

CENTRO AUTISMO TERRITORIALE (CAT)

«coloriamo
insieme il
silenzio»

Dott. Brigida
Figliolia
U.O.T.
N.P.I.A.



Perché parliamo di autismo e di neuropsichiatria infantile...?



perché.....
resta sempre
qualcosa
dell'infanzia,
sempre...

(M. Duras)



Obiettivi della NPI

La NPI ha per oggetto la salute neuropsichica in età evolutiva.

Si occupa dei disturbi neurologici, psichiatrici, neuropsicologici, con un approccio globale e multidisciplinare al bambino e alla sua famiglia.



Settori principali d'intervento in Neuropsichiatria Infantile Territoriale:

- ▶ **Neurologia dello sviluppo** (epilessia, PCI, neuropatie e miopatie ecc)
- ▶ **Neuropsicologia dello sviluppo** (disabilità intellettive, disturbi dell'apprendimento, disturbi del linguaggio e delle funzioni pratto-gnosiche, ecc.).
- ▶ **Psicopatologia dello sviluppo** (disturbi dello spettro autistico, psicosi ad esordio precoce, disturbi del comportamento alimentare, ADHD, disturbi dirompenti del comportamento, disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, ecc.).
- ▶ **Disabilità** (integrazione scolastica L104/92 - Collegio per Hp DPCM n° 185 del 23/2/06)

La diagnosi e la presa in carico precoce sono fondamentali

- per la riduzione del danno,
- per prevenire le problematiche di innesto sul minore e sulla sua famiglia,
- per prevenire il disagio psichico e psichiatrico nell'età adulta, con conseguente incremento dei costi umani e sociali

ATTIVITA'

- ▶ **Ambulatorio di diagnostica** neurologica, neuropsicologica e psicopatologica
- ▶ **Consulenze ospedaliere** (0-18 anni),
- ▶ **Collegio per l'individuazione** dell'alunno in situazione di handicap (DPCM 23/02/2006, n.185)
- ▶ **Attività di integrazione scolastica** alunni disabili delle scuole di ogni ordine e grado (L. 104 del 92)
- ▶ Valutazioni specialistiche per la **Commissione Invalidi e INPS**
- ▶ **Presa in carico psicoterapica e farmacoterapica**
- ▶ Interventi per il **Tribunale dei minori e lavoro in rete con i Servizi Sociali** in materia di patologia della cura
- ▶ **Ambulatorio dei Disturbi del Comportamento Alimentare**
- ▶ **Centro di Riferimento ADHD**

DISTURBO dello SPETTRO AUTISTICO



DISTURBO dello SPETTRO AUTISTICO

- ▶ Il **DSM V** include i **DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO** nel capitolo dei "**DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO**", considerandolo
- ▶ un disordine neuropsicologico complesso, biologicamente determinato
- ▶ congenito, che accompagna il soggetto per l'intero ciclo vitale.
- ▶ con una espressività clinica variabile da soggetto a soggetto caratterizzata da: deficit persistente nella comunicazione e nella interazione sociale, pattern di comportamenti, interessi e attività ristretti e ripetitivi

AUTISMO E DSA

Classificazione

ICD-10

- Autismo Infantile
- Autismo Atipico
- Sindrome di Rett
- Sindrome Disintegrativa dell'Infanzia di altro tipo
- Sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati
- Sindrome di Asperger
- Altre Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico
- Sindrome Non Specificata da alterazione globale dello sviluppo psicologico

DSM- IV

- Disturbo Autistico
- Disturbo di Asperger
- Disturbo di Rett
- Disturbo Disintegrativo della Fanciullezza
- Disturbo Pervasivo dello Sviluppo NAS

PROBLEMI CON CATEGORIE E CRITERI DIAGNOSTICI DEL DSM-IV-TR

" I DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO "

I disturbi non sono "pervasivi" ma specifici per le aree socio-comunicative e una sfera di interessi ristretta.

-Sindrome di Asperger

-Disturbo Pervasivo dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato

-Disturbo Disintegrativo della fanciullezza

-Sindrome di Rett

Troppa poca differenza con il disturbo autistico per meritare un'etichetta separata. Spesso scambiato per DPS-NAS

L'uso sconsigliato del DPS-NAS per i quadri ambigui ha portato a confusione e alla recente epidemia diagnostica di ASD

Sintomatologia riconducibile ad una chiara eziologia genetica. Presenza lieve e cmq ristretta nel tempo di comportamenti autistici

Da verificare qualità regressione. Presenza di sintomi riconducibili a disturbi neurologici/ neurometabolici.

DSM-5

Eliminazione delle sottocategorie

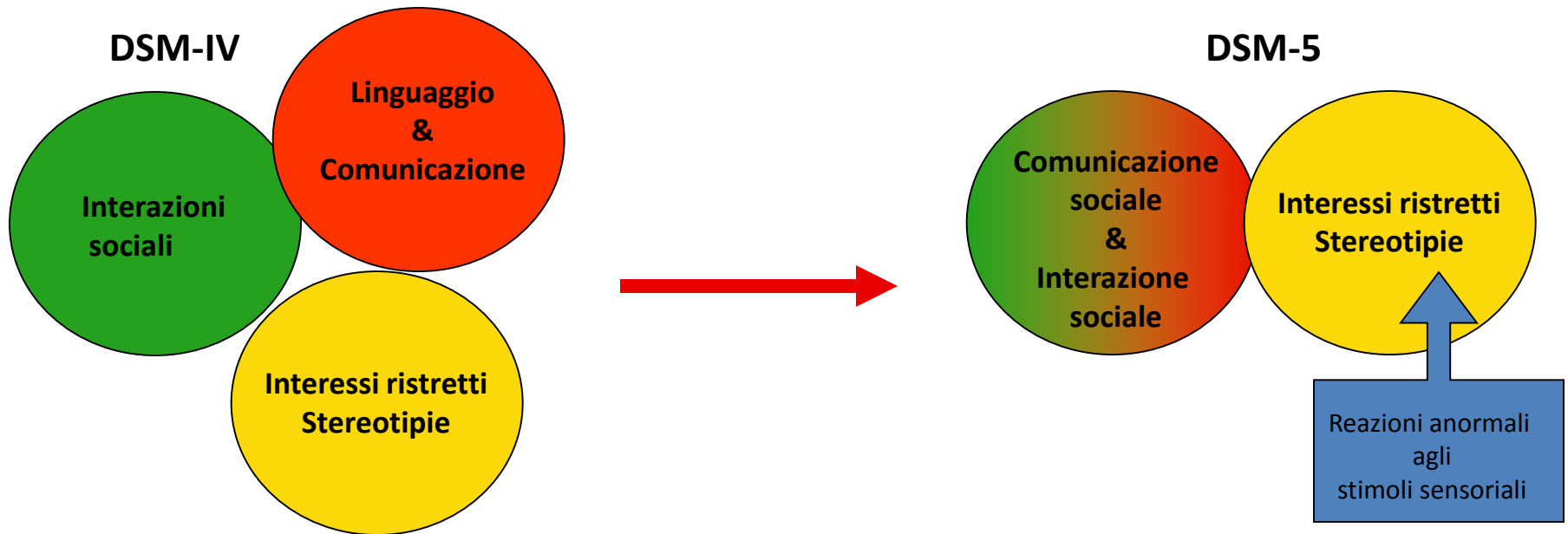
- Disturbo Autistico
- Sindrome di Asperger
- Disturbo Pervasivo dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato
- Disturbo Disintegrativo della fanciullezza
- Sindrome di Rett

Un solo spettro ma spazio e attenzione per la variabilità individuale:

- Grado di severità della sintomatologia
- Associazione con altre condizioni (mediche, genetiche, fattori ambientali)
- Abilità verbali
- Abilità cognitive

DSM-5

Ri-definizione delle aree sintomatologiche



- I deficit nella comunicazione sono intrinsecamente legati a deficit nella sfera sociale. Inutile separarli.
- I ritardi/atipie del linguaggio in quanto molto variabili nella sindrome vengono considerati un fattore che influenza l'ASD, non più un sintomo caratteristico.

Il DSM-5 ha portato i seguenti cambiamenti ai criteri diagnostici:

- Passaggio da una diagnosi categoriale ad una diagnosi dimensionale con l'utilizzo del termine Spettro dei Disturbi Autistici (ASD)
- Assenza di suddivisione in sottocategorie clinico-fenotipiche che spesso hanno mostrato i loro limiti, non fotografando appieno la realtà clinica ed esperienziale.
- Esclusione della Sindrome di Rett per accertata patologia genetica e neurologica, di S. di Asperger, dei PDD-NOS e Disturbo Disintegrativo per presenza di quadri poco chiari e mal definiti a livello clinico e prognostico.

Il DSM-5 ha portato i seguenti cambiamenti ai criteri diagnostici:

- **Criteri diagnostici formulati in due aree:** comunicazione/interazione sociale e comportamenti ed interessi ristretti e ripetitivi
- Descrizione di **un livello di gravità del quadro clinico in termini non solo di Autismo ma anche di disabilità intellettiva e di linguaggio**, elementi di quasi costante riscontro nei quadri clinici di ASD, specificando **condizioni mediche, genetiche o ambientali.**
- Inclusione di una nuova categoria: **i Disturbi Socio-comunicativi** che include una maggioranza di soggetti precedentemente diagnosticati come *High-Functioning* ma che richiederà tempo e ricerche per accertarne l'affidabilità

Il DSM-5 ha portato i seguenti cambiamenti ai criteri diagnostici:

- **Criteri diagnostici formulati in due aree:** comunicazione/interazione sociale e comportamenti ed interessi ristretti e ripetitivi
- Descrizione di un livello di gravità del quadro clinico in termini non solo di Autismo ma anche di disabilità intellettiva e di linguaggio, elementi di quasi costante riscontro nei quadri clinici di ASD, specificando **condizioni mediche, genetiche o ambientali.**
- Inclusione di una nuova categoria: i **Disturbi Socio-comunicativi** che include una maggioranza di soggetti precedentemente diagnosticati come *High-Functioning* ma che richiederà tempo e ricerche per accertarne l'affidabilità

Il DSM-5 ha portato i seguenti cambiamenti ai criteri diagnostici:

- Focalizzazione su aspetti di **Ipo/Iperreattività sensoriale**, elemento che finora era stato sotto diagnosticato malgrado la sua presenza in varie forme (tatto, odorato, gusto, ecc...) nella quasi totalità dei soggetti con Autismo.
- Questo elemento appare di particolare importanza non solo per il riconoscimento di aspetti osservabili nella realtà clinica, ma anche come stimolo a ricerche e approfondimenti in vista di **possibili strategie abilitative**.

SINTOMATOLOGIA

Il disordine si traduce in un funzionamento mentale atipico, presenta un **set di sintomi la cui ricorrenza in compresenza permette di individuare una categoria nosografica definita.**

Essi sono riconducibili alle aree funzionali:

- ▶ **dell'interazione** (riconoscimento dell'altro e del sè),
- ▶ **della comunicazione sociale** (compromissione qualitativa e quantitativa della comunicazione verbale non verbale)
- ▶ **della flessibilità dei processi di pensiero** (interessi e attività ristretti e ripetitivi, stereotipie motorie, iper/ipoattività),
- ▶ **del funzionamento adattativo sociale**

AUTISMO E DSA

Diagnosi Precoce

Inabilità nel rapportarsi con bambini o adulti



Scarsa coscienza dei pericoli



Carenza nello sguardo e nel contatto visivo



Carenza o assenza di linguaggio verbale



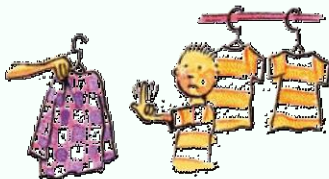
Ipersensibilità o scarsa reazione ai rumori



Utilizzo inappropriato dei giocattoli



Difficoltà ad abituarsi a cambiamenti nella routine



Strani attaccamenti agli oggetti



Risate o pianti inappropriati



DSM-5: CRITERI DIAGNOSTICI per

Autism Spectrum Disorders

Disturbo dello Spettro Autistico 299.00 (F84. 0)

Soddisfatti tutti i criteri A, B, C e D:

A. *Deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale in diversi contesti (nella condizione attuale e/o in anamnesi), non spiegabile attraverso un ritardo generalizzato dello sviluppo, e manifestato **da tutti e 3 i seguenti punti:***

1. Deficit nella **reciprocità socio-emotiva** che spazia da un approccio sociale anomalo e incapacità di conversazione (botta e risposta) a ridotta **condivisione di interessi, emozioni, affettività** fino alla totale mancanza di iniziativa o risposta nell'interazione sociale.
2. Deficit nei comportamenti comunicativi non verbali presenti nell'interazione sociale che spaziano da **una scarsa integrazione della comunicazione verbale e non verbale**, anomalie nel contatto oculare e nel linguaggio del corpo, o deficit nella comprensione e nell'uso della gestualità comunicativa fino alla totale mancanza di espressività facciale.
3. Deficit **nell'iniziativa e mantenimento di relazioni**, appropriate al livello di sviluppo (**non comprese quelle con i genitori e caregiver**) che vanno da difficoltà nell'adattare il comportamento ai diversi contesti sociali a difficoltà nella condivisione del gioco immaginativo e nel fare amicizie fino all'apparente assenza di interesse per i coetanei.

DSM-5: CRITERI DIAGNOSTICI

1. Deficit nella **reciprocità socio-emotiva** che spazia da un approccio sociale anomalo e incapacità di conversazione (botta e risposta) a ridotta **condivisione di interessi, emozioni, affettività** fino alla totale mancanza di iniziativa o risposta nell'interazione sociale.



DSM-5: CRITERI DIAGNOSTICI

2. Deficit nei comportamenti comunicativi non verbali presenti nell'interazione sociale che spaziano da **una scarsa integrazione della comunicazione verbale e non verbale**, anomalie nel contatto oculare e nel linguaggio del corpo, o deficit nella comprensione e nell'uso della gestualità comunicativa fino alla totale mancanza di espressività facciale.



DSM-5: CRITERI DIAGNOSTICI

3. Deficit **nell'iniziativa e mantenimento di relazioni**, appropriate al livello di sviluppo (**non comprese quelle con i genitori e caregiver**) che vanno da difficoltà nell'adattare il comportamento ai diversi contesti sociali a difficoltà nella condivisione del gioco immaginativo e nel fare amicizie fino all'apparente assenza di interesse per i coetanei.

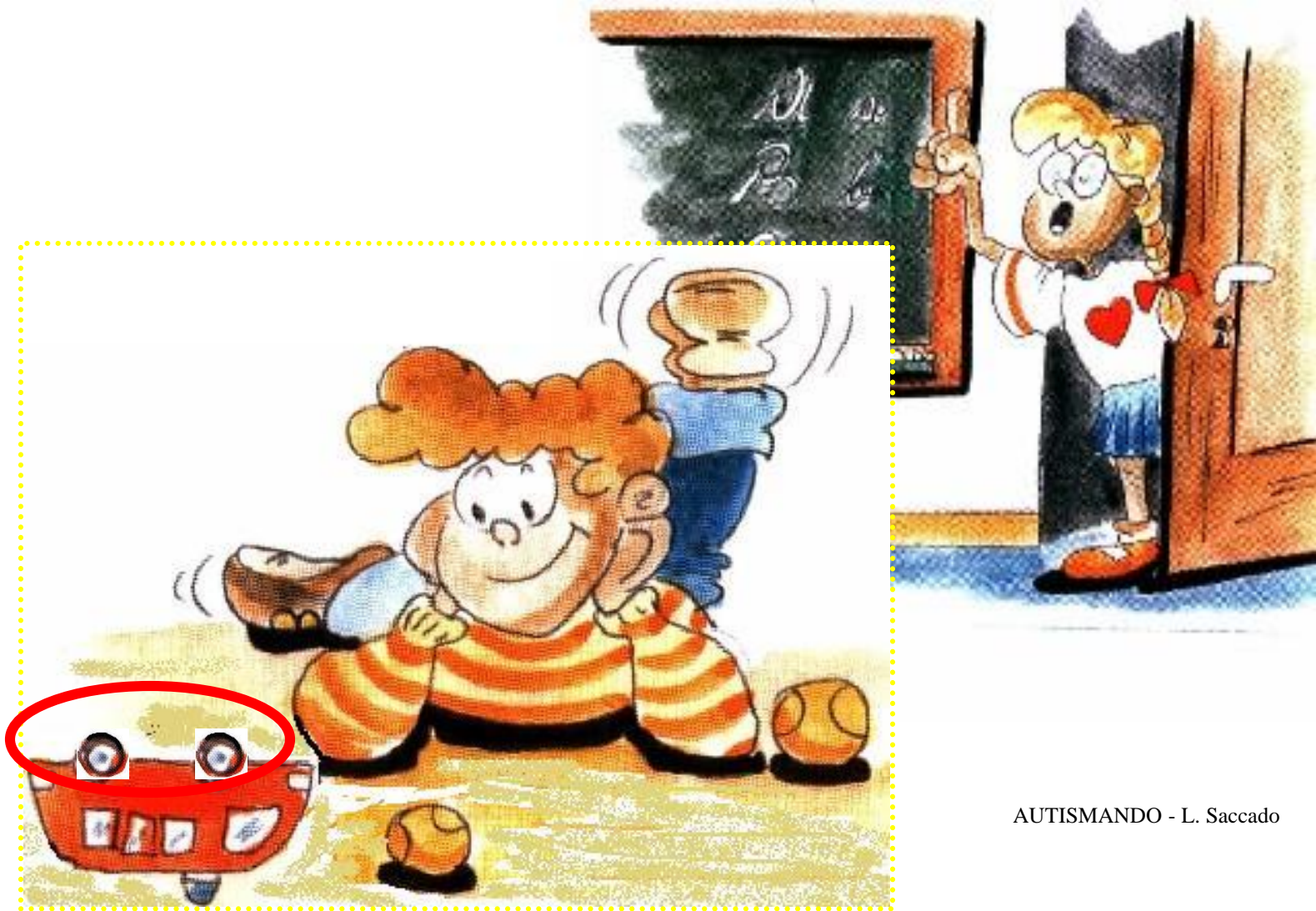


DSM-5: CRITERI DIAGNOSTICI per Autism Spectrum Disorders

B. *Pattern di comportamenti, interessi o attività ristretti e ripetitivi come manifestato **da almeno 2 dei seguenti punti** (nella condizione attuale e/o in anamnesi, gli esempi sono illustrativi, non esaustivi):*

1. **Linguaggio, movimenti motori o uso di oggetti in maniera stereotipata o ripetitiva** (come per es. semplici stereotipie motorie, allineamento o rotazione di oggetti, ecolalia, frasi idiosincratiche).
2. **“Sameness”**, inflessibile adesione alla routine, comportamenti verbali o non verbali ritualizzati (eccessive reazioni di intolleranza ai minimi cambiamenti, difficoltà nelle transizioni, rigidità nello schema di pensiero, rituali di domande ricorrenti, insistenza nel fare la stessa strada o mangiare lo stesso cibo).
3. **Interessi estremamente ristretti e fissi**, anomali per intensità o tematica (per es. forte attaccamento o interesse per oggetti insoliti, interessi eccessivamente circoscritti e persistenti)..
4. **Iper- o Ipo-reattività agli stimoli sensoriali o interessi insoliti per aspetti sensoriali** dell’ambiente (ad es.: apparente indifferenza al caldo/freddo/dolore, risposta di evitamento a suoni o materiali di una consistenza specifica, eccessivo annusare o toccare gli oggetti, attrazione per luci o oggetti in movimento).

Quando chiamato..



DSM-5: CRITERI DIAGNOSTICI per Autism Spectrum Disorders

C. *I sintomi devono essere presenti nella prima infanzia (ma possono divenire completamente manifesti solo nel momento in cui le richieste sociali oltrepassano le limitate competenze possedute, oppure i sintomi possono essere mascherati da strategie apprese)*

D. *L'insieme dei sintomi comporta una compromissione clinicamente significativa dell'ambito sociale, lavorativo e in generale del funzionamento quotidiano.*

E. *Questi Sintomi non sono riconducibili ad una Disabilità Intellettiva (Disturbo dello Sviluppo Intellettivo) o ad un Ritardo Globale dello Sviluppo. La Disabilità intellettiva e il Disturbo dello Spettro Autistico sono frequentemente associati; **per fare una diagnosi di comorbidità fra Disturbo dello Spettro Autistico e Disabilità Intellettiva, il livello di comunicazione sociale deve essere inferiore rispetto al livello di sviluppo globale del soggetto.***

Nota: Gli individui con una diagnosi confermata al DSM-IV di Disturbo Autistico, Sindrome di Asperger o PDD-NOS ricevono automaticamente diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico. Gli individui che hanno difficoltà marcate nella Comunicazione Sociale ma i cui sintomi non soddisfano i criteri di appartenenza al Disturbo dello Spettro Autistico, dovrebbero essere valutati per l'inquadramento all'interno del Disturbo di Comunicazione Sociale (Pragmatico).

Specificare:

- Presenza o meno di **Compromissione intellettiva**
- Presenza o meno di **Compromissione del linguaggio**
- Associazione o meno con una specifica **condizione medica o genetica o fattori ambientali**
- Associazione o meno con altri **Disturbi del Neurosviluppo, Psicici o Comportamentali**
- Presenza o meno di Catatonia

Per tutti questi Disturbi aggiungere il relativo codice identificativo secondo il DSM-5

DSM-5: CRITERI DIAGNOSTICI per Autism Spectrum Disorders

Livelli di Gravità per il Disturbo dello Spettro Autistico

Livello 1: Richiede un supporto

Comunicazione sociale: senza supporto, i deficit nelle abilità di comunicazione sociale causano importanti compromissioni. Il soggetto ha **difficoltà ad iniziare le interazioni sociali e risponde in modo atipico o fallimentare alle iniziative altrui**. Può sembrare che abbia un ridotto interesse nelle interazioni sociali. Per esempio, (ci si riferisce a) una persona che può essere in grado di esprimersi con delle frasi complete e di comunicare, anche se **non è in grado di sostenere una conversazione con altre persone e i suoi tentativi di fare amicizia sono spesso bizzarri e fallimentari**.

Interessi ristretti e comportamenti ripetitivi: **Comportamenti rigidi interferiscono significativamente con il funzionamento in uno o più contesti**. Difficoltà a passare di un'attività ad un'altra. Le difficoltà di organizzazione e di pianificazione ostacolano l'autonomia.

DSM-5: CRITERI DIAGNOSTICI per Autism Spectrum Disorders

Livelli di Gravità per il Disturbo dello Spettro Autistico

Livello 2: Richiede un supporto importante

Comunicazione sociale: **Marcati deficit nelle abilità di comunicazione sociale, verbale e non verbale**; la compromissione sociale appare evidente anche quando è presente un sostegno; **iniziativa limitata nell'interazione sociale e ridotta o anomala risposta all'iniziativa altrui**. Per esempio, (ci si riferisce a una persona che è in grado di esprimersi con frasi semplici e ha interazioni limitate alla condivisione di interessi ristretti e specifici e ha una comunicazione non verbale marcatamente atipica).

Interessi ristretti e comportamenti ripetitivi: **preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi appaiono abbastanza di frequente da essere evidenti anche all'osservatore casuale** e interferiscono con il funzionamento in diversi contesti. Stress o frustrazione appaiono quando sono interrotti ed è difficile ridirigere l'attenzione.

DSM-5: CRITERI DIAGNOSTICI per Autism Spectrum Disorders

Livelli di Gravità per il Disturbo dello Spettro Autistico

Livello 3: Richiede un supporto molto importante

Comunicazione sociale: I gravi deficit nella comunicazione sociale, verbale e non verbale, causano una **grave compromissione nel funzionamento, iniziativa molto limitata nell'interazione sociale e minima risposta alle aperture sociali altrui**. Per esempio, (ci si riferisce a) una persona che possieda un linguaggio limitato a poche parole, che inizia raramente un'interazione sociale e quando ciò avviene, lo fa solo per sue necessità e risponde solo ad approcci sociali molto espliciti.

Interessi ristretti e comportamenti ripetitivi: preoccupazioni, rituali fissi e/o comportamenti ripetitivi che interferiscono marcatamente con il funzionamento in tutte le sfere. **Stress marcato quando i rituali o le routine sono interrotti; è molto difficile distogliere il soggetto dal suo focus di interesse e, se ciò avviene, egli ritorna rapidamente ad esso.**

AUTISMO E DSA

Diagnosi Precoce

CHAT

(Checklist for Autism in Toddlers,
Simon Baron-Cohen e coll., 1992)

Somministrabile DALL'ETA' DI
18 MESI

M – CHAT

(Modified Checklist for Autism in
Toddlers, Robins et al., 2001)

Somministrabile TRA I 18 E I 24 MESI

→ Successive valutazioni cliniche e strumentali
diagnostiche

CHAT



- ▶ Il processo di identificazione del disturbo prevede due livelli di indagine:
- ▶ uno di screening che dovrebbe coinvolgere tutti i bambini al fine di individuare fattori di rischio per un disturbo di tipo autistico
- ▶ un processo di diagnosi che riguarda solo i bambini identificati a rischio nella fase di screening

CHAT

Lo screening viene fatto in genere attraverso delle domande rivolte ai genitori e attraverso l'osservazione diretta dei comportamenti rilevanti.

La **CHAT** (Checklist for Autism in Toddlers), messa a punto da Baron-Cohen nel 1992, è lo strumento di screening più conosciuto e combina le risposte dei genitori ad una breve intervista (sezione A composta da 9 item) con le risposte fornite da un professionista (insegnante, pediatra) sulla base di un'osservazione semi-strutturata del comportamento del bambino (sezione B: 5 item).

La **CHAT** indaga il livello del pointing dichiarativo, monitoraggio dello sguardo e del gioco condiviso.

M - CHAT

- ▶ Successivamente si è visto che le informazioni della sezione B della CHAT aggiungevano poche informazioni rispetto alla sezione del genitore e per questo motivo gli stessi autori hanno elaborato uno strumento che considera solo le risposte dei genitori e che potesse essere più sensibile rispetto all'identificazione di fattori di rischio per autismo.
- ▶ Gli autori hanno creato così la **M-CHAT (Modified Checklist for Autism Toddlers)** che contiene 23 domande rivolte ai genitori e rappresenta un'estensione della CHAT.
- ▶ La **M-CHAT** può essere utilizzata con bambini tra i 18 e i 24 mesi.
- ▶ Un bambino viene definito a rischio se fallisce tre qualsiasi dei 23 item o due degli item critici,
- ▶ Gli item critici sono quegli item che indagano il rapporto con i pari, il mostrare, il rispondere al nome, l'attenzione condivisa, l'utilizzo del pointing e l'imitazione.

Diagnosi Precoce: CHAT

Parte A

(da compilare facendo riferimento alle risposte fornite dai genitori): *Si / No*

- A1 ritenete che il vostro bambino provi piacere ad essere coinvolto in giochi del tipo "dondolarlo", "farlo saltare sulle ginocchia", "far finta di farlo cadere", etc.?
- A2 ritenete che il vostro bambino sia interessato agli altri bambini?
- A3 ritenete che il vostro bambino provi piacere ad esplorare lo spazio, tipo "scalare le scale"?
- A4 ritenete che il vostro bambino provi piacere a partecipare a giochi tipo nascondere, "cucù-teté", "Dov'è-Non c'è più-Eccola qua!"?
- A5 Ritenete che il vostro bambino cominci già a giocare a **giochi di finzione**, tipo far finta di bere da una tazzina giocattolo o altro?
- A6 Il vostro bambino ha già iniziato ad indicare con il dito indice per richiedere qualcosa?
- A7 Il vostro bambino ha già iniziato ad **indicare con il dito indice per richiamare** la vostra attenzione su qualcosa?
- A8 Il vostro bambino ha già iniziato ad utilizzare in maniera appropriata dei piccoli giochi, senza limitarsi semplicemente a portarli alla bocca o farli cadere?
- A9 Il vostro bambino ha già iniziato a porgervi degli oggetti per mostrarveli?

Parte B

(da compilare sulla base dell'osservazione diretta da parte del medico compilatore): **Si /**
No


B1 nel corso dell'incontro il bambino è riuscito a stabilire un contatto oculare con voi?

B2 cercate di attirare l'attenzione del bambino, quindi indicate un qualsiasi oggetto interessante collocato in un altro punto della stanza, dicendo: "Uh! Guarda! Guarda che cosa c'è là!". Osservate la risposta del bambino. **Il bambino riesce a rivolgere lo sguardo nella direzione che avete indicato?** (NB. Per siglare "SI" c'è bisogno che il bambino non si limiti a guardare la vostra mano che indica, ma l'oggetto che state indicando)

B3 cercate di attirare l'attenzione del bambino, quindi invitatelo a **fare un gioco di finzione** (per esempio, mettere a letto una bambola o versare del caffè in una tazza). Ritenete che il bambino sia in grado di farlo?

B4 cercate di attirare l'attenzione del bambino, quindi dite al bambino: "Dov'è la luce? Fammi vedere dov'è la luce!". **Il bambino è in grado di indicare con il dito la luce?** (NB. Invece della "luce" potete invitare il bambino ad rivolgere lo sguardo su qualsiasi altro oggetto che ritenete utile allo scopo)

B5 Il bambino è capace di costruire una torre di cubi ? (in caso affermativo, indicare il numero di cubi: _____)



➤ **Alto rischio per Autismo:**
caduta negli item A5, A7, B2, B3 e B4

➤ **Lieve rischio per Autismo:**
caduta negli item A7 e B4, ma superamento di
almeno uno degli altri tre (A5, B2 o B3)

➤ **Rischio per altri problemi di sviluppo:**
caduta in più di 3 item

➤ **Nella norma:**
caduta in un numero inferiore ai 3 item

Diagnosi Precoce: M - CHAT

1. Il suo bambino ama essere dondolato sulle sue ginocchia?
- 2. Il suo bambino dimostra interesse nei confronti degli altri bambini?**
3. Il suo bambino ama arrampicarsi sugli oggetti, come le scale?
4. Il suo bambino ama giocare a "cucù settete" o a nascondino?
5. Il suo bambino finge, ad esempio, di parlare al telefono o prendersi cura delle bambole?
6. Il suo bambino usa il dito indice per indicare al fine di chiedere qualcosa?
- 7. Il suo bambino usa il dito indice per indicare al fine di mostrare interesse per qualcosa?**
8. Il suo bambino può giocare in modo adeguato con piccoli giocattoli (ad esempio le macchinine, i mattoncini) senza metterli in bocca o farli cadere?
- 9. Il suo bambino le porta degli oggetti al fine di mostrarle qualcosa?**
11. Il suo bambino sembra ipersensibile al rumore (ad esempio tappandosi le orecchie)?

10. Il suo bambino la guarda negli occhi per più di uno o due secondi?
12. Il suo bambino sorride quando vede il suo viso o lei gli sorride?
- 13. Il suo bambino la imita (ad esempio il bambino imita le sue espressioni facciali)?**
- 14. Il suo bambino risponde quando viene chiamato per nome?**
- 15. Se lei indica un giocattolo nella stanza, il suo bambino lo guarda?**
16. Il suo bambino cammina?
17. Il suo bambino guarda le cose che lei sta osservando?
18. Il suo bambino compie movimenti strani delle dita vicino alla faccia?
19. Il suo bambino cerca di attirare la sua attenzione verso un'attività che sta svolgendo?
20. Si è mai chiesto se il suo bambino fosse sordo?
21. Il suo bambino comprende ciò che dice la gente?
22. Il suo bambino, a volte, fissa il vuoto o gironzola senza motivo?
23. Il suo bambino guarda il suo viso per verificare la sua reazione quando affronta situazioni non familiari?

ITEMS CRITICI della M-CHAT

2 (interesse nei confronti di **altri bambini**)

7 (presenza del **gesto dichiarativo**)

9 (iniziativa di **mostrare** gli oggetti)

13 (**imitazione**)

14 (**risposta** al nome)

15 (rivolgere lo **sguardo verso** l'oggetto indicato)

Fallimento di **1 item critico** → **RISCHIO** di Autismo /DSA

Fallimento di **2 items critici** → necessità di **INVIO c/o NPI**

Fallimento di **3 items qualsiasi** → necessità di **INVIO c/o NPI**

AUTISMO E DSA

Strumenti Diagnostici e Valutativi

CARS (*Childhood Autism Rating Scale, Schopler et al., 1988*)

ADOS (*Autism Diagnostic Observation Schedule, Lord et al., 2000*)

ADI-R (*Autism Diagnostic Interview-Revised, Lord et al., 1994*)

ABC (*Autism Behavior Checklist, Krug, Arid, Almond, 1980*)

GARS (*Gilliam Autism Rating Scale, Gilliam 1995*)

VABS (*Vineland Adaptive Behavior Scale, Sparrow et al., 1984*)

PEP-R (*Psycho-Educational Profile, Schopler et al., 1989*)

SCALA di sviluppo **GRIFFITHS**

SCALE WESCHLER/ LEITER-R

CBCL (*Child Behavior Checklist*)

AUTISMO E DSA

Esami Strumentali

Indagini AUDIOMETRICHE

(es. audiometrico comportamentale, PEU, ABR)

Indagini GENETICHE

(cariotipo al alta risoluzione, analisi del DNA)

Indagini METABOLICHE

EEG

NEUROIMMAGINI

(TC cranio, RMN encefalo)

ALTRE indagini

(intolleranze alimentari, ecc.)

AUTISMO E DSA

Importanza della DIAGNOSI PRECOCE 1

- Permette di intraprendere una presa in carico ed un **INTERVENTO PRECOCE** dal quale deriva una più adeguata sistematizzazione e riorganizzazione interna delle esperienze percettive del bambino, operando in un periodo in cui le strutture encefaliche non hanno ancora assunto una definitiva specializzazione e le funzioni mentali sono pertanto in fase di attiva maturazione e differenziazione.

Importanza della DIAGNOSI PRECOCE 2

- Permette di ridurre i lunghi periodi in cui lo sviluppo della vita mentale è fortemente compromesso dalla presenza del disturbo comunicativo e sociale tipico dell'autismo e di “mitigare” la gravità dell'autismo, la cui piena espressione si ha nel corso dei primi 3 anni di vita.

Un tempestivo trattamento precoce sul bambino basato sull'individuazione precoce delle situazioni a rischio di autismo potrebbe successivamente ridurre la gravità o addirittura evitare la stessa diagnosi di autismo.

Importanza della DIAGNOSI PRECOCE ³

*I bambini che ricevono
una **diagnosi** ed un **trattamento adeguato**
fin dai primi anni di vita
possono sviluppare il linguaggio
e raggiungere un miglior livello cognitivo,
condizioni che condurranno
ad una riduzione della gravità del quadro clinico
e ad una migliore autonomia personale e sociale*

- ❖ **Es: studio svolto dal “Centro Autismo” di Vasto: i bambini presi in carico precocemente (età < 4 anni) mostrano un maggior aumento delle abilità comunicative verbali e non verbali, relazionali e di risposta emotiva rispetto agli altri bambini, nonché un significativo numero di “optimal outcome” (= dimissione);**
- ❖ **Es: studio svolto dal “Centro Autismo e DPS” di Reggio Emilia: i bambini trattati precocemente (età < 3 anni) mostrano un maggior incremento delle abilità comunicativo-relazionali rispetto ai bambini trattati più tardivamente**

Importanza della DIAGNOSI PRECOCE 4

La diagnosi precoce permette inoltre di
informare, sostenere,
aiutare ed accompagnare i genitori
nella comprensione del disturbo
e delle caratteristiche e peculiarità
del loro bambino fin dal loro esordio

ATTENZIONE!

ricerche in corso rilevano che il 5% dei bambini diagnosticati sotto i 3 anni perderanno in seguito le loro caratteristiche (i comportamenti e le caratteristiche osservate in età precoce possono essere attribuiti ad altre patologie!)



*Il trattamento successivo alla
diagnosi deve essere*
**PRECOCE,
INDIVIDUALIZZATO,
INTENSIVO,
GLOBALE,
INTEGRATO E CONDIVISO**

Tale complessità rende necessario

- ▶ un approccio multidimensionale e multiprofessionale
- ▶ una diagnosi precoce e corretta
- ▶ La descrizione del profilo funzionale del soggetto, che individua le sue aree di forza e di debolezza in una dimensione contestuale e adattiva e definisce gli specifici obiettivi di intervento e le strategie più idonee per il loro raggiungimento

«Percorso terapeutico evolutivo»

- ▶ L'obiettivo del progetto di intervento è l'emergenza delle competenze cognitive, comportamentali e comunicative, utili a correggere i comportamenti disadattivi e a favorire l'adattamento sociale e lo sviluppo di un profilo emozionale più soddisfacente
- ▶ si parla di «percorso terapeutico evolutivo», con una prospettiva diacrona, che indica la necessità di aggiornare periodicamente il profilo funzionale del soggetto e di definire gli obiettivi intermedi di intervento, in rapporto ai cambiamenti che si sviluppano durante la crescita e che riguardano: l'espressività del quadro clinico, il soggetto inteso come persona, la famiglia e l'intero contesto ambientale.

CAT: Sistema Curante

Nel rispetto delle Linee Guida Regionali del 2012, con D.R. n. 203 del 26/3/2015, e D.R. n.356 del 2016, la ASL BT ha istituito il

Centro Autismo Territoriale (CAT),

finalizzato ad omologare

su tutto il territorio BT tutte le azioni sanitarie inerenti tale categoria diagnostica, compresa: la diagnosi clinica, il supporto all'integrazione scolastica, l'attività epidemiologica, la prescrizione di ausili, la governance dell'intervento abilitativo e del trattamento cognitivo comportamentale

La presa in carico deve evitare la dispersione, la ridondanza e la disomogeneità degli interventi attraverso un modello che abbiamo definito "**SISTEMA CURANTE**", che prevede una **collaborazione costruttiva e competente, tra le diverse forze che interagiscono attorno al soggetto**

I principali sottosistemi che formano il Sistema Curante sono:

- **il sistema sanitario** (UOTNPIA, CSM, Pediatra di libera scelta, P.O.)
- **il sistema famiglia**
- **il sistema scolastico**
- **il terzo settore.**

Si tratta di creare una "**interazione a spirale**" che permette lo scambio di competenze e il supporto reciproco tra i vari sistemi, con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita del soggetto autistico e della sua famiglia.

CAT: IL MODELLO METODOLOGICO

- **PRENOTAZIONE VISITA AMBULATORIALE**, presso ambulatorio territoriale di NPIA inserimento nelle liste di attesa ambulatoriali.
- **ACCESSO del MINORE PRESSO AMBULATORIO TERRITORIALE NPIA**: apertura cartella e visita neuropsichiatria infantile. L'ipotesi di disturbo dello Spettro autistico comporta l'invio del minore all'equipe del CAT con iscrizione nel registro prenotazione dedicato all'autismo e passaggio cartella clinica.

L'accesso a tale ambulatorio può essere anche diretto

- **DIAGNOSI PRECOCE**, ad opera della equipe del CAT, con applicazione dei protocolli diagnostici SINPIA.
- **STESURA RELAZIONE CLINICA**, restituita alla famiglia, contenente le indicazioni di approfondimento diagnostico e terapeutico, da consegnare ai PLS e a scuola o da utilizzare per richieste medico-legali (es C.I.). Prescrizione di esami per la diagnosi genetica e strumentale di II livello (RMN encefalo, ABR, ecc).
- **VISITA COLLEGIALE PER L'INVIDUAZIONE DELLO STATO DI HANDICAP** (DPCM n° 185 del 23/02/06) per l'avvio delle procedure a supporto dell'integrazione scolastica per l'alunno in situazione di handicap ad opera del Collegio della UONPIA/BT.
- **STESURA DELLA DIAGNOSI FUNZIONALE**, consegnata alla famiglia

- **ELABORAZIONE, ATTUAZIONE E VERIFICA DEI PROGRAMMI ABILITATIVI INDIVIDUALIZZATI** ad opera della equipe del CAT, con eventuale indicazione e prescrizione ausili e intervento comportamentale

Attualmente la UONPIA non ha nel suo organico Analisti Comportamentali, pertanto l'equipe del CAT deve confrontare il profilo funzionale del minore con gli obiettivi e gli strumenti operativi indicati nel progetto comportamentale redatto da supervisore ABA scelto dalla famiglia.

- **INCONTRI GLH**, ad opera degli operatori del CAT con insegnanti di sostegno e curricolari, terapeuti della riabilitazione ed educatori professionali comportamentali, per l'attività a supporto della integrazione scolastica

- **INCONTRI di RETE** ad opera degli operatori del CAT, per la verifica e la riformulazione di eventuali progetti educativi integrati (es, educativa domiciliare, inserimento in centri diurni e cooperative), o passaggio al gruppo di lavoro degli adulti, al compimento dei 18 anni

ATTIVITA' AMBULATORIALE 2014

CITTA'	ATTIVITA' AMBULAT. I^VISITA	ATTIVITA' AMBULAT CONTROL LI	VISITE CONTROLL INT.SCOL.	CONS. P.S. E PEDIATRIA	VISITE COLLEGIO PER INDIV. HP. DPCM n. 185 DEL 23 FEB 06	TRIB. MINORI	PSICOTER APIE	ATTIVITA' DI RETE INTERISTITUZI ONALE	VISITE E RELAZIONI PER COMM. INVALIDI	Attività Int. Scol L. 104 TOT alunni
Andria	405	206	237	12	323 I° SEM+ 154 II° SEM	31	508	66	26	
Canosa/ Minervino/Spinazzola	69	19	32	0	/	VEDI ANDRI A	22	10	9	
Barletta	230	50	98		/	22	296	197	28	
Trinitapoli/SanFerdinando/Ma rgh	66	21	72	0	/	VEDI BARLE TTA	110	11	7	
Trani/ Bisceglie	290	70	121	0	/	VEDI BARLE TTA	158	45	19	
Tot.Territorio	1060	366	560	12	477	53	1094	329	89	1892

PATOLOGIE ALUNNI 2014

PATOLOGIE	ANDRIA	BARLETTA	BISCEGLIE	TRANI	CANOSA MINERV. SPINAZZ	MARGHERITA/ SAN FERD./ TRINITAPOLI	TOT
CECITA'	9	5	0	4	6	2	26
DISTURBO DELL'ATT. E ATTENZ	52	31	16	14	2	6	121
NEUROPATIE	8	5	5	2	10	0	30
OSTEOGENESI	2	0	0	0	0	0	2
PAR. CEL. INFANTILE	20	7	13	2	8	3	53
PSICOSI	3	3	2	4	2	0	14
RITARDO MENTALE	458	256	162	121	84	123	1204
SINDROME DI DOWN	17	13	10	9	5	14	68
SINDROME PLURIMALFORMATIVA	12	26	14	5	13	9	79
SORDITA'	20	42	0	5	7	5	79
TUMORE	2	0	11	0	0	0	13
SINROME DELLO SPETTRO AUTISTICO	28	60	49	38	18	20	213
TOTALE	631	448	282	194	155	182	1892

DATI EPIDEMIOLOGICI UOTNPIA - ASLBAT 2014

TOTALI

AUTISMO

▶ N° visite ambulat: 1986

▶ N° visite collegiali: 477

▶ N° minori in integrazione scolastica: 1892

▶ di cui 43 autistici

▶ di cui 213 autistici

DATI EPIDEMIOLOGICI

fino a giugno 2015

- ▶ Minori con verbale Hp
 - ▶ Minori con diagnosi dello spettro autistico:
 - ▶ ANDRIA
 - ▶ BARLETTA
 - ▶ CANOSA
 - ▶ MINERVINO
 - ▶ SPINAZZOLA
 - ▶ MARGHERITA
 - ▶ TRINITAPOLI
 - ▶ S. FERDINANDO
 - ▶ TRANI
 - ▶ BISCEGLIE
- ▶ N° Totale: 2230
 - ▶ N° Totale: 218 minori
 - ▶ N° 28 minori
 - ▶ N° 60 minori
 - ▶ N° 9 minori
 - ▶ N° 6 minori
 - ▶ N° 1 minore
 - ▶ N° 11 minori
 - ▶ N° 6 minori
 - ▶ N° 8 minori
 - ▶ N° 40 minori
 - ▶ N° 49 minori

DATI EPIDEMIOLOGICI I.S. 2016

▶ Minori con verbale Hp	▶ N° Totale: 2890
▶ Minori con diagnosi dello spettro autistico:	▶ N° 351
▶ ANDRIA	▶ N° minori 68
▶ BARLETTA	▶ N° minori 97
▶ CANOSA	▶ N° minori 17
▶ MINERVINO	▶ N° minori 6
▶ SPINAZZOLA	▶ N° minore 1
▶ MARGHERITA	▶ N° minori 17
▶ TRINITAPOLI	▶ N° minori 8
▶ S. FERDINANDO	▶ N° minori 12
▶ TRANI	▶ N° minori 51
▶ BISCEGLIE	▶ N° minori 74

...da settembre 2015 Ad oggi

è stato istituito il registro prenotazioni 1° visita e visite di controllo dedicato al CAT.

prenotate circa: 540 visite, 0 – 18 anni

20 visite, >18 anni

I minori autistici in carico sono:

- in Integrazione scolastica : da 218 a 418 < 18 anni
32 > 18 anni
- ambulatorialmente: 70 minori circa

L'età della 1° diagnosi si è abbassata
tra i 15 e i 20 mesi

Operatori NPIA dedicati al CAT età evolutiva:

- ▶ **Medico Neuropsichiatra Infantile:**
 - Dott. Brigida Figliolia
 - Dott. Cinzia Garofoli
- ▶ **Psicologi:** Dott. Mariateresa Russo,
Dott. Cira Veneziano
- ▶ **Ass. Sociale:** Dott. Rosalba Lasciarrea
Dott. Giovanna Di Gaeta

TELEFONO: 0883 577351

Operatori NPIA dedicati al CAT età adulta:

▶ Medico Psichiatra:

Dott. Patrizia Ricci

▶ Psicologo: Dott. Nicola Malcangio

▶ Ass. Sociale: Dott. Giovanna Di Gaeta

TELEFONO: 0883 577351

AZIONI INNOVATIVE DEL CAT

RACCOLTA DATI EPIDEMIOLOGICI, gli operatori del CAT hanno organizzato un registro prenotazioni e un archivio dedicato ai bambini con diagnosi della spettro autistico della ASL BAT.

STESURA PROFILO DIAGNOSTICO - FUNZIONALE da utilizzare per la definizione del **PROGETTO ABILITATIVO** e **PSICOEDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO** e per la verifica dei risultati, utile alla definizione del rinnovo prescrittivo;

LAVORO SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE AUMENTATIVA E ALTERNATIVA (CAA), PRESCRIZIONE AUSILI DIDATTICI e PER LA COMUNICAZIONE. Lavoro per la omologazione delle procedure prescrittive (NPIA, ufficio ausili e aree tecnologie);

INCONTRI DI RETE CON IL GRUPPO DI LAVORO ADULTI, al compimento dei 18 anni del ragazzo, per il passaggio delle competenze, ma con una presa in carico che rimane nel CAT.

TAPPE e OBIETTIVI

- ▶ **obiettivo raggiunto:** indirizzato al restyling del processo di lavoro sull'autismo, al lavoro epidemiologico e a quello di omologazione delle procedure di lavoro su tutto il territorio della ASL BT
- ▶ **obiettivo a breve termine:** orientato all'inclusione nel CAT dei terapeuti per l'attività abilitativa.
- ▶ **obiettivo proposto:** finalizzato al coinvolgimento dei PLS attraverso l'uso di strumenti di screening (CHAT, M-CHAT di Baron Cohen), per l'invio di bambini a rischio 18 - 24 mesi

Diagnosi precoce e prognosi

- ▶ I risvolti positivi di una diagnosi accurata e prontamente comunicata sorpassano di gran lunga gli effetti negativi dovuti principalmente a stress e all'ansia familiari legati alla comunicazione della diagnosi e da parte degli operatori alla paura di etichettare il bambino, ai possibili errori diagnostici, alla speranza che i sintomi si risolvano spontaneamente (Marcus e Stone, 1993)
- ▶ La diagnosi in sé rappresenta un passo fondamentale ma non migliorerà la prognosi a meno che non sia accompagnata da un aiuto operativo e dal sostegno ai genitori per ottenere un trattamento idoneo per il bambino, che lo aiuti a sviluppare abilità e strategie per tutto l'arco di vita (Howlin & Moore, 1997)

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

- ▶ l'obiettivo principale per il CAT è la l'attuazione di un **modello metodologico-organizzativo integrato**, basato su strategie di intervento di tipo cognitivo-comportamentale, omologato su tutto il territorio della ASLBT, che come **Sistema Curante garantisca una positiva continuità progettuale per l'utente e la sua famiglia.**
- ▶ Il presupposto perché questo Nuovo Sistema Curante possa essere **efficace** è:
 - la revisione dello stile di lavoro di tutte le componenti,
 - la ridefinizione dei rapporti tra istituzione e famiglie,
 - la ricerca di chiarezza dei ruoli,
 - l'attivazione di co-progettazione,
 - la verifica congiunta dell'efficacia degli interventi

QUALITA' DI VITA:

- Comune visione del bambino



- Attivazione risorse genitoriali



- Lavoro abilitativo quotidiano



- Passaggio a strategie di resilienza



l'importanza del pensiero condiviso



dall'esperienza
condivisa...
alla condivisione
delle prospettive
operative...

*“... i bambini con disabilità devono poter godere pienamente di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali in condizioni di uguaglianza rispetto agli altri bambini...
(Convenzione ONU sui Diritti delle Pers.con Disabilità 3.12.2006, L. n. 18/2009)*



GRAZIE !



Chronicle / Kat Wade