



AUTISMO: OSSERVARE PER INTERCETTARE I SEGNALE PRECOCI

Consulente formativo Istituto degli Innocenti

Definire lo spettro autistico

I Disturbi dello Spettro Autistico sono **disturbi evolutivi**: tutto lo sviluppo ne è influenzato e i sintomi appaiono differenti nel tempo.

Si tratta di sindromi comportamentali causate da **disordini dello sviluppo biologicamente determinati**, con esordio, generalmente, nei **primi 3 anni di vita**.

Presentano un pattern riconoscibile di sintomi in due aree:

- 1- Comunicazione sociale ed interazione sociale;
- 2- Pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi.

Un approfondimento

I disturbi dello “spettro autistico” si collocano nell’ampia gamma di disabilità/diversità che si presentano con una grande variabilità, alcuni con deficit nelle diverse aree caratteristiche di gravità tale da rendere appropriato il termine disabilità nella sua accezione comune; altri presentano situazioni di funzionamento del tutto eccentriche, bizzarre, con aree di funzionamento eccellente o addirittura eccezionale e altre variamente deficitarie (Asperger, 2003). Le definizioni e le classificazioni oggi maggiormente condivise e utilizzate a livello internazionale si basano principalmente sulla descrizione del comportamento tipico del disturbo autistico.

Evoluzione del concetto di autismo

1968 DSM-II: autismo classificato come schizofrenia infantile; psicosi infantile e psicosi simbiotica sono ancora sinonimi.

1980 DSM-III: autismo inserito nei Disturbi Generalizzati dello Sviluppo

1987 DSM-III-R: scompare il termine “infantile” e diventa disturbo autistico

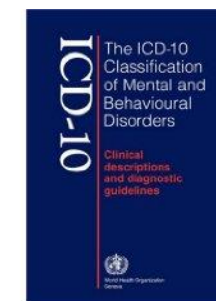
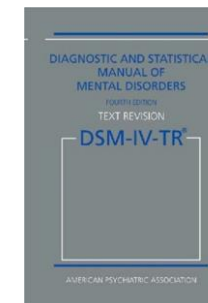
1994 DSM-IV: ridefinizione e precisazione dei criteri diagnostici di autismo lungo tre assi universalmente riconosciuti

2013 DSM-5: passaggio da una logica «categoriale» ad una «dimensionale» e conseguente introduzione del concetto di **Disturbi dello Spettro Autistico**.

I disturbi pervasivi dello sviluppo

Il DSM e l'ICD riconducono l'Autismo ad una più ampia categoria diagnostica, quella dei **Disturbi generalizzati o Pervasivi dello Sviluppo** (APA, 1994; OMS, 1990).

- Autismo infantile (F84.0)
- Autismo atipico (F84.1)
- Sindrome di Rett (F84.2)
- Sindrome disintegrativa dell'infanzia di altro tipo (F84.3)
- Sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati (F84.4)
- Sindrome di Asperger (F84.5)
- Altre sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico (F84.8)
- Sindrome non specificata da alterazione globale dello sviluppo psicologico (F84.9)



DSM-5: un'unica categoria diagnostica disturbi dello spettro autistico



American psychiatric association, (2011), Autism Spectrum Disorder, DSM-5 development

- Comprende: Disturbo Autistico, Sindrome di Asperger, Disturbo disintegrativo dell'infanzia e PDD-NOS.
- La distinzione tra i diversi disturbi è stata trovata inconsistente nel tempo, variabile tra i diversi centri diagnostici e spesso associata a severità, livello linguistico o QI invece che alle caratteristiche specifiche dei diversi disturbi.
- L'autismo è meglio rappresentato da una singola categoria diagnostica che si possa adattare alle presentazioni cliniche individuali (es. severità, abilità verbale e altre) e alle condizioni associate (es. disordini genetici conosciuti, epilessia, disabilità intellettuale e altre)

Nuovi criteri per la diagnosi di disturbo dello spettro autistico secondo il DSM-5:

Devono essere soddisfatti i criteri A, B, C e D:

A. Deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale in diversi contesti, non spiegabile attraverso un ritardo generalizzato dello sviluppo, e manifestato da tutti e 3 i seguenti punti:

- 1. Deficit nella reciprocità socio-emotiva: approccio sociale anormale e fallimento nella normale conversazione e/o ridotto interesse nella condivisione degli interessi e/o mancanza di iniziativa nell'interazione sociale.
- 2. Deficit nei comportamenti comunicativi non verbali usati per l'interazione sociale
- 3. Deficit nello sviluppo e mantenimento di relazioni, appropriate al livello di sviluppo (non comprese quelle con i genitori e caregiver).

Nuovi criteri per la diagnosi di disturbo dello spettro autistico secondo il DSM-5:

B. Comportamenti e/o interessi e/o attività ristrette e ripetitive come manifestato da almeno 2 dei seguenti punti:

1. Linguaggio e/o movimenti motori e/o uso di oggetti, stereotipato e/o ripetitivo
2. Eccessiva aderenza alla routine, comportamenti verbali o non verbali riutilizzati e/o eccessiva resistenza ai cambiamenti
3. Fissazione in interessi altamente ristretti con intensità o attenzione anormale
4. Iper-reattività e/o Ipo-reattività agli stimoli sensoriali o interessi inusuali rispetto a certi aspetti dell'ambiente

Nuovi criteri per la diagnosi di disturbo dello spettro autistico secondo il DSM-5:

C. I sintomi devono essere presenti nella prima infanzia (ma possono non diventare completamente manifesti finché la domanda sociale non eccede il limite delle capacità).

D. L'insieme dei sintomi deve compromettere il funzionamento quotidiano.

Gli specificatori

- Con o senza compromissione intellettiva associata;
- Con o senza compromissione del linguaggio associata;
- Associazione ad una condizione medica o genetica nota o ad un fattore ambientale;
- Associato a un altro disturbo del neurosviluppo, mentale o comportamentale;
- Con catatonìa.

Epidemiologia: frequenza e distribuzione nella popolazione

Nessuna prevalenza geografica e/o etnica e socio-culturale: presente in tutte le popolazioni del mondo, di ogni razza e ambiente sociale.

Prevalenza del sesso: rapporto maschi : femmine=4: 1 per ASD (ma x HF fino a 10:1)

Prevalenza:

- 1,7/1.000 (1 su 588) per Autismo;
- 6,2/1.000 (1 su 160) per ASD;

ma stime molto più alte in alcune aree (Inghilterra, Giappone)

E' un' «epidemia»?

Non si può parlare di «epidemia», ma di:

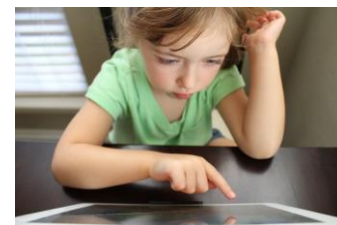
- Maggiore definizione dei criteri diagnostici, con inclusione di forme più lievi
- Diffusione di procedure diagnostiche standardizzate
- Maggiore sensibilizzazione e competenza degli operatori
- Maggiore precocità della diagnosi
- Contemporanea diminuzione di altre diagnosi (es. ritardo psicomotorio)
- Modificazione di terminologia (es. disarmonia evolutiva)

Lo spettro autistico

Sintomatologia
comportamentale
conclamata



Sintomatologia
comportamentale
più sfumata



Le cause

Attualmente il Disturbo dello Spettro Autistico è considerato una condizione clinica ad eziologia multifattoriale, per la quale esiste una predisposizione genetica sulla quale vanno ad agire diversi fattori ambientali non ancora del tutto identificati, mediante il cosiddetto fenomeno dell'epigenetica.

Tuttavia, ad oggi, solo nel 20% dei casi è possibile individuare una mutazione genetica associata, di cui solo il 5% configura una sindrome genetica nota (es. Sindrome X-Fragile, Sclerosi Tuberosa).

Nella maggioranza dei casi, però, non è coinvolto un unico gene, ma una serie di geni che, in concomitanza con fattori di natura biologica e ambientale, predispongono allo sviluppo del disturbo.

Le cause

Secondo il Manuale DSM-5 esistono diversi fattori di rischio, quali:

Fattori ambientali: Una varietà di fattori di rischio aspecifici, quali l'età avanzata dei genitori, il basso peso alla nascita o l'esposizione del feto ad alcuni psicofarmaci come valproato, può contribuire al rischio di sviluppare un disturbo dello spettro dell'autismo.

Fattori genetici e fisiologici: Le stime di ereditarietà del disturbo dello spettro dell'autismo variano tra 37 e 90%, sulla base del tasso di concordanza tra gemelli. Attualmente il 15% dei casi di disturbo dello spettro dell'autismo sembra essere associato a una nota mutazione genetica, con diverse variazioni del numero di copie in specifici geni associati al disturbo in famiglie diverse. Tuttavia, anche quando il disturbo dello spettro dell'autismo è associato a una mutazione genetica nota, non sembra essere pienamente penetrante.

Prognosi

La pervasività sintomatologica e l'andamento cronico del quadro clinico determinano una condizione di disabilità/diversità con limitazioni dell'autonomia e della vita sociale anche in età adulta

Screening precoce?

È comunemente accettato il dato che la condizione autistica si sviluppa molto precocemente nel bambino e dunque può essere fatto uno screening precoce, che non equivale a formulare una diagnosi completa, ma permette di individuare appena possibile quei bambini che molto probabilmente dovranno poi ricevere la diagnosi di disturbo dello spettro autistico. Non tutte le caratteristiche precedentemente elencate si esprimono nello stesso periodo e in modo ugualmente evidente ma l'80% dei vari aspetti del quadro clinico possono essere osservabili entro il ventesimo mese di vita. L'importanza dello screening precoce risiede nel fatto che consente e facilita una successiva diagnosi tempestiva e completa, che a sua volta consentirà di attivare il prima possibile un percorso di abilitazione, di riadattamento e riorganizzazione attiva e più competente della famiglia e della scuola.

Importanza di uno screening precoce

Identificazione dei bambini a rischio



Identificazione precoce

L'identificazione precoce dell'autismo rappresenta una sfida importante poiché apre delle possibilità di presa a carico ad un'età dove alcuni processi di sviluppo possono ancora venire modificati.

Le ricerche che valutano gli effetti di un intervento precoce mostrano che i bambini beneficiari di tali interventi presentano dei progressi significativi sul piano cognitivo, emotivo e sociale. Si riscontra, presso i bambini, un'accelerazione del ritmo di sviluppo con una crescita del quoziente d'intelligenza (QI), dei progressi nel linguaggio, un miglioramento dei comportamenti e una diminuzione dei sintomi del disturbo autistico.

Questi progressi sopravvengono in 1 o 2 anni d'intervento precoce e intensivo, e la maggioranza dei bambini presi a carico (73 %) accede ad un linguaggio funzionale alla fine del periodo d'intervento (in generale attorno ai 5 anni). I benefici del trattamento rimangono costanti in seguito.

Quindi?

È molto importante osservare.

Ma osservare cosa?



Lo sviluppo psicomotorio

I bambini autistici solitamente siedono, gattonano e camminano all'età aspettata.

Alcuni producono addirittura alcune parole al tempo appropriato di sviluppo, malgrado che le stesse raramente evolvano nel primo linguaggio funzionale.

Sintomi autistici che possono essere presenti durante l'infanzia (espressione seria, irritabilità crescente, difficoltà nel dormire e nel mangiare, placidità) sono d'altronde comportamenti visti comunemente anche nei bambini con sviluppo normale.

Comportamenti specifici

Sono stati attualmente identificati i comportamenti specifici che distinguono i bambini autistici dagli altri, a 12 mesi di età, tramite studi che utilizzano osservazioni basate su videotapes domestici (Osterling & Dawson, 1994).

Utilizzando i video delle feste del primo compleanno di bambini autistici, comparati ai bambini con sviluppo normale, i ricercatori hanno scoperto che vi sono 4 comportamenti identificabili correttamente in più del 90% dei bambini autistici e 'neurotipici'.

1. Sguardo diretto,
2. l'orientarsi al chiamare del nome,
3. l'indicare,
4. il mostrare.

Instabilità del rapportarsi
con bambini e adulti



I “campanelli” d'allarme

Carenza o assenza del
linguaggio non verbale



Ipersensibilità o scarsa
reazione ai rumori



Utilizzo inappropriato di
giocattoli



Strani attaccamenti con
oggetti



Ipersensibilità o indifferenza
al tocco



Iperattività o atteggiamento
passivo



Scarsa coscienza dei pericoli



Risate o pianti inappropriati



Difficoltà ad adattarsi ai
cambiamenti



Osservazione del comportamento



Osservazione del comportamento

Il personale educativo, durante l'attività osservativa di routine, potrebbe registrare alcuni comportamenti riconducibili a possibili indicatori precoci dei disturbi dello spettro autistico.

In questa fase è importante **riconoscere il proprio ruolo e la propria professionalità**: pur essendo importantissimo il ruolo del personale educativo, che spesso rileva e fa emergere per primo alcuni segnali e possibili indicatori precoci di DSA che altrimenti ritarderebbero a emergere, non possiamo trascurare il fatto che la competenza diagnostica è necessariamente riservata alle **professionalità neuropsichiatriche** deputate a trarre qualsiasi conclusione e a definire gli interventi, e saper gestire eventuali elementi fuorvianti.

Comunicazione e interazione sociale in molteplici contesti: alcuni comportamenti che il personale educativo può osservare, coerentemente con l'età dei bambini

- difficoltà o assenza di comunicazione non verbale
- Inespressività facciale
- Ritardo del linguaggio;
- Anomalie dello sguardo e ridotto contatto dello sguardo
- Assenza o deficit dell'indicazione protodichiarativa e pointing (gesti deittici)
- Non girarsi quando si è chiamati
- Regressioni comunicative
- Mancanza d'interesse per gli altri
- Scarsa imitazione
- Assenza di sorriso sociale e di appropriate espressioni sociali
- Assenza di attività simbolica
- Assenza di empatia
- Mancanza di iniziativa e passività

Deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale in molteplici contesti:

per la diagnosi neuropsichiatrica (criterio A- DSM-5)

Nota: devono essere presenti tutti i seguenti fattori, (attualmente o nel passato)

- Deficit della reciprocità socio-emotiva, che vanno, per esempio, da un approccio sociale anomalo e dal fallimento della normale reciprocità della conversazione; a una ridotta condivisione di interessi, emozioni o sentimenti; all'incapacità di dare inizio o di rispondere a interazioni sociali.
- Deficit dei comportamenti comunicativi non verbali utilizzati per l'interazione sociale, che vanno, per esempio, dalla comunicazione verbale e non verbale scarsamente integrata; ad anomalie del contatto visivo e del linguaggio del corpo o deficit della comprensione e dell'uso dei gesti; a una totale mancanza di espressività facciale e di comunicazione non verbale.
- Deficit dello sviluppo, della gestione e della comprensione delle relazioni, che vanno, per esempio, dalle difficoltà di adattare il comportamento per adeguarsi ai diversi contesti sociali; alle difficoltà di condividere il gioco di immaginazione o di fare amicizia; all'assenza di interesse verso i coetanei.

Nota. Successivamente viene specificato il livello di gravità attuale (vedi slide 29)

Pattern (schema) di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi: alcuni comportamenti che il personale educativo può osservare

- Attaccamento a oggetti e organizzazione ripetitiva degli oggetti (per es., stereotipie motorie semplici, mettere in fila giocattoli o capovolgere oggetti)
- Utilizzo di un linguaggio verbale e non verbale o di suoni stereotipati o ripetitivi (per es., ecolalia, frasi idiosincratiche, gesti ripetitivi).
- Estremo disagio davanti a piccoli cambiamenti, difficoltà nelle fasi di transizione,
- Ritualità accentuata (per es. schemi di pensiero rigidi, saluti rituali, necessità di percorrere lo stesso percorso per spostarsi o mangiare lo stesso cibo ogni giorno).
- Movimenti stereotipati e comparsa di movimenti stereotipati delle mani (il cosiddetto “hand washing”)
- Forte attaccamento o preoccupazione nei confronti di oggetti insoliti, interessi eccessivamente circoscritti o perseverativi
- Scarsa capacità di “ancorare” l'attenzione
- Scarsa capacità di “disancorare” l'attenzione
- Ipotonia, attenzione instabile
- Poca o grande sensibilità ai suoni
- Tendenza a mettere tutto in bocca, annusare o toccare oggetti in modo eccessivo, essere affascinati da luci o da movimenti

Pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi: indicatori per la diagnosi neuropsichiatrica (criterio B- DSM-5)

Nota: devono essere presenti tutti i seguenti fattori, (attualmente o nel passato)

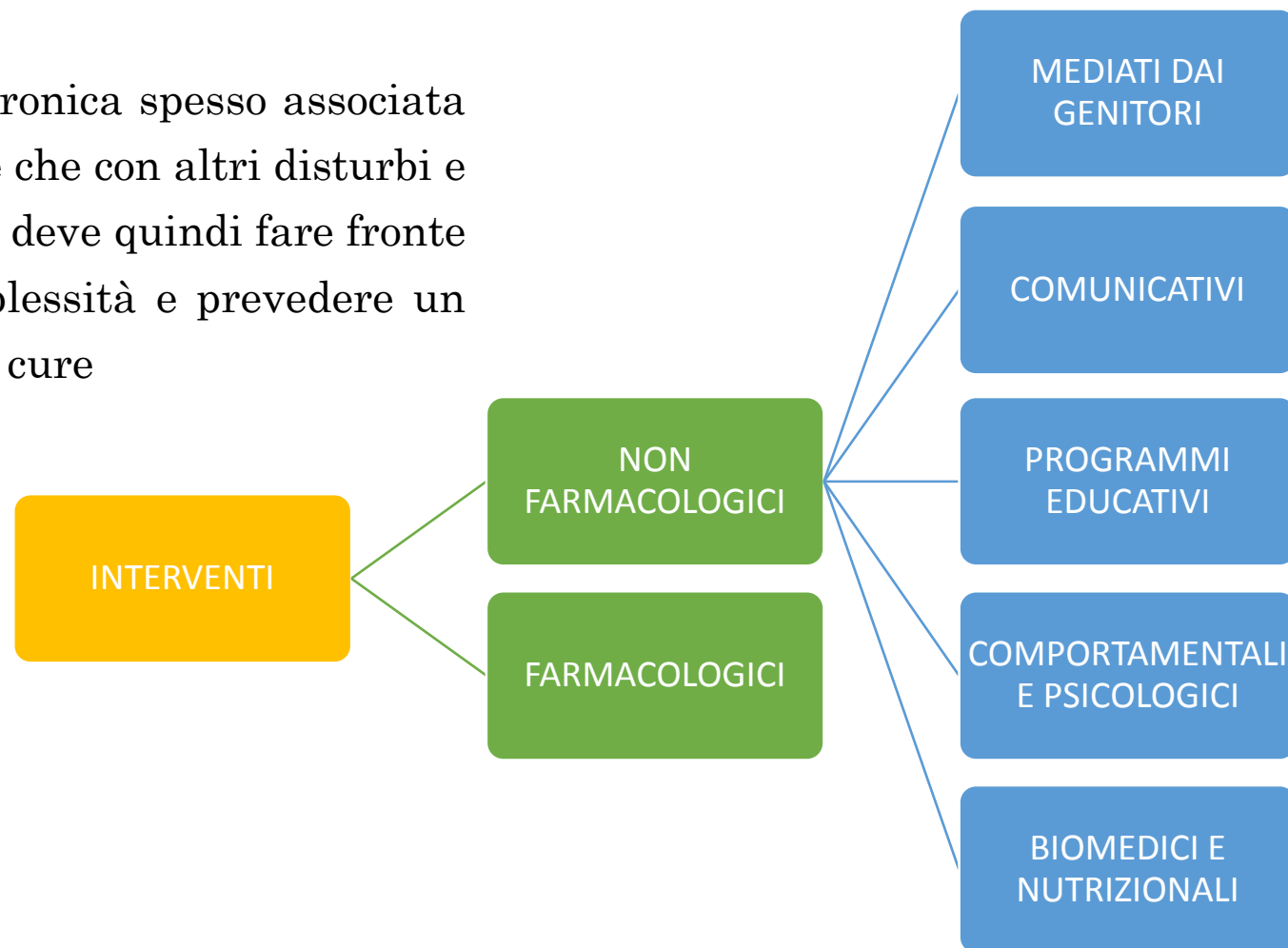
- Movimenti, uso degli oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi
- insistenza nella sameness (immodificabilità), aderenza alla routine priva di flessibilità o rituali di comportamento verbale o non verbale (per es., estremo disagio davanti a piccoli cambiamenti, difficoltà nelle fasi di transizione, schemi di pensiero rigidi, saluti rituali, necessità di percorrere la stessa strada o mangiare lo stesso cibo ogni giorno).
- Interessi molto limitati, fissi che sono anomali per intensità o profondità
- Iper o iporeattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente

Nota. Successivamente viene specificato il livello di gravità attuale (vedi slide 29)

Livello di gravità	Comunicazione sociale	Comportamenti ristretti ripetitivi
<p>“E necessario un supporto molto significativo ”</p>	<p>Gravi deficit delle abilità di comunicazione sociale verbale e non verbale causano gravi compromissioni del funzionamento, avvio molto limitato delle interazioni sociali e reazioni minime alle aperture sociali da parte di altri. Per esempio, una persona con un eloquio caratterizzato da poche parole comprensibili, che raramente avvia interazioni sociali e, quando lo fa, mette in atto approcci insoliti solo per soddisfare esigenze e risponde solo ad approcci sociali molto diretti.</p>	<p>Inflessibilità di comportamento, estrema difficoltà nell'affrontare il' cambiamento, o altri comportamenti ristretti/ripetitivi interferiscono in modo marcato con tutte le aree del funzionamento. Grande disagio/difficoltà nel modificare l'oggetto dell'attenzione o l'azione.</p>
<p>“E' necessario un supporto significativo”</p>	<p>Deficit marcati delle abilità di comunicazione sociale verbale e non verbale; compromissioni sociali visibili anche in presenza di supporto; avvio limitato delle interazioni sociali; reazioni ridotte o anomale alle aperture sociali da parte di altri. Per esempio, una persona che parla usando frasi semplici, la cui interazione è limitata a interessi ristretti e particolari e che presenta una comunicazione non verbale decisamente strana.</p>	<p>Inflessibilità di comportamento, difficoltà nell'affrontare i cambiamenti o altri comportamenti ristretti/" ripetitivi sono sufficientemente frequenti da essere evidenti a un osservatore casuale e interferiscono con il funzionamento In diversi contesti. Disagio/Difficoltà nel modificare l'oggetto dell'attenzione o l'azione.</p>
<p>“E” necessario un supporto”</p>	<p>In assenza di supporto, i deficit della comunicazione socia causano notevoli compromissioni. Difficoltà ad avviare le interazioni sociali, e chiari esempi di risposte atipiche o infruttuose alle aperture sociali da parte di altri. L'individuo può mostrare un interesse ridotto per le interazioni sociali. Per esempio, una persona che è in grado di formulare frasi complete e si impegna nella comunicazione, ma fallisce nella conversazione bidirezionale con gli altri, e i cui tentativi di fare amicizia sono strani e in genere senza successo.</p>	<p>L'inflessibilità di comportamento causa interferenze significative con il funzionamento in uno o più contrestì. Difficoltà nel passare da un'attività all'altra. I problemi nell'organizzazione e nella pianificazione ostacoloano l'indipendenza.</p>

Interventi

L'autismo è un condizione cronica spesso associata a disabilità intellettiva oltre che con altri disturbi e patologie. La presa in carico deve quindi fare fronte a un elevato grado di complessità e prevedere un alto livello di intensità delle cure



Attenzione!!!

La presa in carico globale per curare, sia il progetto riabilitativo individualizzato che l'eventuale intervento farmacologico, devono essere effettuate da un neuropsichiatra infantile.

Interventi che sono stati oggetto di osservazione da parte dell' Istituto Superiore di Sanità

- Interventi comportamentali e psicologici strutturati
- Programmi educativi
- Interventi mediati dai genitori
- Interventi comunicativi
- Interventi per la comunicazione sociale e l'interazione
- Interventi per comportamenti specifici
- Terapia cognitivo comportamentale
- Auditory integration training
- Musicoterapia
- Comunicazione facilitata
- Diete di eliminazione di caseina e/o glutine
- Integratori alimentari
- Melatonina
- Terapia con ossigeno iperbarico
- Altri interventi

La carente coerenza e continuità tra gli interventi provoca inefficacia terapeutica, riducendo il progetto globale di presa in carico; inoltre, **i trattamenti erogati nel territorio sono ancora troppo spesso non basati sulle evidenze scientifiche**

Interventi comportamentali e psicologici

Tra i programmi intensivi comportamentali il modello più studiato è l'analisi comportamentale applicata (*Applied behaviour Analysis*, **ABA**): gli studi sostengono una sua efficacia nel migliorare le abilità intellettive (QI), il linguaggio e i comportamenti adattativi nei bambini con disturbi dello spettro autistico.





Programmi educativi: il TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children) rappresenta una modalità di presa in carico globale della persona con autismo. Il modello pone molta attenzione all'organizzazione degli spazi fisici, ai compiti e ai materiali di tipo visivo-spaziale. Lo sforzo educativo è rendere l'ambiente il più adatto possibile alle abilità del bambino. Gli sforzi di educatori, terapeuti, genitori non sono limitati all'insegnamento di nuove abilità, ma concentrati anche nella facilitazione dell'uso indipendente delle abilità possedute, creando un ambiente strutturato. Un'altra dimensione molto curata nel TEACCH è l'organizzazione concreta della sequenza di azioni o attività che si svolgono nel tempo. Uno schema della giornata visualizzato, composto da oggetti, immagini, fotografie, scritte, vere e proprie agende, a seconda delle abilità della persona che lo usa. **La chiarezza delle azioni/attività da svolgere permette di ridurre nel bambino lo stress e il nervosismo causato il più delle volte dalla mancata comprensione di ciò che si deve fare, per quanto tempo lo si deve fare, dove si deve andare, ecc**

Raccomandazioni linee guida:

Il programma TEACCH ha mostrato, in alcuni studi di coorte, di produrre miglioramenti sulle abilità motorie, le *performance* cognitive, il funzionamento sociale e la comunicazione in bambini con disturbi dello spettro autistico, per cui è possibile ipotizzare un profilo di efficacia a favore di tale intervento, che merita di essere approfondito in ulteriori studi.

Interventi mediati dai genitori: è una tecnica di parent coaching che consente ai genitori di interagire nel modo più efficace possibile col figlio autistico. Durante le sedute è coinvolto anche il bambino e il beneficio di questa tecnica si riverbera su tutto il nucleo familiare.

Raccomandazioni linee guida:

I programmi di intervento mediati dai genitori sono raccomandati nei bambini e negli adolescenti con disturbi dello spettro autistico, poiché sono interventi che possono migliorare la comunicazione sociale e i comportamenti problema, aiutare le famiglie a interagire con i loro figli, promuovere lo sviluppo e l'incremento della soddisfazione dei genitori, del loro *empowerment* e benessere emotivo.



Auditory Integration Training: secondo questo metodo *“il comportamento dell'uomo è in gran parte condizionato dall'udito”* per questo scopo fondamentale è quello di riequilibrare, rafforzare e stimolare il sistema uditivo attraverso una serie di sedute d'ascolto di musica modulata con uno strumento specifico con conseguente miglioramento dell'udito, del linguaggio e del comportamento.

Raccomandazioni linee guida:

L'Auditory integration training (AIT) non è raccomandato, perché è stata dimostrata la sua inefficacia nel produrre un miglioramento in soggetti con disturbi dello spettro autistico.

Musicoterapia: La musicoterapia è una tecnica mediante la quale varie figure professionali, attive nel campo della educazione, della riabilitazione e della psicoterapia, facilitano l'attuazione di progetti di integrazione spaziale, temporale e sociale dell'individuo, attraverso strategie di armonizzazione della struttura funzionale dell'handicap, per mezzo dell'impiego del parametro musicale; tale armonizzazione viene perseguita con un lavoro di sintonizzazioni affettive, le quali sono possibili e facilitate grazie a strategie specifiche della comunicazione non verbale

Raccomandazioni linee guida:

Non ci sono prove scientifiche sufficienti a formulare una raccomandazione sull'utilizzo della musicoterapia in disturbi dello spettro autistico.

M-Chat

Per favore compili il seguente questionario su come è di solito vostro figlio. Cerchi per favore di rispondere a ogni domanda. Se il comportamento è raro (per esempio lo ha visto una o due volte), per favore risponda come se il bambino non lo facesse.

- Vostro figlio si diverte ad essere dondolato o a saltare sulle vostre ginocchia? Si No
- Vostro figlio si interessa agli altri bambini? Si No
- A vostro figlio piace arrampicarsi sulle cose, come per esempio sulle scale? Si No
- Vostro figlio si diverte a giocare al gioco del CU-CU o a nascondino? Si No

- Vostro figlio gioca mai a far finta? Per esempio fa finta di parlare al telefono Si No o di accudire una bambola o altro?
- Vostro figlio usa mai l'indicare col dito indice per chiedere qualcosa? Si No
- Vostro figlio usa mai l'indicare col dito indice per segnalare interesse in Si No qualcosa?
- Vostro figlio riesce a giocare in modo appropriato con piccoli giocattoli (ad esempio macchinine o cubi) senza soltanto metterli in bocca, o giocherellarci, o farli cadere?

- Vostro figlio vi porta mai degli oggetti per mostrarvi qualcosa? Si No
- Vostro figlio vi guarda negli occhi per più di un secondo o due? Si No
- Vostro figlio sembra mai ipersensibile ai rumori (ad es. si tappa le orecchie)? Si No
- Vostro figlio sorride in risposta alla vostra faccia o al vostro sorriso? Si No
- Vostro figlio vi imita? (Ad esempio se fate una faccia cerca di imitarla?) Si No
- Vostro figlio risponde al suo nome quando lo chiamate? Si No
- Se indicate con il dito indice un giocattolo dalla parte opposta della stanza, Si No
vostro figlio lo guarda?

- Vostro figlio cammina? Si No
- Vostro figlio guarda le cose che voi state guardando? Si No
- Vostro figlio fa movimenti insoliti con le dita vicino alla faccia? Si No
- Vostro figlio cerca di attirare la vostra attenzione su una sua attività? Si No
- Vi siete mai chiesti se vostro figlio potesse essere sordo? Si No
- Vostro figlio capisce ciò che dicono le persone? Si No
- Vostro figlio qualche volta fissa lo sguardo nel vuoto o girovaga senza Si No scopo?
- Quando vostro figlio è di fronte a qualcosa di non familiare, vi guarda in Si No faccia per controllare quale è la vostra reazione?

© 1999 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton

2009 Traduzione italiana di Erica Salomone¹, Antonio Narzisi², Filippo Muratori²,
Enrique Ortega¹

¹ Dipartimento di Psicologia, Università di Torino, Italia

² Divisione di Neuropsichiatria Infantile, IRCCS Stella Maris e Università di Pisa, Italia

M-Chat

- È un questionario composto da 23 item a risposta chiusa (sì/no)
- Facilmente compilabile dal genitore
- Per bambini di età compresa tra i 18 e i 24 mesi
- Gli item 2, 7, 9, 13, 14, 15 sono considerati item critici per uno sviluppo autistico.
- Un bambino che fallisce due o più ITEM CRITICI oppure un bambino che fallisce tre qualsiasi item deve essere considerato a rischio.
- Non tutti i bambini individuati a rischio dalla M-CHAT svilupperanno un autismo; tuttavia essi debbono essere rapidamente valutati da un neuropsichiatra infantile

Video: tendenze e scenari

✓ *La comprensione dei disturbi autistici: lo stato dell'arte e nuove prospettive della ricerca (durata 09':11")*

Michele Zappella- Neuropsichiatra Infantile,

Università di Siena

Video: traguardi e prospettive scientifiche

✓ *Ipotesi eziologiche dell'autismo (durata 03':50")*

Leonardo Zoccante-Neuropsichiatra Infantile,
Università degli studi di Verona

✓ *L'individuazione dei disturbi dello spettro autistico: l'importanza di una diagnosi precoce (durata 09': 26")*

Roberto Militeri-Neuropsichiatra Infantile,
Seconda Università degli Studi di Napoli

Video: interventi educativi

✓ *Il lavoro psicoeducativo (durata 02':40")*

**Giuseppe Maurizio Arduino, Responsabile Servizio
di Psicologia e Psicopatologia dello sviluppo ASL
CN1**