psicologici e sociali rivestono pari importanza ai fini del benessere personale.

Da quando l'ICF (WHO, 2001) è stata adottata come quadro concettuale mondiale rispetto alla disabilità, si è arrivati a quel «compromesso» accettabile tra modelli medici e sociali che consente di parlare di *interazione dinamica* tra condizioni di salute e fattori contestuali (personali e ambientali), in un processo in continua evoluzione. Una definizione «ombrello» che lascia emergere il *valore* che nella vita, e nella qualità della vita delle persone con disabilità (bambini, giovani, adulti, anziani), assumono le relazioni sociali, le attività personali, i contesti di riferimento.

In altre parole, l'aspetto clinico che riguarda il soggetto disabile è *un* aspetto, ma non l'unico che compone la persona; di conseguenza, non potranno mai esistere due persone che, pur con la stessa compromissione funzionale, presentino le stesse riduzioni di capacità e/o restrizioni nella partecipazione sociale. Si determinano, così, diverse condizioni di disabilità che necessitano di valutazioni personalizzate, interventi e sostegni differenti in diverse età del ciclo vitale.

Queste prospettive, in considerazione di una popolazione con disabilità che avanza con gli anni, acquistano ancora più consistenza rispetto a un momento della vita in cui si crede che sia proprio la dimensione della salute fisica l'unico fattore su cui occorre intervenire per rallentare, o arginare, le problematiche connesse alla naturale involuzione causata dall'invecchiamento.

Il problema si complica quando anche le diverse figure professionali (medici, infer-

mieri, riabilitatori, psicologici, educatori, ecc.) non riescono a trovare un linguaggio comune (il parlare la «stessa lingua») e un quadro di riferimento concettuale all'interno del quale collocare sia le problematiche connesse all'invecchiamento, sia le azioni di valutazione e d'intervento.

La Qualità della Vita: un paradigma riconosciuto e condiviso

Il «viaggio nella Qualità della Vita», come lo ha definito Schalock (2004), è stato lungo ma stimolante e produttivo, sia sul piano teorico, sia su quello operativo, arrivando alla convinzione diffusa che una migliore Qualità della Vita/QdV (*Quality of Life / QoL*) sia un obiettivo *realistico*, e non solo apparente, conseguibile da tutte le persone, comprese quelle con disabilità intellettiva.

Non potendo qui ripercorrere le tappe storiche che hanno condotto all'attuale concetto di QdV (per approfondimenti si vedano World Health Organization Quality of Life Group, 1995; Felce e Perry, 1996; Felce, 1997; Schalock, 1996; Cummins, 1997; Schalock e Verdugo, 2002; Schalock e Felce, 2002), ci limiteremo a evidenziare che attualmente è considerata come:

- concetto per *sensibilizzare*, che funge da riferimento e guida alle prospettive individuali, incentrato sulla persona, le sue aspettative e il suo ambiente;
- tema *unificante*, che fornisce un quadro di riferimento per la concettualizzazione, la misurazione e l'applicazione del costruito in vari ambiti;
- costruzione *sociale*, utilizzata come principio predominante per favorire il benessere della persona su cui costruire collaborativamente cambiamenti programmatici, comunitari e societari.

Secondo questa prospettiva euristica fornita da Schalock, il termine QdV ha una natura multicomponentiale e dinamica, riferibile a una serie di *indicatori* (e *descrittori*), soggettivi e oggettivi, che compongono nella totalità il benessere della persona (non solo disabile), articolati in differenti contesti di vita (vedi tabella 2).

Facendo attenzione a non considerare la QdV per la persona con disabilità intellettiva solo come la percezione soggettiva di uno stato di benessere, ogni valutazione e ogni intervento finalizzato al suo miglioramento non possono non rifletterne questa visione olistica, ponendo in rilievo il valore *soggettivo* e *funzionale* che queste componenti rivestono. Ciò significa considerare non soltanto il significato personale che ciascuno attribuisce a certi indicatori di natura oggettiva (benessere materiale, patologia organica, ecc.), ma anche il possesso di abilità funzionali alla gestione dei medesimi, favorendo una sempre maggiore autonomia e un migliore adattamento all'ambiente (Velde, 1997; Felce, 1997; Fedeli, 2004).

Il tema dell'invecchiamento delle persone con disabilità intellettiva chiama in causa con urgenza l'operatività di tutti coloro che, con una *condivisione di responsabilità* (componenti mediche, educative, riabilitative, sociali e di politica pubblica), operano per dare risposte alle problematiche ad esso connesse.

Porre al centro dei vari interventi integrati la *persona* e la sua QdV significa avvalersi di un orientamento concettuale unificante che fornisce il *senso* dell'agire, la collaborazione al cambiamento, il raggiungimento del benessere personale e, soprattutto, un quadro sistemico per guidare gli attuali e futuri sforzi in direzione dell'inclusione sociale.

Uno studio recente (Boulton-Lewis, Buys e Tedman-Jones, 2008) mostra che non esiste un *singolo* modello d'invecchiamento di successo:

TABELLA 2
Indicatori di base e descrittori per la Qualità di Vita (adattato da Schalock, 2004)

INDICATORI	DESCRITTORI
Benessere emotivo	Contentezza, soddisfazione, stati emotivi, concetto di sé
Relazioni interpersonali	Assenza di stress, interazioni sociali, relazioni sociali (famiglia, amici, colleghi), supporti (emotivi, fisici, finanziari, feedback)
Benessere materiale	Situazione finanziaria (reddito, benefici), occupazione, ambiente di vita
Sviluppo personale	Educazione (risultati), competenza personale (cognitiva, sociale, pratica), performance (successo, realizzazione, produttività)
Benessere fisico	Salute (funzionamento, sintomi, fitness, alimentazione), attività di vita quotidiana (cura di sé, mobilità), tempo libero (attività ricreative, hobby)
Autodeterminazione	Autonomia/controllo personale (indipendenza), obiettivi e valori personali (desideri, aspettative), scelte (opportunità, opzioni, preferenze)
Inclusione sociale	Partecipazione (ruoli nella comunità), supporti sociali (rete di supporto, servizi)
Diritti	Umani (rispetto, dignità, uguaglianza), legali (cittadinanza, accesso, giusto processo)

sono così evidenti le differenze individuali che si accentuano con il tempo che l'età rischia di essere un povero e cattivo predittore di quelle che sono le competenze, necessità, capacità e attese della persona con deficit intellettivo. Se l'età, dunque, non può essere l'unica determinante, è necessario indagare quelle variazioni connesse all'invecchiamento che si manifestano singolarmente, creando sistemi valutativi e di monitoraggio centrati sull'unicità e sul singolo modo di *funzionare* della persona in interazione dinamica con l'ambiente.

Una valutazione pluridimensionale per un modello d'intervento integrato

Definire dei sistemi di valutazione e monitoraggio basati su prove di trattamento e follow-up, che evidenzino i segni di decadimento connessi all'avanzamento d'età della popolazione con disabilità

mentale, rappresenta sicuramente uno dei traguardi imprescindibili nella costruzione di un progetto di vita realistico, personale e multidimensionale per la persona con disabilità intellettiva.

Se fino a qualche tempo fa il deterioramento cognitivo connesso all'età era percepito come un problema di esclusiva competenza medica e, di conseguenza, veniva trattato prevalentemente a livello assistenziale e sanitario (lavorando soprattutto sulla patologia e i suoi sintomi), oggi, prendendo come riferimento concettuale il paradigma della QdV e, parallelamente, quello dell'ICF, questo non è più possibile.

Diversi studi dimostrano che, nelle persone con deficit intellettivo, il mero assistenzialismo, l'ospedalizzazione o, al contrario, le continue delocalizzazioni (casa-istituto-ospedale) possono accelerare la perdita di una serie di abilità funzionali alla vita autonoma, facendo diminuire forme d'interazione sociale e attività di natura ricreativa e di svago

(Dagan, Ruddick e Jones, 1998; Patti, Amble e Flory, 2010).

Si pone, dunque, l'esigenza di valutare in modo pluridimensionale, precoce e dinamico tutti quegli aspetti che s'intersecano con il decadimento legato all'avanzare dell'età, considerando come *parti integranti* della QdV della persona in situazione di disabilità intellettiva non solo le componenti patologiche, ma anche componenti specificamente umane altrettanto indispensabili all'adattamento all'ambiente e alla vita autonoma, come l'integrazione sociale, il benessere emotivo, le attività di tempo libero, l'autodeterminazione, l'autoconsapevolezza, l'autocontrollo e l'autoefficacia.

Con l'avanzare dell'età le abilità maggiormente soggette a deterioramento nel soggetto con disabilità mentale riguardano la memoria, il linguaggio, la rapidità di risposta, le capacità adattive e visuo-spaziali e i processi esecutivi (con un quadro clinico simile a forme di demenza fronto-temporale), a fianco di un significativo aumento della frequenza di eccessi e deficit comportamentali (Ball et al., 2008; Cottini, 2008; Adams e Oliver, 2010). Aspetti involutivi che non si presentano come assoluti e, soprattutto, uniformemente distribuiti su tutte le funzioni.

Di conseguenza emerge la necessità di prestare attenzione non solo a *che cosa* valutare, ma anche a *come* farlo. È difficile, oggi, circoscrivere strumenti specifici per la valutazione del decadimento connesso all'avanzare dell'età nella popolazione con disabilità intellettiva, in quanto, com'è già accaduto in numerosi studi, possono prospettarsi solo poche alternative: adattare strumenti già validati e sperimentati su popolazioni con caratteristiche diverse, o crearne di nuovi, a causa di una reale assenza in riferimento sia all'età e alla specifica popolazione, sia a specifici processi cognitivi e/o abilità funzionali alla vita autonoma.

A livello abilitativo e riabilitativo² le esigenze che si pongono riguardano prima di tutto l'identificazione dei problemi connessi al tipo di disabilità e alle sue esigenze (che definiscono gli obiettivi dell'intervento), le problematiche riguardanti i fattori ambientali (contestuali e personali), la pianificazione, l'attuazione e la valutazione degli interventi, in un sistema integrato di azioni sia a livello medico, sia a livello abilitativo (con riferimento soprattutto alla funzionalità cognitiva), in cui è la persona stessa a diventare *partner* decisivo di queste azioni finalizzate a promuovere abilità funzionali alla vita autonoma e a ridurre o arginare forme di deterioramento cognitivo, senza dimenticare le condizioni di vita e i sostegni necessari alla famiglia.

Promuovere la QdV della persona con disabilità intellettiva significa consentirle di acquisire (e possibilmente non perdere) le abilità necessarie per porsi obiettivi realistici e significativi all'interno del proprio *progetto di vita*, al fine di sviluppare e mantenere un'immagine di sé positiva e coerente con le proprie aspirazioni e aspettative.

L'entità della disabilità non è direttamente e unicamente correlabile al grado di compromissione delle funzioni o delle strutture corporee. Con l'avanzare dell'età, sia nella popolazione anziana a sviluppo tipico, sia in quella con disabilità (non solo intellettiva), le limitazioni dell'autonomia personale e sociale costituiscono ulteriori fattori d'isolamento e di dipendenza dall'esterno (famiglia, assi-

² La World Health Organization nel *Report Mondiale sulla Disabilità* copre, con il termine «riabilitazione», entrambi i tipi di intervento, abilitativo e riabilitativo, considerando quest'ultimo come «un insieme di misure che assistono individui che sperimentano, o che potrebbero sperimentare, l'incapacità di realizzare e mantenere un positivo funzionamento in interazione con i loro ambienti» (2011, p. 96). Si precisa comunque che, proprio per l'ampiezza del concetto, non tutto ciò che ha a che fare con la disabilità può essere incluso nel termine.

stenti, servizi socio-assistenziali, ecc.), che aprono nuovi interrogativi e piste di ricerca proprio sulla *qualità* dell'invecchiamento e dell'inclusione nel quadro sociale.

Bibliografia

- Adams D. e Oliver C. (2010), *The relationship between acquired impairments of executive function and behavior change in adults with Down syndrome*, «Journal of Intellectual Disability Research», vol. 54, n. 5, pp. 393-405.
- Baird P.A. e Sadovnick A.D. (1988), *Life expectancy in Down syndrome adults*, «Lancet», vol. 2, pp. 1354-1356.
- Ball S.L., Holland A.J., Treppner P., Watson P.C. e Huppert F.A. (2008), *Executive dysfunction and its association with personality and behavior changes in the development of Alzheimer's disease in adults with Down syndrome and mild to moderate learning disabilities*, «The British Journal of Clinical Psychology», vol. 47, pp. 1-29.
- Bittles A.H., Bower C., Hussain R. e Glasson E.J. (2007), *The four ages of Down syndrome*, «European Journal of Public Health», vol. 17, pp. 221-225.
- Boulton-Lewis G.M., Buys L. e Tedman-Jones J. (2008), *Learning among older adults with lifelong intellectual disabilities*, «Educational Gerontology», vol. 34, pp. 282-291.
- Bush A. e Beail N. (2007), *Risk factors for Dementia in people with Down's syndrome: Issue in Assessment and Diagnosis*, «American Journal on Mental Retardation», vol. 5, pp. 330-342.
- Cottini L. (a cura di) (2008), *Disabilità mentale e avanzamento d'età. Un modello d'intervento multidimensionale per una vita di qualità*, Milano, FrancoAngeli.
- Cottini L. e Lani B. (2006), *Ritardo mentale e avanzamento d'età: come contenere il deterioramento cognitivo. I primi dati longitudinali del progetto «Senior»*, «American Journal of Mental Retardation» (edizione italiana), vol. 4, n. 2, pp. 219-235.
- Cummins R.A. (1997), *Assessing quality of life*. In R.I. Brown (a cura di), *Assessing quality of life for people with disabilities: Models, research, and practice*, London, Stanley Thorne Publishers Ltd., pp. 116-150.
- Dagan D., Ruddick L. e Jones J. (1998), *A longitudinal study of the quality of life of older people with intellectual disability after leaving hospital*, «Journal of Intellectual Disability Research», vol. 42, n. 2, pp. 112-121.
- Devenny D.A., Zimmerli E.J., Kittler P. e Krinsky-McHale S.J. (2002), *Cued recall in early-stage dementia in adults with Down's syndrome*, «Journal of Intellectual Disability Research», vol. 46, pp. 472-483.
- Fedeli D. (2004), *La Qualità della Vita nelle persone con disabilità. Problemi metodologici e prospettive di ricerca*, «Disabilità evolutive», vol. 17.
- Felce D. (1997), *Defining and applying the concept of quality of life*, «Journal of Intellectual Disability Research», vol. 41, pp. 126-135.
- Felce D. e Perry J. (1996), *Assessment of quality of life*. In R.L. Schalock (a cura di), *Quality of Life*. Vol. 1: *Conceptualization and measurement*, Washington, DC, American Association on Mental Retardation, pp. 63-73.
- Holland A.J., Hon J., Huppert F.A., Stevens F. e Watson P. (1998), *Population-based study of the prevalence and presentation of dementia in adults with Down's syndrome*, «The British Journal of Psychiatry», vol. 172, pp. 493-498.
- Holland A.J., Hon J., Huppert F.A. e Stevens F. (2000), *Incidence and course of dementia in people with Down's syndrome: Findings from a population-based study*, «Journal of Intellectual Disability Research», vol. 44, pp. 138-146.
- Istat (2009), *La disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale*, Roma, Istat, http://www3.istat.it/dati/catalogo/20100513_00_arg_09_37_la_disabilita_in_Italia.pdf.
- Morganti A. (2008), *Le ripercussioni neurofisiologiche legate all'avanzamento d'età*. In L. Cottini (a cura di), *Disabilità mentale e avanzamento d'età. Un modello d'intervento multidimensionale per una vita di qualità*, Milano, FrancoAngeli.
- Nelson L., Orme D., Osann K. e Lott I.T. (2001), *Neurological changes and emotional functioning in adults with Down Syndrome*, «Journal of Intellectual Disability Research», vol. 45, pp. 450-456.
- Oliver C., Crayton L., Holland A., Hall S. e Bradbury J. (1998), *A four year prospective study of age-related cognitive change in adults with*

- Down's syndrome*, «Psychological Medicine», vol. 28, pp. 1365-1377.
- Patti P., Amble K. e Flory M. (2010), *Placement, relocation and end of life issues in aging adults with and without Down's syndrome: A retrospective study*, «Journal of Intellectual Disability Research», vol. 54, part 6, pp. 538-546.
- Prasher V.P. e Filer A. (1995), *Behavioural disturbance in people with Down's syndrome and dementia*, «Journal of Intellectual Disability Research», vol. 39, pp. 432-436.
- Prasher V., Cumella S., Natarajan K., Rolfe E., Shah S. e Haque M.S. (2003), *Magnetic resonance imaging, Down's syndrome and Alzheimer's disease: Research and clinical implications*, «Journal of Intellectual Disability Research», vol. 47, pp. 90-100.
- Schalock R.L. (1996), *Reconsidering the conceptualization and measurement of quality of life*. In R.L. Schalock (a cura di), *Quality of life*. Vol. 1: *Conceptualization and Measurement*, Washington, DC, American Association on Mental Retardation, pp. 129-139.
- Schalock R.L. (2004), *The concept of quality of life: What we know and do not know*, «Journal of Intellectual Disability Research», vol. 48, n. 3, pp. 203-216.
- Schalock R.L. e Verdugo M. (2002), *Handbook on quality of life for human service practitioners*, Washington, DC, American Association on Mental Retardation.
- Schalock R.L. e Felce D. (2002), *Quality of life and subjective well-being: Conceptual and measurement issues*. In E. Emerson, T. Thompson, T. Parmenter e C. Hatton (a cura di), *International handbook of methods for research and evaluation in intellectual disabilities*, New York, Wiley.
- Velde B.P. (1997), *Quality of life through personally meaningful activity*. In R.I. Brown (a cura di), *Quality of life for people with disabilities*, Cheltenham, Stanley Thornes.
- Walsh P.N. (2005), *Ageing and health issues in intellectual disabilities. Current opinion*, «Psychiatry», vol. 18, n. 5, pp. 502-506.
- World Health Organization/WHO (1948), *Constitution of the World Health Organization*, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization/WHO (2001), *ICF/International Classification of Functioning, Disability and Health*, Geneva, Switzerland, trad. it. *ICF/Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Trento, Erickson, 2002.
- World Health Organization/WHO (2011), *World Report on Disability*, WHO Press, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization Quality of Life Group (1995), *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization*, «Social Science Medicine», vol. 41, pp. 1403-1439.

Abstract

The progressive increase in life expectancies for persons with an intellectual disability currently represents a cross-section of studies which are innovative and in continuous expansion. This article highlights the need and urgency to define some common evaluation protocols of the multiple signs of deterioration associated with the ageing of persons with an intellectual disability by considering the numerous issues associated with the problem and their repercussions in various professional areas and sectors (healthcare, education, rehabilitation and social). Although considering health as an essential aspect for the purposes of this evaluation, there is also the need to examine other aspects equally essential and functional for an independent life and for a better adjustment to the environment, for example: cognitive functionality, social integration, emotional well-being and lifestyles.