



C. I sintomi devono essere presenti nel periodo precoce dello sviluppo (ma possono non manifestarsi pienamente prima che le esigenze sociali eccedano le capacità limitate, o possono essere mascherati da strategie apprese in età successiva).

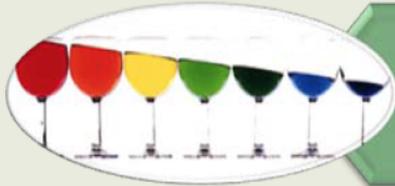
D. I sintomi causano **compromissione clinicamente significativa** del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.



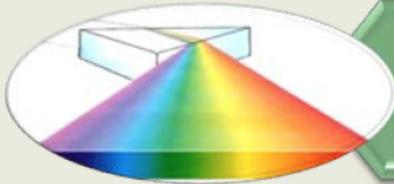
attualmente o nel passato

- I disturbi dello spettro autistico sono disturbi dello sviluppo neurologico e devono essere presenti dall'infanzia o **dalla prima giovinezza**, ma possono non essere rilevati fino a un'età superiore a causa della minima richiesta sociale e del supporto da parte dei genitori nei primi anni.

Fare diagnosi significa conoscere “quel bambino”



Spettro di gravità



Spettro di funzionalità



Spettro di peculiarità
(sensoriali – percettive)



Spettro di condizioni familiari,
scolastiche, ambientali

I disturbi del neurosviluppo sono un gruppo di condizioni il cui esordio avviene nel periodo dello sviluppo.

La gamma dei disturbi dello sviluppo varia da limitazioni specifiche dell'apprendimento o controllo delle funzioni esecutive, a disturbi globali delle abilità sociali o dell'intelligenza.

I disturbi del neurosviluppo frequentemente co-occorrono;

- disturbi dello spettro autistico e disabilità intellettiva (disturbi dello sviluppo intellettivo),
- deficit dell'attenzione/iperattività (ADHD) e disturbo specifico dell'apprendimento.

I Criteri del DSM-V (2013)

- A. Deficit nella comunicazione sociale e nell'interazione reciproca;
- B. Comportamenti e interessi ristretti e ripetitivi (stereotipie, routine, concentrazione anormale, sensibilità sensoriale);
- C. Sintomi presenti nell'infanzia, anche se totalmente manifesti in età avanzata;
- D. Tutti i sintomi devono limitare e aggravare il funzionamento quotidiano della persona

- **Eliminazione della Sindrome di Asperger**

1. COMUNICAZIONE SOCIALE

Differenze significative nella capacità di comprendere la comunicazione e il linguaggio, i giochi di parole, il sarcasmo, il tono della voce, l'espressione del viso e i gesti.

- ▶ Significato
- ▶ Astrattezza
- ▶ Simbolismo
- ▶ Pensiero Visivo
- ▶ Realtà e finzione

2. COMPrensIONE SOCIALE

Differenze significative nella comprensione del **comportamento sociale**, nel comprendere i **sentimenti** degli altri, nel saper iniziare una **conversazione informale** o **fare amicizia**.

3. RISTRETTEZZA DI INTERESSI, DEI COMPORTAMENTI E DELLE ATTIVITÀ

Differenze significative nella **percezione**, nella **pianificazione** e nella **comprensione** dei concetti, nel sapere **generalizzare** e **predire** una situazione, nelle **transizioni** e nel vivere passioni e **interessi**.

4.

PERCEZIONE SENSORIALE

Differenze significative nella percezione sensoriale che può essere **ipo** (bassa percezione), **iper** (alta percezione), **fluttuante** (variabile da ipo, iper e normale).

Ciò è legato a tatto, udito, vista, gusto, olfatto, vestibolare o propriocettiva.

I sette sensi

- Udito
- Vista
- Tatto
- Olfatto
- Gusto
- Propriocezione
- Vestibolarità





299.00

Autistic Disorder

Revisione diagnostica: una nuova codifica dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo

Nell'ultimo report (Aprile 2009), il gruppo di lavoro sul DSM-V, relativamente alla categoria dei Disturbi inerenti allo sviluppo suggerisce alcuni significativi cambiamenti:

- ❖ **Sostituzione del termine *Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS)* con il termine *Disturbi dello Spettro Autistico (DSA)***, utilizzando così una singola categoria diagnostica per i disordini attualmente classificati con i nomi di "Autismo", "Disturbo dello Sviluppo non Altrimenti Specificato" e "Sindrome di Asperger".
- ❖ **Restrizione dei 3 domini sintomatologici** (compromissione nelle aree dell'interazione sociale, della comunicazione e del comportamento/interessi che risultano ripetitivi e stereotipati) a **2 domini (alterazione qualitativa delle abilità di comunicazione sociale e comportamento/interessi ripetitivi e persistenti)**.
- ❖ Definizione di diversi **livelli di gravità** dei sintomi lungo un continuum che include **aspetti di funzionamento normale, sintomi sub-clinici e 3 differenti livelli di gravità del disturbo.** (*tabella seguente*)



299.00

Autistic Disorder

Livelli di gravità	Area della comunicazione sociale	Area del comportamento/interessi (rigidi e stereotipati)
Grave	Comunicazione sociale scarsa o assente	Interessi focalizzati persistenti ed eccessivi che interferiscono con il funzionamento generale nella quotidianità
Moderato	Presenza di alcune abilità socio-comunicative, ma la qualità dell'interazione è significativamente compromessa	Rituali frequenti, interessi ristretti e comportamenti stereotipati
Lieve	Alterazione della qualità delle abilità di comunicazione sociale. Presenza di tutti i criteri diagnostici (oltre soglia)	Rituali occasionali, comportamenti ripetitivi, interessi stereotipati e rigidi
Sintomi subclinici	Presenza di alcuni sintomi in uno o due domini ma nessuna interferenza/compromissione rispetto al funzionamento adattivo generale	Rituali occasionali, alcuni interessi specifici ma non eccessivamente assorbenti . Presenza di alcuni comportamenti stereotipati che tuttavia non interferiscono con le attività della vita quotidiana
Normale variabilità	Isolamento sociale o "goffaggine" nell'interazione sociale	Alcuni comportamenti e interessi rigidi, ma considerati normali per la fase di sviluppo e non interferenti

The necessity for multiple sources of information including skilled clinical observation and reports from parents/caregivers/teachers is highlighted by the need to meet a higher proportion of criteria.



American Psychiatric Association
DSM-5 Development

[Home](#) [About DSM-5](#) [Meet Us](#) [Research Background](#)

[Home](#) / [Proposed Revisions](#) / [Proposed Revision](#)

299.00
Autistic Disorder

profilo cognitivo

Il profilo delle capacità cognitive è di solito disomogeneo

Alcuni soggetti presentano

“isole di funzionamento intellettivo”

In bambini che funzionano ad un livello superiore, il livello della ricezione del linguaggio è inferiore a quello del linguaggio espressivo

Profilo cognitivo

Il funzionamento intellettuale di un bambino con disturbo generalizzato dello sviluppo si differisce molto da coloro che presentano solo un deficit cognitivo.

Molti genitori raccontano la loro esperienza così: *“non riesco a capire fino in fondo mio figlio, a volte ci sono delle cose semplicissime che non riesce a capire, mi guarda incredulo, e a volte ci sono delle cose più complicate che riesce a comprendere con estrema naturalezza”*.

Autismo:

Cosa significa “compromissione qualitativa”?

Ritardo Mentale

profilo di sviluppo
cosiddetto
“ritardato”
ma omogeneo

Autismo

profilo di sviluppo
“disomogeneo”
oltre che
(quasi sempre)
“ritardato”

DISTURBI ASSOCIATI

Low-functioning

(QI 70 cut-off)

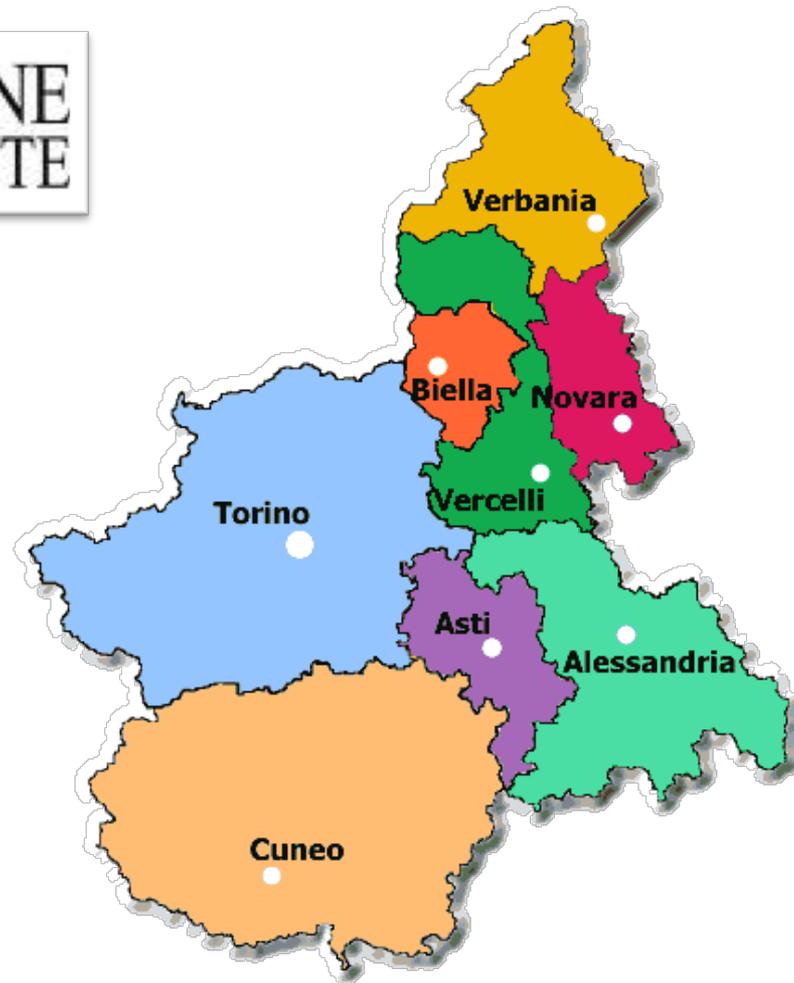
High-functioning

Ritardo mentale	Disturbi dell'umore
	Learning disabilities
	Iperattività
	Ansia
	Disturbi Alimentari
	Disturbi del sonno
Epilessia	

Caratteristiche distintive tra autismo ed Asperger, Ashley 2007

Sintomi	Autismo Grave	Autismo moderato	Autismo alto funzionamento	Sindrome Asperger
Socializzazione	Indifferente, non interessato agli altri	Cerca gli altri per bisogni fisici	Accetta di essere avvicinato dagli altri	Cerca gli altri per un' interazione unilaterale
Comunicazione	Usa comportamenti aversivi per comunicare	Usa gesti per comunicare	Risponde se avvicinato da altri	Cerca gli altri per una comunicazione unilaterale
Linguaggio	Nessuno o ecolalia	Ecolalia ed alcuni elementi linguistici	Scarsa prammatica, uso strano di pronomi e frasi	Molto buono ripetitivo, eccessivo, scarsa prammatica
Sensibilità sensoriale	Da scarsa a nulla	Quasi nulla	Da nulla a moderata	Da nulla a moderata
Intelligenza	Ritardo mentale 75%-85 &	Ritardo mentale	Varia - può essere nella norma	Normale o superiore

Le linee di indirizzo della



Coordinamento regionale

- ASL Cuneo 1
- AO Regina Margherita
- AO di Alessandria
- AO di Novara
- Rappresentanti Associazioni familiari
- Funzionario Direzione Sanità – Regione Piemonte

Obiettivi specifici per l'Autismo



Assicurare una diagnosi accurata, precoce e tempestiva

Migliorare la qualità dei piani terapeutici nei primi anni di vita

Identificare e sviluppare competenze distintive in tema di autismo

Ricorso ad accordi interaziendali quando necessario

Assicurare l'integrazione scolastica dei pazienti con DPS

Obiettivi specifici per l'Autismo



Assicurare una diagnosi accurata, precoce e tempestiva

Migliorare la qualità dei piani terapeutici nei primi anni di vita

Identificare e sviluppare competenze distintive in tema di autismo

Ricorso ad accordi interaziendali quando necessario

Assicurare l'integrazione scolastica dei pazienti con DPS

Il Percorso obiettivo si articola in 8 episodi



Sospetto diagnostico

Di solito è formulato dal Pediatra di Libera Scelta o dal Medico di Medicina Generale sulla base della presenza di ritardo del linguaggio, disturbo del comportamento, eventuale positività alla CHAT

Invio al Centro Territoriale specialistico per iniziare l'iter diagnostico-terapeutico previsto

Ogni 3 anni i DPS dovrebbero rientrare nell'aggiornamento obbligatorio

Valutazione clinica NPI

Esame obiettivo e neurologico

Cariotipo - X fragile

PEU e/o esame audiometrico

RM cerebrale (se non escluso RM)

EEG (studio regressione e sospetta epilessia).

Valutazione Psicodiagnostica

Anamnesi approfondita

Compilazione di una scala o utilizzo di uno strumento standardizzato specifico
(CARS, GARS, ECA, ABC, ADOS e ADI)

Se possibile, acquisizione di osservazioni da parte della scuola e di altre
figure professionali in accordo con i genitori

Se possibile, videoregistrazione del bambino e eventuale acquisizione di
filmati amatoriali dei genitori

Valutazione del livello cognitivo e/o dello sviluppo a seconda
dell'età

Rilevazione diagnosi di ritardo mentale

Restituzione della diagnosi ai genitori

diagnosi
in tempi brevi

approccio multiprofessionale

I soggetti di età <24 mesi, o con quadri non conclamati possono richiedere un percorso di valutazione più lungo con necessità di “follow up” ravvicinati (frequenza minima di una ogni 3 mesi).

La diagnosi è fatta sulla base dei criteri diagnostici DSM IV, e codificata nel sistema informativo secondo i criteri ICD X.

La restituzione è fatta dal neuropsichiatra infantile e/o psicologo del centro territoriale, anche in forma scritta

Alla restituzione, o in un opportuno momento successivo, va garantita l'informazione sui diritti previsti dalla legge per la disabilità.

Valutazione funzionale

Utilizzo del PEP-3 o PEP-R Annuale fino a 6 anni, poi ai passaggi di scuola e ulteriori a necessità

Valutazione del comportamento adattivo almeno ai passaggi di scuola con scala Vineland

Intersoggettività: osservazione e videoregistrazione

Valutazione logopedica

Valutazione neuropsicomotoria

Eventuale utilizzo di checklist di valutazione funzionale

INTERVENTI RICHIESTI

Una formazione di base di tutti gli operatori del territorio in tema di DPS, che si prevede possa essere attuata con gradualità nel corso di un triennio

La possibilità di ricorso a centri di riferimento con valenza regionale, che rispondano a specifici requisiti di competenza e qualità, in continuità con il percorso che alcune strutture hanno già avviato

TRATTAMENTO

Intervento precoce e intensivo, che parta da una diagnosi certa posta il più precocemente possibile



Un indicatore di processo con forte valenza circa gli esiti dell'intervento riguarderà l'età di diagnosi e di avvio dei progetti di trattamento basati su approcci evidence based.



È richiesto che sia sviluppata capacità di offerta rispetto ai **trattamenti** che dispongano di valutazione degli esiti e/o siano contenuti in linee guida scientifiche internazionali.



I trattamenti cognitivo – comportamentali sono considerati di prima

ORIENTAMENTI IN RAGIONE DELLE DIVERSE FASCE DI ETÀ:

2-6 anni interventi multimodali e intensivi (psicomotricità, logopedia, interventi psicoeducativi, parent & caregiver training)

6-11 anni interventi psicoeducativi (scuola) e abilitativi delle competenze (psicomotricità, altri interventi)

dagli 11 anni interventi psicoeducativi a minore intensità, più interventi assistenziali.

Continuità nella presa in carico

Incontri (almeno 3 annui) tra operatori che hanno in carico il paziente

Contatti periodici con i genitori

- Sotto ai 6 anni almeno una volta ogni 2 mesi
- Dai 6 ai 14 almeno una volta ogni 4 mesi
- Dai 14 almeno una volta all'anno.

Il monitoraggio delle caratteristiche dei trattamenti, della loro evoluzione e del rispetto degli obiettivi indicati avverrà annualmente su di un campione significativo definito dalla Regione e con la collaborazione delle strutture per la rilevazione dei dati (attraverso l'applicativo regionale NPI.NET).

PASSAGGIO DAI SERVIZI PER L'ETÀ EVOLUTIVA AI SERVIZI PER L'ETÀ ADULTA

Le ASL dovranno individuare le modalità attraverso cui attuare il passaggio, ai 18 anni, della presa in carico di soggetti con DPS dai servizi per l'età evolutiva a quelli per l'età adulta,

passaggio che deve garantire la continuità del percorso sanitario-educativo-assistenziale.



Oggi è condivisa l'origine biologica dell'autismo anche se resta sconosciuta la causa e non esiste alcun trattamento che ne assicuri la guarigione

Trattamenti intensivi e precoci consentono importanti miglioramenti

Necessità di approccio multidisciplinare e multiprofessionale