



REGIONE  
LAZIO



# AUTISMO OSSERVARE PER INTERCETTARE I PRECURSORI

Corso di formazione  
per gli educatori degli  
asilo nido del Lazio





# AUTISMO OSSERVARE PER INTERCETTARE I PRECURSORI

Corso di formazione  
per gli educatori degli  
asilo nido del Lazio

Assessorato Politiche Sociali, Welfare ed Enti Locali  
 Alessandra Troncarelli

Direzione Regionale per l’Inclusione Sociale  
 Ornella Guglielmino

Area Famiglia, Minori e Persone Fragili  
 Antonio Mazzarotto

Responsabile Regionale Asili Nido  
 Cesare Pierdominici



Presidenza  
 Massimiliano Monnanni  
 Segreteria generale  
 Domenico Giraldi



Presidente  
 Maria Grazia Giuffrida  
 Direttore Generale  
 Giovanni Palumbo

Area Infanzia e Adolescenza  
 Aldo Fortunati

Servizio Formazione  
 Maurizio Parente

**AUTISMO: OSSERVARE PER INTERCETTARE I PRECURSORI**  
 CORSO DI FORMAZIONE PER GLI EDUCATORI DEGLI ASILO NIDO DEL LAZIO

Coordinatori alla realizzazione del rapporto  
 Farnaz Farahi, Michele Mannelli, Maurizio Parente, Denis Roberto

Coordinatore dei corsi di formazione  
 Cesare Pierdominici

Segreteria di redazione  
 Paola Senesi

Progettazione grafica e impaginazione  
 Rocco Ricciardi

Stampa: aprile 2020  
 Tipografia Colorama, San Donà di Piave (Ve)

2020, Istituto degli Innocenti, Firenze  
 ISBN 978-88-6374-077-6

La presente pubblicazione è stata realizzata dall’Istituto degli Innocenti di Firenze nel quadro delle attività previste dall’accordo di collaborazione tra l’Asilo Savaia di Roma e l’Istituto degli Innocenti di Firenze (approvato con DD del Consiglio di Amministrazione n. 55 del 12/09/2018).  
 La riproduzione è libera con qualsiasi mezzo di diffusione, salvo citare la fonte e l’autore.

# Indice

## Introduzione

### PARTE PRIMA

#### **Un primo identikit del disturbo autistico**

- Definizione e caratteristiche del disturbo
- Evoluzione del concetto di autismo
- Quali sono le cause
- Quando e come si manifesta
- Cosa fare in caso di sospetto

6

### PARTE SECONDA

#### **I vantaggi di una buona osservazione: il ruolo del personale educativo**

- Il ruolo del personale educativo
- L’osservazione dei bambini nel contesto educativo
- Dall’osservazione delle esperienze all’attenzione ai possibili campanelli di allarme
- Indicatori precoci dei disturbi dello spettro autistico da 0 a 3 anni
- Dalle parole ai fatti: l’osservazione in “pratica”
- La relazione con i genitori
- Dalla presa d’atto della famiglia alla certificazione della disabilità

21

22

23

25

29

31

37

40

### PARTE TERZA

#### **L’autismo: l’importanza della diagnosi precoce**

- La diagnosi precoce
- La valutazione dei disturbi dello spettro autistico
- Indicazioni diagnostiche dal DSM-5®
- I principali strumenti per la valutazione cognitiva in soggetti con disturbo dello spettro autistico
- Gli interventi

47

48

50

51

53

57

## Riferimenti Bibliografici

## Sitografia

## Appendice Normativa

66

67

68



## INTRODUZIONE

# Introduzione

Il termine autismo deriva dal greco “autoç” cioè “io Stesso”. È stato descritto per la prima volta da Kanner nel 1943, quando fu utilizzato per delineare la sindrome di “autismo infantile precoce”. Kanner, insieme ad Asperger, è stato uno dei primi a descrivere le principali caratteristiche di questa patologia.

L'autismo varia in gravità in base al livello di compromissione che limita l'autonomia nella vita quotidiana.

Attualmente le “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico” (n. 132/CU, 22/11/2012), **impegna il governo centrale e i governi regionali e delle autonomie locali a armonizzare e promuovere l'appropriatezza degli interventi per le persone con autismo.**

In particolare, l'accordo afferma, tra le altre, la priorità di “Organizzare programmi di formazione per i professionisti”.

Nella Regione Lazio sono state approvate con DGR 13 febbraio 2018, n. 75 (Bollettino ufficiale del 27.02.2018, n. 17) le “**Linee di indirizzo regionali per i disturbi dello spettro autistico (Autism Spectrum Disorder, ASD)**” che hanno l'obiettivo di fornire indicazioni operative sul percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale rivolto alle persone con disturbi dello spettro autistico (DSA), disturbi attualmente riconosciuti tra le più rilevanti e diffuse patologie del neurosviluppo.

L'obiettivo è di uniformare sul territorio regionale il percorso di presa in carico della persona con Disturbo dello spettro autistico (DSA), per l'intero arco di vita, a partire dalla organizzazione della rete che coinvolga i servizi sanitari, socio-sanitari, socio-assistenziali, educativi e sociali nella prospettiva dell'inclusione.

Il **riconoscimento precoce** dei disturbi del neurosviluppo, inclusi i disturbi dello spettro autistico, consente di intercettare i bambini con forme precoci e gravi, con forme più lievi e/o a esordio tardivo e di attivare tempestivamente procedure di conferma diagnostica ed eventualmente di intervento precoce.

Gli attori principali di tale riconoscimento sono il Pediatra di Libera Scelta (PLS) e gli educatori/insegnanti nella primissima fase di scolarizzazione (nido e scuola dell'infanzia), previa adeguata formazione per la sensibilizzazione degli educatori degli asili nido/insegnanti della scuola dell'infanzia rispetto all'osservazione delle manifestazioni tipiche dello sviluppo e delle sue alterazioni, con particolare attenzione agli aspetti linguistici, socio-comunicativi e relazionali nonché sulle modalità di coinvolgimento dei genitori per facilitare l'avvio del percorso di approfondimento diagnostico (Regione Lazio, DGR 75/2018).

Per le ragioni su indicate, la Regione Lazio, con la collaborazione dell'ASP Asilo Savoia e dell'Istituto degli Innocenti di Firenze, organizza il percorso formativo rivolto, in modalità progressivamente estensiva, al personale educativo dei nidi d'infanzia comunali e privati, presenti sul territorio regionale, finalizzato a rafforzare nel personale educativo le competenze osservative nei confronti dei possibili precursori dei disturbi dello spettro autistico. L'obiettivo del percorso mira, in modo particolare a: Conoscere e riconoscere il disturbo dello spettro autistico; Sviluppare una capacità osservativa circa gli elementi da rilevare; Definire le tipologie di intervento.



Parte prima

UN PRIMO IDENTIKIT  
DEL DISTURBO  
AUTISTICO

# Definizione e caratteristiche del disturbo

Con il termine Disturbo dello Spettro Autistico si intende un insieme di disturbi del neurosviluppo ad esordio precoce, caratterizzati da difficoltà nella comunicazione e nell'interazione sociale e dalla presenza di comportamenti ed interessi ristretti e ripetitivi.

In termini più semplici e descrittivi, i bambini con autismo:

- hanno compromissioni qualitative del linguaggio anche molto gravi fino a una totale assenza dello stesso;
- manifestano incapacità o importanti difficoltà a sviluppare una reciprocità emotiva, sia con gli adulti sia con i coetanei, che si evidenzia attraverso comportamenti, atteggiamenti e modalità comunicative anche non verbali non adeguate all'età, al contesto o allo sviluppo mentale raggiunto;
- presentano interessi ristretti e comportamenti stereotipati e ripetitivi.

Tutti questi aspetti possono accompagnarsi *anche* a disabilità intellettiva, che può presentarsi in forma lieve, moderata o grave (abbiamo sottolineato "anche" perché una minoranza, valutata intorno a circa il 10%, ha capacità cognitive nella norma o, raramente, superiori).

La manifestazione complessa e disomogenea dei sintomi, da soggetto a soggetto, suggerisce un quadro clinico riconducibile a una "famiglia" di disturbi con caratteristiche simili, al cui interno si distinguono quadri "tipici" – ossia con tutte le caratteristiche proprie del disturbo a diversa gravità di espressione clinica – e quadri "atipici", in cui alcune caratteristiche sono più sfumate o addirittura assenti, sempre con una gravità fenomenica variabile: da qui il termine "spettro".

Questa categoria diagnostica comprende i differenti sottotipi cui si faceva riferimento in passato nel vecchio DSM-IV, come ad esempio il disturbo autistico, il disturbo di Asperger, il disturbo disintegrativo della fanciullezza (o disturbo di Heller), il disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato, ad eccezione della sindrome di Rett che è stata posta tra i disturbi neurologici.

Questi disturbi, identificati dall'avere in comune le anomalie qualitative nucleari che identificano l'autismo, conferiscono al soggetto caratteristiche di "funzionamento autistico" che lo accompagnano durante tutto il ciclo vitale, anche se le modalità con le quali si manifestano, specie per quanto riguarda il deficit sociale, assumono un'espressività variabile nel tempo.

Il Disturbo dello spettro autistico (*Autism Spectrum Disorder*) è riconosciuto e inserito con questo nuovo nome nel DSM-5 con una scelta condivisa da parte della comunità scientifica. L'unificazione dei diversi disturbi pervasivi dello sviluppo in un'unica categoria è la conseguenza di studi scientifici che hanno dimostrato come la distinzione in sottotipi diagnostici non sia coerente nel tempo e come le differenze nelle abilità sociali e cognitive dei sottogruppi si caratterizzino meglio in termini di un continuum. Inoltre è stato rilevato che la diagnosi dei diversi sottotipi di disturbi pervasivi dello sviluppo è molto variabile tra i diversi centri diagnostici ed è più spesso associata a severità, livello linguistico o QI, piuttosto che alle caratteristiche specifiche dei diversi disturbi.

Con il DSM-5 le categorie di sintomi vengono ridotte a due:

- Deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale (che comprende sia le difficoltà sociali che quelle di comunicazione);
- Comportamenti e/o interessi e/o attività ristrette e ripetitive.

Dobbiamo fare molta attenzione perché il DSM-5 introduce il "disturbo della comunicazione sociale (pragmatica)", inserito tra i Disturbi della comunicazione, le cui caratteristiche diagnostiche si sovrappongono parzialmente con i disturbi dello spettro autistico, poiché la diagnosi di disturbo della comunicazione sociale richiede la presenza di una "menomazione del linguaggio pragmatico" e di una menomazione "nell'uso sociale della comunicazione verbale e non-verbale": tuttavia la presenza di interessi rigidì e ripetitivi è un criterio di esclusione per questa diagnosi ed è un criterio essenziale per la diagnosi di disturbo dello spettro autistico.

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

Dalla prima descrizione di Leo Kanner del 1943, per quanto concerne il concetto e la considerazione del Disturbo Autistico, si è assistito ad un'evoluzione importante. Lo stesso Kanner ha modificato alcune volte le sue interpretazioni dei comportamenti e dell'eziologia del disturbo autistico, anche se le caratteristiche del disturbo descritte inizialmente ricalcano a grandi linee i criteri definiti poi in maniera più precisa. È per contro notevolmente cambiata l'interpretazione dei comportamenti osservati.

Se inizialmente si è parlato di un disturbo derivato da comportamenti "ostili" dei genitori nei confronti del loro figlio o della loro figlia con autismo, con conseguente chiusura del bambino in un mondo "tutto suo", è ormai risaputo che questa interpretazione è errata su tutta la linea. Dal 1980, infatti, i manuali diagnostici riconosciuti internazionalmente, definiscono il Disturbo Autistico come un disturbo dello sviluppo; l'utilizzo di termini quali "psicosi infantile", frequente in passato, è obsoleto e non corretto. Si è assistito, nel corso del tempo, a un approfondimento degli studi e a un progressivo cambiamento interpretativo di cui proviamo a fare una breve sintesi.

**1943.** Il pediatra tedesco americano Leo Kanner scrive l'articolo "*Autistic disturbances of affective contact*" (*Nerv. Child* 2:217-50, 1943). Per la prima volta vengono descritte le caratteristiche peculiari dei soggetti affetti da autismo. Kanner denomina tale condizione autismo infantile precoce. Ipotizza alla base del disturbo una innata incapacità a comunicare.

**1944.** Il pediatra austriaco Hans Asperger scrive l'articolo "*Die autistischen Psychopaten im Kindesalter*" (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 117, 76-136). Egli, senza conoscere l'articolo di Kanner, descrive dei casi simili e usa lo stesso termine: "autistici". Tra i bambini descritti da Asperger alcuni hanno una compromissione cognitiva minore o assente, per cui col termine "sindrome di Asperger" si intende ora una condizione di autismo non associata a ritardo mentale. Egli nota l'estrema precocità della sindrome e la presenza, nel gentilizio, di persone che presentano vari gradi di stravaganza sociale. Ipotizza una base genetica.

**1950.** Erickson M. nel volume "*Childhood and Society*" curato da W.N. Norton, (traduzione italiana "*Infanzia e società*", Armando 1970) afferma che "una storia di estraniamento materno può trovarsi in ogni caso di autismo".

**1951.** Il medico francese Gilbert Lelord inizia a studiare, a Parigi, la neurofisiologia dell'autismo, in collaborazione con gli allievi di Pavlov. Con tecniche elettroencefalografiche sempre più raffinate mette in evidenza alterazioni importanti delle funzioni mentali elementari, quelle stesse che Pavlov aveva studiato nel suo laboratorio: percezione, associazione e formazione di riflessi condizionati quali basi dello sviluppo mentale e comportamentale.

**1951.** Anne Freud e S. Dann (Freud A., Dann S., "*An experiment in group upbringing*", in *The psychoanalytic study of the child*, 6, 1951, pp.127-168), con una indagine sui bambini usciti vivi dai campi di concentramento nazisti alla fine della guerra, dimostrano che quelle condizioni estreme non inducono la patologia autistica.

**1952.** Il DSM-II definiva l'autismo come una malattia psichiatrica: una forma di schizofrenia infantile caratterizzata da un distacco dalla realtà.

**1955.** Beata Rank, psicanalista amica di Anna Freud, nel volume "*Emotional problems of early childhood*", a cura di Gerald Caplan, Basic Books, 1955, afferma che "il bambino atipico ha sofferto di una forte privazione emotiva" e "più il bambino è piccolo, più è necessario modificare la personalità della madre".

Influenzato dalle teorie in voga, Kanner sostiene l'idea in base alla quale la freddezza emotiva dei genitori può essere elemento preponderante rispetto a eventuali cause ereditarie nel determinare lo sviluppo del comportamento autistico: Kanner L. et al., "*Notes on the Follow-up study of autistic children*", in "*Psychopathology of Childhood*" a cura di P.H. Hoch, J. Zubin, Grune Stratton, New York, 1955.

**1959.** Lo psicologo tedesco americano B. Bettelheim in una lettera a *Scientific American* del maggio 1959, afferma che "il rifiuto da parte dei genitori è un elemento nella genesi di ogni caso da lui osservato di autismo".

**1966.** Lo psicologo americano Eric Schopler fonda la Division TEACCH

(Teaching and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) a Chapell Hill nella Carolina del Nord. Il metodo TEACCH si può definire un programma di Stato che fornisce valutazioni e programmi educativi personalizzati a tutti i soggetti autistici della Carolina del Nord, con una circolarità continua tra assistenza, ricerca, formazione dei professionisti e dei genitori, ai quali viene attribuito il ruolo di migliori conoscitori dei propri figli. Il termine usato da Schopler nei confronti dei genitori è quello di coterapeuti, in netta antitesi con le teorie, di moda negli anni 60 (e non ancora totalmente scomparse negli anni 2000) che vedevano i genitori come "autismogeni".

**1967.** Bruno Bettelheim pubblica *"The emptyfortress"* tradotta in italiano nel 1976 col titolo *"La fortezza vuota"*, Garzanti editore. La mamma viene presentata come totalmente responsabile della catastrofe del figlio. La terapia proposta è la parentectomia (allontanamento dei figli dai genitori). Come dice più volte Rimland nella rivista da lui diretta, *Autism Research Review International*, Bettelheim ha riempito un vuoto di conoscenza con delle fantasie, purtroppo credute da molti. A causa delle idee di Bettelheim per molti bambini si è aggiunto al danno della natura quello della istituzionalizzazione e del distacco dalla famiglia.

**1969.** Durante un'assemblea della National Society for Autistic Children (oggi Autism Society of America) Leo Kanner assolve pubblicamente i genitori dall'essere causa dello sviluppo della sindrome autistica nei loro figli; torna dunque alla sua prima ipotesi per la quale l'autismo rappresentava un disturbo innato dello sviluppo.

**1972.** Gilbert Lelord indaga la neurofisiologia dell'autismo rintracciando alterazioni di funzioni mentali elementari quali percezione, associazione e formazione di riflessi condizionati. I medici francesi ignorano il suo lavoro, molto apprezzato viceversa negli Stati Uniti, soprattutto da grandi studiosi dell'autismo come E. Ornitz ed E. Callaway.

**1980.** Viene pubblicato il DSM-IV che descriveva l'autismo come un "disturbo pervasivo dello sviluppo" distinguendolo dalla schizofrenia. Il DSM-III elencava per la prima volta dei criteri specifici richiesti per una diagnosi: 1) mancanza di interesse verso le persone, 2) gravi menomazioni nella comunicazione; 3) risposte bizzarre all'ambiente. Tutto questo doveva presentarsi all'interno dei primi 30 mesi di vita.

**1982.** Viene pubblicato in Italia il libro *L'assedio* di Clara Claiborne Park (editore Astrolabio). L'autrice è una mamma che racconta la sua storia con sincerità, lucidità e fine senso dell'umorismo. Le teorie psicanalitiche da lei riportate si commentano da sole per chi legge questa testimonianza in cui è evidente l'amore di cui è circondata la figlia Elly.

**1985.** Ad un convegno del maggio 1985 Lelord viene vivamente contestato dai neuropsichiatri francesi, seguaci delle teorie psicodinamiche, quelle che negano la base organica dell'autismo e ritengono che la grave disabilità sia provocata dalla inadeguatezza della figura materna.

**1987.** Il DSM-III viene revisionato, ed i criteri per la diagnosi di autismo sono largamente rivisti. È ampliato il concetto, fino a ricomprendervi una possibile diagnosi all'estremità lieve dello spettro, cioè il disturbo

pervasivo dello sviluppo – non altrimenti specificato (PDD-NAS), lasciando cadere il requisito per l'insorgenza del disturbo prima dei 30 mesi.

**1990.** Un numero sempre maggiore di neuropsichiatri abbandona le teorie colpevolizzanti la madre, per riconoscere la totale organicità del disturbo dello spettro autistico. A questo riconoscimento segue come naturale conseguenza il fatto che, in mancanza di conoscenza delle cause, l'unica terapia possibile è quella psicoeducativa, termine sinonimo di quello usato da Asperger nel lontano 1944: "pedagogia curativa".

**1994.** Viene pubblicato il DSM-IV, poi rivisto nel 2000. È la prima edizione del DSM a classificare l'autismo come *spettro autistico*. Questa versione elenca cinque condizioni con caratteristiche distinte. Oltre all'autismo e al disturbo pervasivo dello sviluppo, aggiungeva il "disturbo di Asperger", oltre al "Disturbo disintegrativo dell'infanzia (CDD)", caratterizzato da gravi inversioni e regressioni dello sviluppo; e la sindrome di Rett, che influenzava il movimento e la comunicazione, principalmente nelle ragazze. In questa nuova visione l'autismo era collegato soprattutto alla genetica.

**1995.** Pubblicazione dell'articolo di Bailey A. et al.: *"Autism as a strongly genetic disorder: evidence from a British twin study"* (Psychological Medicine 25: 63-77). Il confronto tra la concordanza di autismo nei gemelli monozigoti e in quelli dizigoti dimostra il contributo della componente genetica nella quasi totalità dei casi.

**1997.** Viene pubblicato in America il manuale *"Handbook of autism and pervasive developmental disorders"* a cura di D. J. Cohen e F. R. Volkmar, John Wiley and Sons, Inc, che diventa il testo di riferimento per tutte le Università americane. "Di autismo non si guarisce, ma un intervento efficace è fondamentale per migliorare la vita della persona con autismo e della sua famiglia"

**1998.** Viene pubblicato il libro di G. Lelord, *L'exploration de l'autisme* (Grasset), in cui il medico francese riassume i risultati delle sue lunghe ricerche.

**2001.** Un gruppo di esperti internazionali incaricato dall' U.S. Department of Education di stilare le linee guida sull'autismo indica l'approccio psicoeducativo come il modello esemplare di presa in carico dei soggetti autistici. Pubblica queste conclusioni, che rispecchiano gli elementi di consenso dei maggiori esperti mondiali, nel libro: *Educating Children with Autism. Committee on Educational Interventions for Children with Autism*. Catherine Lord and James P. McGee, eds. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academy Press, (2001).

**2005.** Vengono pubblicate le Linee guida SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) sull'autismo. Vengono delineati gli elementi clinici principali e le strategie di intervento (approcci comportamentali e approcci evolutivi). Viene sottolineata l'importanza di un intervento precoce ed intensivo, con definizione chiara degli obiettivi e monitoraggio sistematico del percorso terapeutico, e con coinvolgimento della Famiglia, della Scuola e dei Servizi di NPI in un lavoro integrato. Viene anche ribadito che non esiste un intervento che vada bene per tutti i bambini autistici, o che vada bene per tutte le età, come pure non esiste

un intervento che possa rispondere a tutte le molteplici esigenze direttamente e indirettamente legate all'autismo.

**2006.** Sulla scia delle linee guida della SINPIA alcune Regioni italiane si adoperano per formare gruppi di lavoro sull'autismo e pubblicare linee di indirizzo per la presa in carico dei bambini con autismo.

**2008.** Il tavolo ministeriale pubblica il [documento finale](#), di grande importanza perché per la prima volta c'è un riferimento ministeriale che raccomanda un intervento educativo, precoce, intensivo e basato su un approccio comportamentale.

 **2009.** Viene approvata dal governo italiano la Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, che non è specifica per l'autismo, ma riconosce diritti per tutti alle cure più appropriate e a una vita indipendente, diritti disattesi molto spesso per gli autistici.

**2011.** L'Istituto Superiore di Sanità pubblica le prime Linee guida nazionali per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti, aggiornate nel 2015.

**2013.** Esce il DSM-5 il termine "disturbo dello spettro autistico" per definire una diagnosi caratterizzata da due gruppi di caratteristiche: 1) compromissione persistente nella reciproca comunicazione e interazione sociale; 2) schemi di comportamento limitati e ripetitivi, comportamenti entrambi presenti nella prima infanzia.

**2018.** Esce l'ICD-11 il quale rispecchia i criteri del DSM-5.

Nell'ICD-11, i criteri di autismo passano a una nuova sezione dedicata al disturbo dello spettro autistico.

## Quali sono 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.

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.

## Quando e come si manifesta

I sintomi in genere vengono riconosciuti nel secondo anno di vita (12-24 mesi di età) ma possono essere osservati prima dei 12 mesi se il ritardo dello sviluppo è grave, o dopo i 24 mesi se i sintomi sono attenuati. La descrizione della modalità di esordio può comprendere informazioni su precoci ritardi dello sviluppo o sulla perdita di abilità sociali o linguistiche. Nei casi in cui le abilità sono state perse, i genitori o i caregiver possono riferire una storia di deterioramento graduale o relativamente rapido del comportamento sociale o delle abilità linguistiche. In genere, tale deterioramento si verifica tra i 12 e i 24 mesi di età ed è distinto dai rari esempi di regressione dello sviluppo che si verifica dopo almeno 2 anni di sviluppo normale. I primi sintomi del disturbo dello spettro dell'autismo comportano frequentemente uno sviluppo del linguaggio ritardato, spesso associato a scarsi interessi sociali o a insolite interazioni sociali (per esempio, tirare le altre persone per mano cercando di non guardarle), a modalità di gioco stravaganti (per esempio, portare in giro i giocattoli ma non giocarci mai) e a modalità di comunicazione insolite (per esempio, conoscendo l'alfabeto ma non rispondere al proprio nome). Per ciò che riguarda i comportamenti ripetitivi e ristretti, dato che in genere molti bambini piccoli nel corso dello sviluppo hanno delle preferenze forti e adorano alcune forme di comportamenti ripetitivi (per esempio mangiare lo stesso cibo, guardare lo stesso video numerose volte), può risultare difficile distinguerli dai comportamenti diagnostici per il disturbo dello spettro dell'autismo nei bambini dell'età prescolare. La distinzione clinica è basata sul tipo, sulla frequenza e sull'intensità del comportamento (per esempio, bambini che quotidianamente allineano oggetti per ore e provano molto disagio se un oggetto viene spostato). Il disturbo dello spettro dell'autismo non è un disturbo degenerativo, pertanto con apprendimento e compensazioni progrediscono per tutta la vita. I sintomi sono spesso più marcati nella prima infanzia e nei primi anni di scuola, con un guadagno evolutivo in generale nella tarda infanzia, almeno in alcune aree (per esempio, aumento di interesse per le interazioni sociali).

## Cosa fare in caso di sospetto

Il primo passaggio da fare nel caso di un sospetto Disturbo dello Spettro Autistico è rivolgersi ad un Neuropsichiatra Infantile o ad una struttura Specializzata, al fine di una valutazione specialistica degli aspetti comportamentali e relazionali.

Gli incontri con il bambino hanno lo scopo di valutare la presenza di sintomi tipici di un Disturbo dello Spettro Autistico nonché le competenze cognitive, adattive e linguistiche del bambino e l'eventuale presenza di psicopatologie associate.

Attraverso i colloqui con i genitori si raccolgono informazioni sui comportamenti del bambino e si ricostruiscono le sue prime fasi di vita e di crescita, così da definire l'epoca di acquisizione delle tappe dello sviluppo psicomotorio, linguistico e sociale. In seguito potrà essere realizzato un approfondimento clinico finalizzato a una valutazione clinica e comportamentale che confermerà o meno la presenza del disturbo.



Parte seconda

I VANTAGGI DI UNA  
BUONA OSSERVAZIONE:  
IL RUOLO DEL  
PERSONALE EDUCATIVO

## Il ruolo del personale educativo

Lo sviluppo e la crescita dei bambini può essere visto come un graduale passaggio dalla dipendenza verso l'autonomia. In questo processo che avviene in modo spontaneo, nella quotidianità, attraverso le scoperte, le esplorazioni, le relazioni sociali, etc. sono accompagnati da "figure" educative importanti. Nei servizi per l'infanzia, il personale educativo progetta e offre opportunità di esplorazioni, scoperte, relazioni sociali, gioco, etc. in cui i bambini possono intraprendere il loro percorso naturale di crescita verso l'autonomia. Nel caso dei bambini con disturbo dello spettro autistico, questo percorso di crescita incontra due ostacoli fondamentali: da una parte le difficoltà legate al disturbo specifico, dall'altra le ambivalenze dell'ambiente che interferiscono con il suo grado di benessere, autonomia potenziale, raggiungibile pur nella situazione di svantaggio.

Nei paragrafi successivi proveremo ad evidenziare con semplicità e chiarezza come il personale educativo di un servizio per l'infanzia può cogliere eventuali elementi di rischio correlati all'insorgenza della sindrome autistica, senza cadere in inutili allarmismi, con attenzione ai doverosi passaggi e nel rispetto di quella "cura" educativa che dovrebbe essere la base di tutto il loro lavoro.

## L'osservazione dei bambini nel contesto educativo

L'osservazione è una delle azioni più importanti di chi svolge un ruolo educativo, ed è caratterizzante la professionalità del personale educativo dei nidi.

Osservare significa avere uno **sguardo intenzionale** su che cosa si sta osservando e perché. Si osserva sospendendo il giudizio e ponendosi allo stesso livello di chi ci sta di fronte, consapevoli però del fatto che nessuna osservazione sarà mai realmente "oggettiva", perché sarà sempre condizionata dalla personalità dell'osservatore, nonché da innumerevoli altre variabili che in campo educativo sono sempre difficilmente controllabili. L'osservazione è un processo fondamentale per permettere quella documentazione che è anticamera della riflessione comune, e dunque dell'eventuale modifica o rinegoziazione dei significati che orientano la progettazione e programmazione nei servizi.

Saper osservare significa innanzitutto imparare a decentrarsi e ad aprirsi alla scoperta.

La strategia generalmente più usata dal personale educativo nei nidi d'infanzia è la registrazione delle osservazioni in forma scritta, o narrativa o seguendo griglie semi-strutturate. A questo proposito, un riadattamento dell'osservazione di tipo etologico può risultare adeguato, laddove di questo strumento si conservi il ruolo di un osservatore capace di **sospendere il giudizio** e di **descrivere le situazioni**. La semplice descrizione di quel che avviene apre infatti al confronto, che può invece essere condizionato dall'espressione di un giudizio valutativo.

Se il comportamento rappresenta un aspetto importante dell'osservazione da parte del personale educativo, non può essere considerato il solo. Ogni buona osservazione, infatti, deve ragionevolmente dar conto anche di altre informazioni, come l'organizzazione dello spazio, la posizione dei diversi soggetti con cui il bambino osservato interagisce, o la dimensione del gruppo in cui è inserito, in modo da consentire la contestualizzazione del comportamento. Si tratta qui di indicazioni che il personale educativo può tener presente anche nella loro interazione con i bambini e con i genitori, nella consapevolezza che la descrizione deve lasciare

campo aperto al dialogo, e quindi a interpretazioni differenti dello stesso fenomeno, laddove il giudizio non fa che chiudere la comunicazione, portando a "etichettare" invece che a conoscere, con tutti i conseguenti rischi legati a possibili effetti Pigmalione. Anche in questo caso le osservazioni si arricchiscono quanto più vengono discusse nel gruppo di lavoro, con l'aiuto del coordinamento pedagogico, in modo da confrontare le idee che stanno dietro le azioni che adottiamo. Tali idee devono essere il frutto di riflessioni congiunte, condivise e ragionevolmente fondate: non dobbiamo mai abbandonarci alle sensazioni o a impressioni che non trovino fondamento in conclusioni "scientificamente" comprovabili.

## Dall'osservazione delle esperienze all'attenzione ai possibili campanelli di allarme

I sintomi che possono rappresentare indicatori dell'autismo variano spesso sulla base dell'età del bambino così come i comportamenti manifestati. Per questa ragione è sempre molto importante conoscere gli indicatori e i possibili comportamenti associati facendo sempre delle osservazioni molto prudenti.

Nella tabella che segue abbiamo provato ad esemplificare alcuni comportamenti spesso presenti in soggetti con Disturbo Autistico nei primi due anni di vita e oltre.

### Comportamenti potenzialmente atipici fino a 2 anni

Nei primi anni di vita del bambino i segnali indicatori di autismo si manifestano molto più spesso come assenza di comportamenti che rappresentano tappe evolutive fondamentali nel percorso di sviluppo del bambino, che non come presenza di comportamenti strani o atipici.

A seconda dell'età del bambino è possibile osservare l'assenza di comportamenti diversi.

#### A 2 mesi:

- non risponde a suoni forti
- non guarda le cose che si muovono
- non sorride alle persone
- non porta le sue mani sulla bocca
- non riesce a tenere alta la testa quando è disteso sulla pancia

#### A 4 mesi:

- non guarda le cose che si muovono
- non sorride alle persone
- non riesce a tenere su la sua testa in modo stabile
- non sa riprodurre i suoni "o", "coo"
- non porta le cose alla bocca
- non sa spingere con le gambe quando i piedi sono posizionati su una superficie dura
- ha difficoltà di movimento di uno o entrambi gli occhi in tutte le direzioni

- non ha acquisito la fissazione dello sguardo (il bambino non sembra in grado di agganciare e mantenere lo sguardo dell'adulto, abilità che gli consentirebbe di comprendere e riconoscere le espressioni del viso e di osservare i movimenti della lingua e delle labbra).

**A 6 mesi:**

- non ha sorriso sociale e manifestazione di gioia (i bimbi autistici solitamente non rispondono al sorriso degli altri e non esternano manifestazioni di gioia)
- non ha lallazione (dobbiamo però tenere presente la variabilità della comparsa della lallazione che oscilla tra i 4 e i 10 mesi)
- non presta attenzione ai suoni ed alle espressioni facciali (non sembrano essere in grado di orientare la propria attenzione verso suoni o espressioni del volto)
- non dimostra alcun affetto per caregivers (genitori)
- sembra insolitamente rigido o insolitamente atonico

**A 9 mesi:**

- non guarda dove si indica
- non risponde al suo nome
- non si riscontra lallazione (mama, dada)
- non gioca a giochi del tipo avanti e indietro
- sembra non riconoscere persone familiari
- non riesce a sedersi con un aiuto
- non supporta il proprio peso sulle gambe
- non passa i giocattoli da una mano all'altra

**A 12 mesi:**

- non risponde quando chiamato per nome
- non anticipa le prime parole con il gesto rappresentativo
- non produce idiomati tipici dell'età
- non produce gesti con chiara valenza comunicativa (gesti comunicativi intenzionali deittici), quali indicare, dare, mostrare, salutare, ecc...
- non cerca le cose che vede nascondere

**Tra 14 e 18 mesi:**

- non attua giochi imitativi
- non produce parole singole intorno a 16 mesi;
- non realizza gioco simbolico (dai 18 mesi in poi);
- non sa riconoscere la funzione di alcuni oggetti familiari (tazza, cucchiaio, telefono)
- non impara nuove parole
- non nota o reagisce quando il genitore va via o torna

**A 24 mesi:**

- non esegue delle semplici istruzioni
- non sa produrre frasi a 2 parole
- ripete quanto detto da altri, parole dei cartoni animati, musiche ecc.;

È possibile osservare attività ripetitive ed utilizzo anomalo degli oggetti, manierismi nei movimenti di mani e dita, il fiutare oggetti e persone, l'esplorazione buccale di oggetti, reazioni atipiche a suoni o altre stimolazioni sensoriali, così come anomalie motorie e posturali.

**Comportamenti potenzialmente atipici nei bambini dai 2 anni in poi**

I possibili sintomi di autismo nei bambini dai 2 anni in poi riguardano principalmente i deficit nelle abilità sociali, linguistiche e comunicative (sia come comunicazione verbale che non verbale) e la presenza di comportamenti ristretti e stereotipati.

**Come si manifestano questi comportamenti?**

Per quanto riguarda l'area delle abilità sociali i comportamenti che possono rappresentare sintomi di autismo sono:

- Disinteresse nei confronti delle altre persone o per ciò che accade intorno a lui/lei
- Difficoltà evidenti nell'entrare in contatto con altre persone, giocare o farsi amici
- Preferisce non essere toccato, preso in braccio o cullato
- Non si impegnă in giochi di finzione, in giochi di gruppo, non imita gli altri, o non usa i giochi in modo creativo
- Difficoltà nel parlare di sé o dei suoi sentimenti
- Sembra non sentire quando gli altri gli parlano
- Disinteresse per gli altri

Per quanto riguarda i sintomi del linguaggio:

- Inizio tardivo del linguaggio o sua assenza
- Utilizza un tono di voce atipico, o per ritmo o per intensità.
- Ripete le stesse parole o frasi più e più volte
- Risponde alle domande ripetendo la domanda e non formulando la risposta
- Si riferisce a sé stesso in terza persona
- Usa il linguaggio in modo scorretto (errori grammaticali, parole sbagliate)
- Ha difficoltà a comunicare bisogni e desideri
- Non comprende semplici istruzioni, richieste e domande
- Interpreta ciò che gli viene detto in modo molto letterale (non coglie l'ironia e il sarcasmo).

Per quanto riguarda le difficoltà a livello di comunicazione non verbale:

- Evita il contatto oculare
- Usa espressioni facciali che non sono coerenti con ciò che sta dicendo
- Non coglie il significato delle espressioni facciali degli altri
- Ha una gestualità molto limitata (per esempio difficilmente indica ciò che desidera).
- Reagisce in modo inusuale ad alcuni stimoli visivi, uditivi, oppure ad alcuni sapori e consistenze. Può essere particolarmente sensibile a certi rumori anche se bassi

Segni e sintomi di comportamenti rigidi e stereotipati:

- Segue routine rigide (per esempio: insiste per fare sempre la stessa strada in macchina per andare a scuola)
- Ha difficoltà a adattarsi a qualunque cambiamento nella giornata (mangiare a un orario diverso dal solito) o nell'ambiente (spostamento di mobili)
- Mostra un attaccamento inusuale a oggetti o giochi particolari
- Allinea in modo ossessivo gli oggetti, o li sistema con un certo ordine prestabilito

- Mostra interesse per alcuni argomenti specifici
- Impegna molto tempo a sistemare giochi e oggetti in modi specifici
- Mostra interesse per il movimento degli oggetti
- Ripete le stesse azioni o movimenti più e più volte

È bene ricordare che nelle conclusioni cui giungiamo con le nostre osservazioni dobbiamo essere sempre molto prudenti: anche quando le evidenze potrebbero condurre a esiti apparentemente scontati, è nostro dovere mantenere un grande rigore per non lasciare spazio a errori. Per questa ragione gli stessi comportamenti elencati nella tabella precedente devono essere considerati come elementi utili ad affinare la nostra attenzione osservativa, a sollecitare la ricerca di significati, a stimolare il confronto continuo all'interno del gruppo educativo per rafforzare la conoscenza dei bambini, offrire strumenti utili al miglioramento dei contesti educativi, fornire basi per il confronto con le famiglie.

## Indicatori precoci dei disturbi dello spettro autistico da 0 a 3 anni

L'esperienza a contatto con molti bambini, con le fasi dello sviluppo, solitamente porta le educatrici ad avere una sensibilità particolarmente sviluppata nei riguardi di questa fascia di età, capace di cogliere piuttosto rapidamente alcuni segnali che solitamente si differenziano da una crescita normotipica.

Pur non essendo priva di errori, di inciampi e di rischi, l'eventualità nella quale si percepiscono segnali di disturbo da parte delle educatrici, spesso risulta essere fondamentale nell'attivazione dei percorsi necessari. Si configura come un aspetto principale, per tutti gli adulti che stanno intorno al bambino, la necessità di definire in modo chiaro i ruoli, le competenze e il percorso da compiere, qualora ci si trovi in questo tipo di situazione.

Principali indicatori di autismo (secondo quanto indicato dal DSM- 5):

- **compromissione della reciprocità socio-emotiva** (si intende la capacità di relazionarsi con gli altri e di condividere pensieri e sentimenti);
- **difficoltà nell'utilizzo di comportamenti comunicativi non verbali** (si intende l'insieme di gestualità, espressività del volto, intonazione del discorso, orientamento del corpo, contatto visivo. Può essere assente, scarsa o incoerente con la comunicazione verbale. In quest'ultimo caso, si avrà un'impressione di stranezza e rigidità);
- **difficoltà nello sviluppo, gestione e comprensione delle relazioni** (anche quando c'è il desiderio di fare amicizia, gli approcci sono spesso inadeguati o addirittura aggressivi. Fin da bambini è assente il gioco sociale condiviso e le attività preferite sono spesso solitarie. Comprendere situazioni sociali risulta macchinoso e non intuitivo. Modalità comunicative complesse come l'ironia o il sarcasmo sono difficilmente comprese);
- **presenza di movimenti, uso degli oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi** (può trattarsi di stereotipie motorie semplici, come battere le mani. Oppure, può essere presente un uso ripetitivo di parole – ecolalia – o oggetti, ad esempio, mettere in fila i giocattoli);
- **aderenza alla routine priva di flessibilità o rituali di comportamento** (i comportamenti rituali possono essere verbali, come domande

- ripetitive e non verbali, come percorrere sempre la stessa strada. È spesso presente la difficoltà ad accettare anche piccoli cambiamenti);
- **interessi molto limitati, fissi, anomali per intensità o profondità** (può essere osservata una forte avversione per ogni minimo stimolo sensoriale. Al contrario, può esserci un'apparente indifferenza a stimoli anche dolorosi. Luci, consistenze o suoni particolari possono affascinare in modo eccessivo);
  - **compromissione intellettuale e/o del linguaggio** (il profilo cognitivo e di abilità è spesso molto irregolare, con punte e cadute spiccate. Questa caratteristica si presenta anche in assenza di compromissioni intellettive);
  - **deficit motori sono frequenti, compresa la goffaggine;**
  - **presenza di autolesionismo, comportamenti sfidanti, ansia e la depressione** (nel corso della vita).

## Dalle parole ai fatti: l'osservazione in “pratica”

Di seguito proviamo a declinare, a titolo esemplificativo, alcune fasi del processo osservativo del comportamento di un bambino che potrebbe presentare difficoltà collegate al disturbo autistico.

### FASE 1

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.

Di seguito proponiamo alcuni esempi in cui:

- nella colonna di sinistra sono indicati alcuni comportamenti osservabili dal personale educativo che potrebbero essere considerati come indicatori precoci di DSA. A questo proposito è doveroso sottolineare la grande attenzione che deve essere prestata nei momenti osservativi e interpretativi poiché molti comportamenti, di seguito indicati, potrebbero, considerata l'età dei bambini, essere riconducibili a difficoltà diverse da quella trattata, a momenti particolari che il bambino sta vivendo, ai differenziati processi di sviluppo che ne caratterizzano la crescita, ecc.;
- nella colonna di destra sono riportati alcuni indicatori utili alla neuropsichiatria per una possibile diagnosi.

<p><b>Comunicazione e interazione sociale in molteplici contesti:</b> alcuni comportamenti che il personale educativo può osservare, coerentemente con l'età dei bambini</p> <p>Deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale in molteplici contesti: per la diagnosi neuropsichiatrica (CRITERIO A- DSM- 5)</p> <p>Nota: devono essere presenti <b>tutti</b> i seguenti fattori, (attualmente o nel passato)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficoltà o assenza di comunicazione non verbale</li> <li>• Inespressività facciale</li> <li>• Ritardo del linguaggio;</li> <li>• Anomalie dello sguardo e ridotto contatto dello sguardo</li> <li>• Assenza o deficit dell'indicazione protodichiarativa e pointing (gesti deittici)</li> <li>• Non girarsi quando si è chiamati</li> <li>• Regressioni comunicative</li> <li>• Mancanza d'interesse per gli altri</li> <li>• Scarsa imitazione</li> <li>• Assenza di sorriso sociale e di appropriate espressioni sociali</li> <li>• Assenza di attività simbolica</li> <li>• Assenza di empatia</li> <li>• Mancanza di iniziativa e passività</li> </ul>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Nota. Successivamente viene specificato il livello di gravità attuale (vedi tabella 1, p. 35)</p>	<p><b>Pattern (schema) di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi:</b> alcuni comportamenti che il personale educativo può osservare</p>	<p><b>Pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi:</b> indicatori per la diagnosi neuropsichiatrica (CRITERIO B- DSM-5)</p> <p>Nota: devono essere presenti <b>almeno due</b> dei seguenti fattori, attualmente o nel passato</p>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attaccamento a oggetti e organizzazione ripetitiva degli oggetti (per es., stereotipie motorie semplici, mettere in fila giocattoli o capovolgere oggetti)</li> <li>• Utilizzo di un linguaggio verbale e non verbale o di suoni stereotipati o ripetitivi (per es., ecolalia, frasi idiosincratiche, gesti ripetitivi).</li> <li>• Estremo disagio davanti a piccoli cambiamenti, difficoltà nelle fasi di transizione,</li> <li>• 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).</li> <li>• Movimenti stereotipati e comparsa di movimenti stereotipati delle mani (il cosiddetto <i>handwashing</i>)</li> <li>• Forte attaccamento o preoccupazione nei confronti di oggetti insoliti, interessi eccessivamente circoscritti o perseverativi</li> <li>• Scarsa capacità di "ancorare" l'attenzione</li> <li>• Scarsa capacità di "disancorare" l'attenzione</li> <li>• Ipotonia, attenzione instabile</li> <li>• Poca o grande sensibilità ai suoni</li> <li>• Tendenza a mettere tutto in bocca, annusare o toccare oggetti in modo eccessivo, essere affascinati da luci o da movimenti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movimenti, uso degli oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi</li> <li>• insistenza nella <i>sameness</i> (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).</li> <li>• Interessi molto limitati, fissi che sono anomali per intensità o profondità</li> <li>• Iper o iporeattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente</li> </ul> <p>Nota. Successivamente viene specificato il livello di gravità attuale (vedi tabella 1, p. 35)</p>

Come detto in precedenza, le caratteristiche essenziali del disturbo dello spettro dell'autismo sono la compromissione persistente della comunicazione sociale reciproca e dell'interazione sociale (Criterio A del DSM-5), e pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi (Criterio B). Questi sintomi si manifestano nella prima infanzia e limitano o compromettono il funzionamento quotidiano (Criteri C e D). Il momento in cui la compromissione funzionale diventa evidente varia in base alle caratteristiche dell'individuo e del suo ambiente. Le caratteristiche diagnostiche centrali sono evidenti nel periodo dello sviluppo, ma misure di intervento, modalità di compensazione e supporto possono mascherare le difficoltà almeno in alcuni contesti. Le manifestazioni del disturbo variano molto anche in base al livello di gravità della condizione autistica, al livello di sviluppo e all'età cronologica; da qui il termine spettro.

Nell'attuale DSM l'autismo rientra nella categoria disturbi del neurosviluppo ed è stata dunque riconosciuta la variabilità dei sintomi che possono anche attenuarsi o modificarsi: data questa caratteristica di variabilità è importante registrare anche eventuali regressioni<sup>1</sup>.

**Tabella 1** (cfr. DSM-5 in AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Livello di gravità	Comunicazione sociale	Comportamenti ristretti ripetitivi
"È necessario un supporto molto significativo"	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.	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.
"È necessario un supporto significativo"	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.	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.
"È necessario un supporto"	In assenza di supporto, i deficit della comunicazione sociale 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.	L'inflessibilità di comportamento causa interferenze significative con il funzionamento in uno o più contesti. Difficoltà nel passare da un'attività all'altra. I problemi nell'organizzazione e nella pianificazione ostacolano l'indipendenza.

## FASE 2

L'équipe educativa condivide le osservazioni in una riunione con il coordinamento pedagogico e se si registrano possibili indicatori di DSA, si prevede un approfondimento osservativo, con osservazioni mirate, condotte dalle educatrici in più momenti e dal coordinamento pedagogico.

È importante sottolineare che il gruppo di lavoro deve possedere forti competenze sui processi di sviluppo dei bambini da 0 a 3 anni, poiché ciò consente di meglio individuare la presenza di possibili problematicità.

In questa fase possono essere utilizzati strumenti osservativi più approfonditi per meglio descrivere il comportamento del bambino. L'osservazione deve essere molto attenta e sistematica, ossia ripetuta nel tempo, condividendo in gruppo quanto emerso per evitare il rischio di errori.

Il DSM-5 ci ricorda che, nel caso in cui vengano riscontrati e identificati alcuni di questi segnali, è sempre opportuno condividere i risultati delle osservazioni con professionalità specifiche (il neuropsichiatra infantile) in modo da avere un chiaro riscontro rispetto a eventuali ipotesi costruite.

<sup>1</sup> Quando si parla di sintomi precoci dell'autismo non si può prescindere da ricordare che esiste una percentuale tra il 20% e il 40% di bambini in cui viene riscontrata una regressione (Tuchman e Rapin 1997). Con questo termine si intende, specificatamente, la perdita di competenze precocemente acquisite: dal racconto dei genitori viene a volte riportato uno sviluppo apparentemente normale fino ai 18-24 mesi, per poi arrivare ad una *perdita* delle abilità comunicative e sociali (Fulceri, Tancredi e Muratori, 2012).

A tal proposito è sempre molto importante costruire e attivare reti con le Aziende Sanitarie Locali (in particolare i TSMREE), i servizi sociali e le professionalità di supporto così da creare un circolo virtuoso rispetto al supporto che possiamo dare ai bambini e alle famiglie.

**Il Servizio TSMREE (Tutela Salute Mentale e Riabilitazione dell'Età Evolutiva)** svolge funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale. Possono rivolgersi al TSMREE tutti coloro che sono in età evolutiva (0-18 anni) e che presentano disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale. Previo l'inserimento in una lista di attesa, viene assicurato, attraverso équipes multidisciplinari, un percorso diagnostico-valutativo e di follow-up. A coloro che presentano situazioni di handicap e/o di disturbi psichici è offerta una presa in carico globale ed integrata, del minore e della famiglia, in integrazione con i Servizi Sociali, Educativi e Scolastici, in raccordo con l'Autorità Giudiziaria e in coordinamento con i Centri di Riabilitazione.

### FASE 3

Le educatrici condividono le nuove osservazioni mirate in riunione con il coordinamento pedagogico.

Qualora si registrino comportamenti che possono far supporre la presenza di una condizione di autismo è necessario coinvolgere i servizi e affidarsi alle figure professionali specifiche per una diagnosi (neuropsichiatra infantile). Si ricorda che il ricorso a specialisti per la diagnosi compete esclusivamente alla famiglia: è questa infatti che dovrebbe rivolgersi a strutture specializzate (Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile ospedaliere o territoriali).

La difficoltà maggiore in questa fase sta nel definire in modo corretto i passaggi e le comunicazioni, tenendo presente che per una famiglia non è facile confrontarsi con la possibile disabilità del figlio. È per questo importante condividere l'opportunità di accertamenti, là dove se ne avveda una reale necessità, per rispondere ai bisogni dei bambini, non dimenticando che potremmo trovarci di fronte a una famiglia non ancora pronta ad accettare la situazione.

## La relazione con le famiglie

La costruzione dell'alleanza con i genitori costituisce uno dei punti fondamentali dell'intervento educativo sui comportamenti del bambino con il disturbo dello spettro autistico. L'instaurarsi dell'alleanza non risulta sempre semplice, a causa di:

- non accettazione da parte della famiglia;
- scarsa conoscenza da parte di genitori e/o personale educativo delle caratteristiche del disturbo;
- paure correlate al giudizio e pre-giudizio;
- percezioni spesso ambivalenti dei genitori circa la possibilità di riuscita e di miglioramento del figlio;
- resistenza alle sollecitazioni da parte del personale educativo;
- punti di vista professionali discordanti;
- ecc.

«Costruire un'alleanza con i genitori vuole dire basare il proprio lavoro su un modello collaborativo nel quale, accanto ad una forte relazione di sostegno e alla creazione di un senso di empowerment, siano perseguiti obiettivi comuni, verso i quali i genitori siano guidati e sui quali essi stessi possano dare concretamente un contributo rilevante, attivando risorse, in molte occasioni inaspettate» (Ianes, 2015, p. 142).

Un bell'esempio in questa direzione è quello proposto da Eric Schopler (1998), fondatore dell'approccio TEACCH (di cui parleremo più avanti), il quale ha fondato l'intervento psicoeducativo a partire dall'alleanza tra genitori e i professionisti.

Ci sono molti modi per aiutare i genitori ad acquisire nuove abilità, modalità di gestione e conoscenze; molto efficaci e ampiamente diffusi si sono rilevati i programmi di Parent Training, programmi di formazione strutturati, basati sull'insegnamento di abilità educative, sull'elaborazione congiunta ed emotiva, sul modellamento, le simulazioni con feedback, il roleplay, ecc. (Benedetto, 2005).

Comunicare a una famiglia che ci sono chiari sospetti che il figlio possa avere problemi riconducibili a una possibile disabilità è sempre molto delicato. Tali comunicazioni esercitano un impatto distruttivo per la famiglia del bambino.

La letteratura sull'argomento in virtù della forza di tale impatto si è concentrata sull'effetto che il suddetto evento esercita sugli equilibri sia familiari che personali, le peculiarità che lo rendono assimilabile alla perdita del bambino sognato e atteso. Le reazioni immediate dei genitori sono molto simili a quelle vissute durante un lutto, con una iniziale fase di stordimento e incredulità. Questo tipo di reazione spesso agisce come meccanismo di difesa contro l'angoscia derivante dalla presa di coscienza del significato della scoperta. Il trauma vissuto dai genitori in questa prima fase, può essere seguito da una reazione di rifiuto che in alcuni casi può sfociare nella negazione, ma più frequentemente si traduce nella minimizzazione della gravità delle condizioni del proprio bambino fino all'emergere di fantasie riguardanti improbabili cure miracolose. Altri vissuti sperimentati sono quelli di rabbia e senso di colpa: la prima causata dall'ingiustizia subita.

Domande frequenti sono: «*Perché è successo proprio a me? Che cosa ho fatto di male per meritarmi questo?*» mentre il senso di colpa si tramuta spesso in sentimenti di tristezza e disperazione.

Nonostante queste siano le reazioni più frequenti, i sentimenti di un genitore di fronte a una comunicazione di questo tipo può variare molto: i membri della famiglia possono attraversare differentemente le fasi di superamento dello shock iniziale e le singole reazioni possono continuare anche in seguito ad essere differenti da quelle dell'altro coniuge.

Ciò richiede ai professionisti dell'educativo una particolare attenzione nei processi comunicativi: è necessario prendersi del tempo oltre a quello dell'osservazione del bambino, fissare momenti diversi di approfondimento per affrontare la situazione con estrema calma e professionalità. È necessario tranquillizzare le famiglie e fare in modo che non rimangano sole di fronte ai tanti dubbi che potrebbero insorgere in un genitore. Non dimentichiamo che la nascita di un figlio disabile rende problematico per i genitori immaginarsi il futuro del bambino, soprattutto per l'indeterminatezza delle aspettative circa ciò che potrà accadere. Un bambino disabile obbliga i propri familiari a pensare al futuro senza possedere i mezzi e gli strumenti per poterlo immaginare. I genitori si pongono domande circa la vita del proprio figlio e le risposte spesso rimangono in sospeso in quanto non solo elicotano un enigma di difficile soluzione circa le condizioni del bambino, ma spesso appaiono premature: «Mio figlio imparerà a leggere? quanto la sua vita sarà limitata? e ancora potrò lavorare, viaggiare, vivere come prima?».

Da questo punto di vista occorre che il servizio educativo costruisca un dialogo con le famiglie, che accolga anche le ansie dei genitori; per questo fin dall'inizio, il rapporto con le famiglie richiede un grande investimento da parte degli educatori. Gli educatori «devono essere in grado di promuovere e di sostenere alcune attività importanti per valorizzare il rapporto con i genitori, devono saper condurre colloqui individuali, saper osservare in modo attento, documentare il proprio lavoro, animare situazioni conviviali e di operatività condivisa» (Tognetti, 2014, p. 161).

Il personale educativo deve essere in grado di poter contribuire alla costruzione di una cultura della disabilità anche quando all'interno della struttura non sono presenti bambini disabili. È importante, fin dai primi colloqui con le famiglie, sottolineare il lavoro e la cura data ai bambini valorizzandone le differenze anche evidenti perché il bambino disabile è prima di tutto un bambino.

Volendo semplificare, potremmo dire che la comunicazione alle famiglie può avvenire secondo le seguenti modalità:

#### Primo colloquio con i genitori

Vengono restituite le osservazioni. Con molto tatto e delicatezza si prova a chiedere ai genitori che cosa fa il bambino a casa, come si comporta, che tipo di giochi fa, come si relaziona ai genitori ecc. per verificare se, anche, i genitori si sono accorti di qualcosa. In questo primo incontro dobbiamo valutare, con molta attenzione, se può essere opportuno condividere il fatto che il gruppo di lavoro ha osservato comportamenti su cui merita riflettere per monitorarne l'evoluzione. Nei primi confronti, a meno che non sia la famiglia stessa ad evidenziare la difficoltà, è plausibile condividere argomentazioni piuttosto generali. Si chiede conferma se ciò è stato notato anche a casa ed eventualmente si chiede di osservare con attenzione nei giorni successivi. Dopo questa prima riflessione e condivisione si prova dandosi un nuovo appuntamento nelle settimane successive.



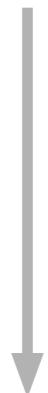
#### Secondo colloquio con i genitori

Vengono restituite le nuove osservazioni (cfr. "Fase 2", p. 35). Si sottolineano eventuali approfondimenti e si chiede un confronto sulle osservazioni condotte a casa dopo il primo colloquio. Si domanda se i genitori vogliono condividere quanto emerso con il pediatra e se sono stati attivati altri eventuali contatti per ulteriori approfondimenti. In caso siano stati attivati, ci si rende disponibili a contattare e supportare i servizi, mettendoci a loro disposizione per condividere le osservazioni.



#### Contatti con i servizi

Una volta attivate le professionalità specifiche verrà condotta un'osservazione attenta del comportamento del bambino che, sulla base degli indicatori del DSM- 5 condurranno alla definizione di una diagnosi.



#### Attesa della famiglia

È possibile che la famiglia non sia ancora pronta ad accettare o vedere quello che per il personale educativo può sembrare evidente e quindi potrebbe non voler procedere verso nessun accertamento. In questo caso il personale educativo deve solo provare ad accompagnare la famiglia verso una progressiva consapevolezza. In questo caso potrebbe occorrere del tempo.

# Dalla presa d'atto della famiglia alla certificazione della disabilità

Il diritto all'educazione e all'istruzione dei bambini con disabilità si realizza, secondo la normativa vigente, attraverso l'inclusione in servizi educativi e/o d'istruzione, che prevede l'obbligo dello Stato di predisporre adeguate misure di sostegno, alle quali concorrono a livello territoriale, con proprie competenze, anche gli Enti Locali e il Servizio Sanitario Nazionale. La comunità educativa/scolastica e i servizi locali hanno pertanto il compito di "prendere in carico" e di occuparsi della cura educativa e della crescita complessiva della persona con disabilità, fin dai primi anni di vita. Tale impegno collettivo ha una meta ben precisa: predisporre le condizioni per la piena partecipazione della persona con disabilità alla vita sociale, eliminando tutti i possibili ostacoli e le barriere, fisiche e culturali, che possono frapporsi fra la partecipazione sociale e la vita concreta delle persone con disabilità.

La Legge 104/92 riconosce e tutela la partecipazione alla vita sociale delle persone con disabilità, in particolare nei luoghi per essa fondamentali: i servizi educativi e la scuola, durante l'infanzia e l'adolescenza (artt. 12, 13, 14, 15, 16 e 17) e il lavoro, nell'età adulta (artt. 18, 19, 20, 21 e 22).

Ma quali sono i passi che devono essere seguiti per giungere alla certificazione di disabilità?

In relazione a quanto disposto dal D.Lgs. n. 66/2017, art. 5, modificato con D.Lgs. n. 96/2019, art. 4, c. 2, le commissioni mediche di cui alla legge 15 ottobre 1990, n. 295, sono composte da un medico legale, che assume le funzioni di presidente, e da due medici, di cui uno specialista in pediatria o in neuropsichiatria infantile e l'altro specialista nella patologia che connota la condizione di salute del soggetto. Tali commissioni sono integrate da un assistente specialistico o da un operatore sociale, o da uno psicologo in servizio presso strutture pubbliche individuati dall'ente locale o dall'INPS quando l'accertamento sia svolto dal medesimo Istituto ai sensi dell'articolo 18, comma 22, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, nonché, negli altri casi, da un medico INPS come previsto dall'articolo 19, comma 11, della stessa legge 15 luglio 2011, n. 111, fermo restando quanto previsto

dall'art. 1, commi 3 e 4, della citata legge n. 295 del 1990.

Ogni processo di approfondimento deve muovere da un'anamnesi accurata richiesta da chi esercita la potestà genitoriale e realizzata dalle Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile, presenti sia in ambito ospedaliero che territoriale (TSMREE) che promuovono un percorso di approfondimento e conoscenza del caso.

- Chi esercita la potestà genitoriale può: rivolgere richiesta all'Azienda Ospedaliera o al Servizio Territoriale d'appartenenza (TSMREE della propria ASL)
- esprimere il consenso qualora la segnalazione finalizzata ad eventuale certificazione provenga dalla scuola.

A conclusione dell'iter diagnostico, se la diagnosi è tale da prefigurare una situazione di disabilità, è compito del clinico, al momento della consegna della diagnosi, informare la famiglia dettagliatamente sulla necessità che per il bambino sia richiesto l'accertamento di disabilità, presentando tutti i diritti derivanti da tale situazione sia in termini di possibili benefici economici sia di ulteriori certificazioni connesse ai diritti del soggetto (es. per integrazione scolastica, per protesi ed ausili, per esenzioni dal pagamento del ticket, etc.) e della sua famiglia (v. sgravi fiscali, giorni di permesso, etc.), anche avvalendosi di specifica documentazione cartacea o prefigurando eventuali accessi (medico legale, patronato, sindacato, associazioni, etc.) per il completamento della informazione anche per elementi specifici alla rispettiva situazione familiare (es. lavoro dei genitori).

In generale, quando le UO consegnano alla famiglia di un bambino, di qualunque età, una diagnosi di patologia che può dar luogo a certificazione di disabilità (invalidità, condizione di handicap, etc.) devono:

- informare direttamente i genitori dei diritti "esigibili" connessi a tale situazione;
- consegnare la modulistica utile a fare richiesta alla Commissione di accertamento per il riconoscimento di tale situazione;
- consegnare alla famiglia la diagnosi funzionale che rappresenta la relazione clinica con la quale viene definita la tipologia di disabilità secondo la classificazione DSM-5 o ICD11.

Al ricevimento della domanda per accertamento di disabilità, la Commissione di accertamento avvia l'iter.

Il percorso tipo per queste certificazioni dovrebbe prevedere:

- stesura del verbale di accertamento della disabilità da parte della Commissione di accertamento ed invio alla Commissione di verifica INPS provinciale;
- entro 60 giorni, la Commissione INPS può approvare o chiamare a visita diretta;
- qualora entro 60 giorni la Commissione INPS non abbia dato comunicazioni, si considera "silenzio-assenso" di approvazione del verbale di accertamento della disabilità;
- alla approvazione dell'INPS segue, da parte della Commissione, l'invio di una copia all'interessato (o al patronato) ed una copia al Comune per avviare l'iter della concessione di eventuali benefici economici, previa richiesta formale da parte del genitore / tutore legale.

### INPS: comunicazione tecnico scientifica del 2 marzo 2015

"Preso atto della complessità della sindrome, dell'elevata comorbilità, della necessità che la diagnosi e la valutazione clinica siano effettuate da strutture specializzate e del fatto che il disturbo autistico è permanente, pur con espressività variabile, si ritiene che:

- il giudizio medico-legale non possa essere basato su una osservazione clinica estemporanea ma che debba derivare da una corretta interpretazione della documentazione clinica presentata, ancor più se la stessa documenta anche i livelli di attività e partecipazione;
- in Letteratura si riporta come valido predittore di esito il Q.I. non verbale; in particolare, un Q.I. non verbale inferiore a 50 in età prescolare è associato con una ridotta possibilità che venga acquisito un livello funzionale di linguaggio verbale e con una scarsa possibilità di un adeguato funzionamento sociale in adolescenza o in età adulta. Si ritiene, pertanto, che laddove sia documentata tale condizione, l'orientamento corrispondente sia quello che comporta la concessione dell'indennità di accompagnamento e il riconoscimento dello stato di Handicap in condizione di gravità a norma dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92. Si precisa, altresì, che la presenza di un Q.I. non verbale relativamente alto (70) viene considerato dagli Autori come una condizione necessaria ma non sufficiente per una buona prognosi. Si fa presente che nel DSM-5 la disabilità intellettuale viene stimata non più con la semplice misurazione del Q.I., ma anche con la valutazione delle capacità adattive tramite VABS (Vineland Adaptive Behaviour Scale); la disabilità intellettuale, quindi, risulta presente anche nelle persone con autismo e QI nella norma. Si sottolinea l'importanza, al fine di evitare automatismi acritici nel giudizio medico legale, della valutazione clinica globale del minore affetto da Disturbo Autistico effettuata dai centri specializzati;
- ove sia presente una indicazione di livello di gravità secondo il DSM-5 proveniente da centri accreditati del Servizio Sanitario Nazionale, si ritiene che il livello 3 comporti l'orientamento valutativo espresso al punto precedente; il livello 2 dovrebbe comportare analogo giudizio medico-legale nella maggior parte dei casi con una potenziale riserva per i minori con un recentissimo inquadramento e che potrebbero risentire favorevolmente di precoci trattamenti terapeutici; nel definire il livello di gravità è auspicabile l'uso di scale validate che valorizzino la dimensione della compromissione relazionale e della vita comunitaria di riferimento;
- nei casi in cui il giudizio medico legale non può essere orientato secondo i criteri espressi nei precedenti punti, sarà opportuno valutare la presenza di eventuali comorbilità (ad es., ritardo mentale ed epilessia) al fine di dirimere se nella fattispecie si realizzi un carico assistenziale eccezionale rispetto allo standard di un coetaneo in buona salute (cfr. Sentenza della Corte di Cassazione n. 11239 del 7.6.1991).

Si ribadisce che le previsioni di rivedibilità in minore affetto da disturbo autistico trovano ragione solo nei casi in cui le strutture di riferimento attestino un disturbo autistico di tipo lieve o borderline con ritardo mentale (misurato in termini di QI e di capacità adattive) assente o lieve."

Va ben chiarito alla famiglia che l'accertamento della disabilità in un'unica seduta dà altresì luogo a diversi processi certificativi, relativi alla situazione di invalidità, di cecità civile, di sordità civile, di handicap. Queste diverse certificazioni sono necessarie per attivare le procedure previste per la concessione dei benefici riconosciuti. In particolare, la certificazione per integrazione scolastica è subordinata all'accertamento della situazione di handicap (ex. L 104/92).

Ad oggi, successivamente all'accertamento della condizione di disabilità ai sensi dell'articolo 3 della Legge 104/92, viene redatto un **Profilo di Funzionamento** secondo i criteri del modello bio-psico-sociale della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) adottata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ai fini della formulazione del progetto individuale di cui all'articolo 14 della Legge 8 novembre 2000, n. 328, nonché per la predisposizione del Piano Educativo Individualizzato (PEI).

#### Processo di chiarificazione del quadro clinico

##### ANAMNESI

evidenzia gli eventi delle fasi prenatale, perinatale e postnatale del soggetto



##### DIAGNOSI CLINICA

definisce il quadro sindromico iniziale e successivo



##### PROFILO DI FUNZIONAMENTO

è redatto dopo l'accertamento della condizione di disabilità in età evolutiva, ai fini dell'inclusione scolastica, sulla base dei criteri del modello bio-psico-sociale della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ai fini della formulazione del Piano Educativo Individualizzato (PEI).

Il processo di chiarificazione clinica conduce alla definizione del Piano educativo Individualizzato (PEI).

È importante costruire un PEI che possa sfociare in un "progetto di vita", ossia permetta di pensare i bambini al nido o nella scuola non solo in quanto tali, ma come appartenenti a contesti diversi da questi (e non per questo ristretti alla sola famiglia). Soprattutto deve permettere un pensiero sui bambini come persone che possono crescere, che possono, nella loro disabilità, diventare adulti.

Il progetto non è soltanto il luogo della conoscenza e della programmazione di attività o opportunità formative: è prima di tutto il luogo della possibilità, dell'immaginazione, qualcuno direbbe della "creatività". Come tale non riguarda solo il nido o la scuola, ma tutti i contesti in cui ogni soggetto, disabile o meno, vive, a partire dalla famiglia.





Parte terza

L'AUTISMO:  
L'IMPORTANZA DELLA  
DIAGNOSI PRECOCE

# La diagnosi precoce

La diagnosi è "clinica", ovvero basata unicamente sull'osservazione del bambino. È quindi opportuno affidarsi a strutture sanitarie specializzate e ad una équipe multidisciplinare, coordinata da un Neuropsichiatra Infantile, per effettuare una valutazione clinica globale del bambino.

Attualmente vi è sufficiente concordanza sul fatto che sia possibile formulare una diagnosi di autismo tra i 2 e i 3 anni, anche se tra gli 8 e i 18 mesi è possibile individuare alcuni segni che, pur essendo aspecifici, devono essere considerati patologici e quindi necessitano di una consultazione specialistica e portano almeno ad una diagnosi di attesa.

**BOX 1**
**Le precedenti indicazioni del DSM IV, 1996**

Le caratteristiche fondamentali del disturbo autistico sono la presenza di uno sviluppo notevolmente anomalo o deficitario dell'interazione sociale e della comunicazione e una notevole ristrettezza del repertorio di attività e interessi. Le manifestazioni del disturbo variano ampiamente a seconda del livello di sviluppo e dell'età cronologica del soggetto. Il disturbo autistico viene talvolta riportato come autismo infantile precoce, autismo infantile o autismo di Kanner.

Età di esordio: la diagnosi viene prevista a partire dai 3 anni.

**Le nuove indicazioni del DSM-5, 2013**

Il nuovo orientamento diagnostico, oltre a decidere di sostituire l'espressione Disturbi pervasivi (o generalizzati) dello sviluppo con il termine Disturbi dello spettro autistico, elimina anche differenti sottotipi della patologia: il disturbo pervasivo non altrimenti specificato, sindrome di Asperger (inserita nel manuale APA per la prima volta nel 1996), disturbo disintegrativo, sindrome di Rett (grave patologia neurologica di origine genetica, ora inserita nei disturbi genetici).

"L'introduzione di questa nuova dicitura richiama l'attenzione del clinico sul concetto dimensionale del disturbo, caratterizzato da comportamenti che si estendono senza soluzione di continuità tra normalità e malattia, ma che si differenziano perché la frequenza e l'intensità di quel sintomo non consentono di adattarsi al contesto, di sviluppare tutte le risorse cognitive, di acquisire e mantenere relazioni sociali. Il fatto che il disturbo venga considerato all'interno di uno spettro significa che la distribuzione della frequenza di un dato comportamento problematico varia nel tempo e nell'intensità della sua manifestazione. All'interno dello spettro del disturbo troviamo raccolto ciò che un tempo veniva indicato come autismo infantile precoce, autismo infantile, autismo di Kanner, autismo ad alto funzionamento, autismo atipico, disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato, disordine disintegrativo, e sindrome di Asperger." (Vio, Lo Presti, 2014, p. 100).

Età di esordio: la diagnosi viene prevista a partire dai 12 mesi nelle forme più severe, ai 2 anni quando i sintomi sono di grado lieve.

La diagnosi di autismo è una diagnosi che si basa su criteri clinici, ampiamente studiati e riconosciuti: la componente neurobiologica è ritenuta costante anche se, come già detto, non esiste un marker specifico per questo disturbo. Da tempo si è cercato di definire i primi sintomi se siano specifici o aspecifici e quando questi compaiono. Il riconoscimento dei sintomi, nella fase precoce non è sempre facile: questo è da ricondursi al fatto che, tranne nei casi in cui l'esordio del disturbo non sia eclatante, la sintomatologia, almeno nelle fasi iniziali, può essere aspecifica e diversi sintomi ritenuti patognomonici di autismo (vale a dire tipici e caratteristici, associati univocamente all'autismo), possono ritrovarsi in diversi disturbi dell'età evolutiva. "Il problema della diagnosi precoce non può prescindere dalla differenza che c'è tra l'età di inizio dei sintomi e l'età del riconoscimento di questi. Quindi, quando si parla di diagnosi precoce bisogna sempre chiarire se stiamo parlando di fattori suggestivi di autismo oppure se si sta cercando di comprendere meglio com'era quel bambino nelle fasi iniziali della malattia." (D'Ardia, A. et al., 2001). Nel 90% dei casi i genitori riferiscono di aver notato "qualcosa" nel primo anno di vita, di solito anomalie dello sguardo, del gioco, della partecipazione e una certa tendenza all'isolamento; Lord in un lavoro del 1995 afferma che il motivo per cui le anomalie nell'interazione e nella comunicazione non vengono notate precocemente è che spesso vengono riassorbite e compensate dall'ambiente familiare che le circonda; quando i bambini crescono, e con essi anche le aspettative dei genitori, tali anomalie risultano essere più evidenti. Come è noto l'autismo è associato nel 75% dei casi a un ritardo cognitivo e chiaramente quest'associazione e in modo particolare, l'entità del ritardo permettono una diagnosi più o meno precoce, in quanto i sintomi sono più evidenti nei casi in cui è presente un ritardo cognitivo (Volkmar et al., 1990).

## La valutazione dei disturbi dello spettro autistico

Diagnosticare un disturbo dello spettro autistico è uno dei principali nodi che si trova ad affrontare oggi chi lavora nel campo della patologia dello sviluppo. La diagnosi di disturbo dello spettro autistico è basata principalmente sulla descrizione e l'osservazione del comportamento, tramite gioco libero o con valutazioni standardizzate e semistrutturate. Un'accurata diagnosi di autismo appare realizzabile non prima dei 2-3 anni (Lord, 1995), età in cui possiamo pensare sia almeno in parte completato lo sviluppo di alcune competenze che si evolvono nei bambini nei primi anni di sviluppo. Tuttavia oramai sono tutti concordi nel ritenere che già a 15-18 mesi si possono evidenziare delle alterazioni nello sviluppo che spingono principalmente a interventi precoci, considerato che la letteratura internazionale (Dawson, 2008; Mundy, Sullivan e Mastergeorge, 2009) individua nella precocità dell'intervento uno dei predittori del successo dell'intervento stesso. Osservazioni attente, diagnosi precoci e interventi intensivi sembrano essere gli unici strumenti per ridurre gli effetti di un disturbo del neurosviluppo.

La diagnosi viene eseguita attualmente secondo i criteri del DSM-5 o dell'ICD-11 e in entrambi i casi vanno rilevate le alterazioni o i deficit relativi alla comunicazione e/o interazione sociale e la presenza di difficoltà sensoriali e interessi ristretti. In ogni caso, a qualunque età, e in particolare quando il bambino è piccolo, la diagnosi deve essere funzionale e rilevare le aree di funzionamento e quelle di non funzionamento di un bambino; si deve perciò spaziare (con gli strumenti testistici e osservativi più adeguati) dalla valutazione delle componenti cognitive, linguistiche, motoria a quelle comunicative, sociali e relazionali.

## Indicazioni diagnostiche dal DSM-5

Il DSM-5 entrato in vigore nel 2013 negli USA e nel 2014 in Italia, propone, rispetto alla precedente edizione, un vero cambiamento nella classificazione e nelle indicazioni nosografiche per la definizione del disturbo. In primo luogo si parla di **Disturbi dello spettro dell'autismo** (Autism Spectrum Disorder — ASD), ossia di un ampio spettro di variabilità e di diversa intensità delle manifestazioni del disturbo, rispettando in tal modo le indicazioni di tutti gli studi che mettono in luce l'eterogeneità e le differenze delle manifestazioni della patologia. Sono state eliminate tutte le sotto classificazioni precedenti, molto problematiche da un punto di vista diagnostico e poco utili sul piano operativo, per dare una definizione molto ampia di spettro autistico, all'interno della quale poi il clinico opera delle specificazioni rispetto al livello di gravità sulla base delle competenze cognitive, attente, linguistiche e di autonomia.

Per fare una diagnosi di disturbo dello spettro autistico è necessario che il bambino abbia difficoltà in due aree specifiche:

- Deficit sociali e/o comunicativi
- Interessi ristretti, comportamenti ripetitivi o difficoltà sensoriali.

Sivene in questo modo a individuare un asse portante della patologia, ovvero la difficoltà sociale, che comprende anche la difficoltà di comunicazione, la quale ha quindi la sua origine nel disturbo sociale e non nella difficoltà cognitiva a strutturare o articolare il linguaggio. Questo asse deve essere accompagnato da difficoltà sensoriali e da rigidità nelle azioni (interessi ristretti, stereotipie) rendendo quindi esplicita tutta l'alterazione dei lobi frontali e prefrontali che gli studi più recenti evidenziano nel cervello dei soggetti con DSA. Riportiamo nel BOX 2 i criteri diagnostici:

BOX 2

**DSM-5® Disturbo dello spettro dell'autismo: Criteri diagnostici**

(da Venuti P., Bentenuto A., 2017, pp.23-24)

**A. Deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale** in molteplici contesti, come manifestato dai seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato (gli esempi sono esplicativi, non esaustivi; si veda il testo):

- 1. 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.
- 2. 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.
- 3. 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. [...]

**B. Pattern di comportamento**, interessi o attività ristretti, ripetitivi, come manifestato da almeno due dei seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato (gli esempi sono esplicativi, non esaustivi; si veda il testo):

- 1. Movimenti, uso di oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi (per esempio, stereotipie motorie semplici, mettere in fila giocattoli o capovolgere oggetti, ecolalia, frasi idiosincratiche).
- 2. Insistenza nella sameness (immodificabilità), aderenza alla routine priva di flessibilità o rituali di comportamento verbale o non verbale (per esempio, estremo disagio davanti a piccoli cambiamenti, difficoltà nelle fasi di transizione, schemi di pensiero rigidi, saluti rituali, necessità di percorrere la stessa strada, mangiare lo stesso cibo ogni giorno).
- 3. Interessi molto limitati, fissi che sono anomali per intensità o profondità (per esempio, forte attaccamento o preoccupazione nei confronti di oggetti insoliti, interessi eccessivamente circoscritti o perseverativi).
- 4. Iper o ipoattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente (per esempio, apparente indifferenza a dolore/temperatura, reazione di avversione nei confronti di suoni o consistenze tattili specifici, annusare o toccare oggetti in modo eccessivo, essere affascinati da luci o da movimenti). [...]

**C. I sintomi devono essere presenti nel periodo precoce dello sviluppo** (ma possono non manifestarsi pienamente prima che le esigenze sociali eccedano le capacità imitate, 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.

## I principali strumenti per la valutazione cognitiva in soggetti con disturbo dello spettro autistico

La diagnosi è "clinica", ovvero basata unicamente sull'osservazione del bambino. È quindi opportuno affidarsi a strutture sanitarie specializzate e ad una équipe multidisciplinare, coordinata da un Neuropsichiatra Infantile, per effettuare una valutazione clinica globale del bambino. Prima di accedere a una valutazione clinica approfondita ci sono diversi test preliminari che pediatri e altri medici possono utilizzare come primo strumento per capire se un bambino potrebbe essere affetto da autismo e avviare così una valutazione formale: tra questi la Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) è un questionario utilizzato per valutare possibili sintomi critici per bambini di età compresa tra i 18 ed i 24 mesi. La M-CHAT indaga sui comportamenti tipici dell'autismo, ma Epstein sottolinea che questo test preliminare è stato progettato appositamente "come una rete a maglie larghe" e spesso include anche bambini che non sono davvero affetti da autismo.

Altri test preliminari simili sono il Childhood Autism Rating Scale e il Ages and Stages Questionnaire, che hanno una struttura più semplice. Lo Screening Tool for Autism in Toddler and Young Children (STAT) indaga sui possibili sintomi di autismo in modo più dettagliato rispetto ai test menzionati prima, ma è sempre uno strumento di base per individuare quei bambini che devono essere sottoposti a ulteriori valutazioni. I risultati di questi test da soli non possono mai essere considerati una diagnosi.

Se da un primo screening risulta che il bambino potrebbe essere affetto da disturbi dello spettro autistico, deve essere sottoposto a una valutazione completa realizzata da professionisti esperti. In questo caso la valutazione si basa sulla somministrazione di test specifici che guidano i clinici nel percorso diagnostico: tra i più utilizzati ricordiamo l'ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule-2nd Edition) un'osservazione di gioco semi-strutturato, che può essere integrato con l'ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised), un'intervista raccolta dai genitori, al fine di ricostruire le prime tappe dello sviluppo ed individuare possibili sintomi relativi allo spettro autistico. Il Communication and Symbolic Behavior Scale (BSBS) è un altro valido strumento diagnostico per la prima infanzia.

Risulta, inoltre, utile, in fase diagnostica, indagare, il funzionamento cognitivo, adattivo e le capacità linguistiche.

La valutazione cognitiva è importante quanto la valutazione delle manifestazioni dei tratti autistici. Infatti, in particolare con i bambini piccoli, bisogna sempre monitorare l'evoluzione delle competenze cognitive e garantire una loro progressione, poiché in questo modo si evita che, oltre alle difficoltà sociali e sensoriali, si innestino anche problemi di tipo linguistico o cognitivo.

Proprio per questo generalmente è buona prassi sempre applicare come primo strumento una scala di sviluppo che permetta di avere un quadro generale e ampio dell'andamento delle diverse funzioni che poi determinano la competenza cognitiva (cfr. Venuti, Bentenuto, 2017).

#### **Le Griffiths Mental Development Scales**

Le Griffiths III sono uno strumento per la valutazione dello sviluppo del bambino da 0 a 6 anni che consentono una valutazione globale di primo livello, e all'interno del profilo che ne emerge è possibile individuare le aree di difficoltà del bambino che potranno essere approfondite con valutazioni di secondo livello, ai fini di pervenire ad una specifica diagnosi.

Le Griffiths III permettono di svolgere una valutazione realmente ecologica in contesti di gioco, requisito minimo per una scala di sviluppo in età precoce da un lato, dall'altro per nulla scontato da riuscire ad ottenerne.

Si articolano in cinque scale, che consentono di descrivere il profilo evolutivo del bambino nelle seguenti aree: basi dell'apprendimento, linguaggio e comunicazione, coordinazione oculo-maniale, personale-sociale ed emotiva, grosso motoria.

- 1. «Basi dell'apprendimento»: valuta quegli aspetti che durante la prima infanzia rappresentano i prerequisiti delle capacità di apprendimento e che favoriscono un positivo percorso scolastico: abilità cognitive di base per l'apprendimento, aspetti del pensiero, differenti tipi di memoria, il gioco;
- 2. «Linguaggio e comunicazione»: misura lo sviluppo linguistico globale del bambino che include l'uso e la comprensione del linguaggio per comunicare socialmente con gli altri;
- 3. «Coordinazione oculo-maniale»: valuta le abilità fino-motorie, la destrezza manuale e le abilità visuo-percettive;
- 4. «Personale-sociale-emotiva»: valuta i comportamenti che costituiscono lo sviluppo iniziale delle abilità personali (emergenza del concetto di Sé), sociali, (interazioni e interesse verso l'altro) ed emotive (comprensione ed espressione emotiva, capacità di assumere la prospettiva dell'altro, empatia, ragionamento morale e teoria della mente) del bambino;
- 5. «Grosso-motoria»: valuta il controllo posturale, l'equilibrio, la coordinazione corporea generale, la coordinazione visuo-spaziale, la forza e la resistenza, il ritmo e la sequenzialità motoria;

Grazie a questa struttura le Griffiths III consentono di ottenere informazioni relativamente a ciascuna area dello sviluppo considerata (ogni scala può essere utilizzata anche singolarmente), di tracciare un profilo di sviluppo in termini di punti di forza e di debolezza,

ma anche di avere un'indicazione del livello di sviluppo globale del bambino.

Le informazioni sullo sviluppo del bambino ricavate attraverso le Griffiths III provengono da più fonti: una parte provengono dall'osservazione diretta dei comportamenti e abilità che il bambino manifesta spontaneamente durante la sessione di valutazione; una parte proviene dalla valutazione diretta del bambino attraverso la somministrazione di prove da svolgere con specifici materiali; una parte delle informazioni è ricavata da quanto riferito dai genitori.

#### **Le scale Wechsler**

I test maggiormente utilizzati a livello internazionale per la misurazione del Quoziente di Intelligenza (QI) sono le scale di Wechsler. Per l'età dei bambini da noi considerati usiamo generalmente la versione della scala per i bambini dai 2 anni e 6 mesi fino ai 7 anni, la Weshler Preschool and Primary Scale Intelligence (WPPSI-III), e la successiva Weshler Intelligence Scale for Children (WISC-IV) per i soggetti dai 6 anni ai 16 anni e 11 mesi.

Lo strumento adatto alla fascia dei bambini più piccoli (WPPSI-III), oltre a fornire un quoziente d'intelligenza totale, fornisce altri quattro indici:

- QI verbale (QIV);
- QI di performance (QIP);
- Quoziente di velocità di processamento (QVP) per bambini dai 4,0 ai 7,3 anni;
- Quoziente di linguaggio generale (LG).

Ad eccezione dello strumento adatto alla fascia di bambini più piccoli, con la WISC-IV si possono calcolare cinque punteggi compositi: un quoziente intellettivo totale (QIT) che rappresenta le capacità cognitive complesse del bambino, e quattro punteggi aggiuntivi:

- l'indice di Comprensione verbale (IGV): tale indice offre una misura della capacità di ragionamento verbale e del livello di formazione dei concetti verbali. Implica inoltre la conoscenza lessicale, la comprensione uditiva, la capacità di concettualizzazione e le abilità di espressione verbale;
- l'indice di Ragionamento percettivo (IRP): esso misura l'abilità di analizzare e sintetizzare gli stimoli visivi astratti cogliendone le relazioni spaziali, il ragionamento categoriale di tipo astratto e di tipo induttivo;
- l'indice di Memoria di lavoro (IML): tale indice valuta la capacità di memorizzare nuove informazioni, conservarle nella memoria a breve termine, manipolarle mantenendo l'attenzione per arrivare a una soluzione;
- l'indice di Velocità di elaborazione (IVE): indaga la capacità di mantenere l'attenzione focalizzata e di scansione rapida di stimoli visivi (Wechsler, 2012).

In generale, la scala Wechsler è una batteria complessa che misura i diversi aspetti dell'intelligenza sia verbale che non verbale, costituita da diversi subtest, che forniscono un indice del livello di funzionamento linguistico e un indice del funzionamento non verbale. Ogni subtest ha un suo punteggio standardizzato, la somma dei punteggi standardizzati dei diversi indici consente il calcolo sia del

quoziente di intelligenza totale che dei diversi indici di funzionamento. Il valore del QI totale permette di valutare il livello di intelligenza del soggetto e, nel caso di ritardo mentale, di stimarne il livello di gravità.

#### **La Leiter International Performance Scale - Revised**

Si tratta di una batteria che consente la valutazione delle funzioni cognitive non verbali in bambini e adolescenti per la fascia di età compresa tra i 2 e i 21 anni (Roid, Miller, 1997). La batteria prevede due scale: Visualizzazione e Ragionamento (VR), che misura il livello intellettivo attraverso la valutazione delle abilità non verbali correlate alla visualizzazione, al ragionamento e alle abilità spaziali, e la scala Attenzione e Memoria (AM), per la valutazione delle diverse abilità di attenzione e di memoria attraverso compiti che non richiedono l'uso del linguaggio. Per quanto riguarda la batteria Visualizzazione e Ragionamento, è possibile calcolare cinque tipi di quozienti:

- *QI breve e QI completo*, che rappresentano una stima delle abilità di performance generali del soggetto;
- il *Quoziente di Ragionamento Fluido*, con cui s'intende l'abilità del soggetto di risolvere dei problemi logici non verbali ed elaborare informazioni rispetto ad alcuni stimoli posti in modo sequenziale;
- il *Quoziente di Visualizzazione Fondamentale*, calcolato esclusivamente su bambini con un'età compresa tra i 2 e i 5 anni, che offre una misura di base della capacità di visualizzazione legata solo a processi di immediata identificazione visiva di forme e attenzione al dettaglio, indipendentemente da altri processi cognitivi superiori, quali l'organizzazione concettuale di stimoli e la memoria;
- il *Quoziente di Visualizzazione Spaziale*, calcolato solo su soggetti con un'età compresa tra gli 11 e i 20 anni, che offre una misura della capacità di elaborazione visuo-spaziale complessa.

#### **Interventi terapeutici**

Per quanto riguarda gli interventi terapeutici, si ricorda che l'autismo è una condizione cronica e non curabile, quindi gli interventi sono rivolti a favorire la qualità della vita del bambino e della sua famiglia. Gli interventi sono rivolti a:

- migliorare le abilità sociali e comunicative;
- promuovere lo sviluppo cognitivo e linguistico;
- ridurre i comportamenti problematici e aumentare i comportamenti positivi;
- promuovere la relazione tra genitori e bambino.

Le strategie di intervento sono basate sulla:

- approccio multietà (dal neonato all'adolescenza);
- approccio multidisciplinare (involvemente di psicologi, teraputi, pedagoghi, fisioterapisti, ecc.);
- approccio individualizzato (adattamento delle strategie di intervento alle specifiche esigenze del bambino).

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- terapia cognitivo-comportamentale;
- terapia di sostegno e supporto;
- terapia di crescita e sviluppo.

Le strategie di intervento sono:

- Auditory integration training
- Musicoterapia
- Comunicazione facilitata
- Diete di eliminazione di caseina e/o glutine
- Integratori alimentari
- Melatonina
- Terapia con ossigeno iperbarico
- Altri interventi

Riportiamo, di seguito, una breve descrizione degli interventi e delle raccomandazioni indicate dall'Istituto di Sanità nelle recenti Linee Guida per il Trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti.

**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.

**Interventi comunicativi:** l'obiettivo di questo tipo di intervento è quello di offrire al bambino autistico strumenti "alternativi", oltre il linguaggio verbale, per poter comunicare con il mondo circostante. Si inizia con lo stimolare la comunicazione attraverso immagini e, in un secondo momento si tenderà a diminuire progressivamente il grado di dipendenza dalle figure/ immagini di riferimento per stimolare, ove possibile, lo sviluppo della parola. A questo punto potrà essere utile un intervento logopedico più tradizionale.

Raccomandazioni Linee guida:

L'utilizzo di interventi a supporto della comunicazione nei soggetti con disturbi dello spettro autistico, come quelli che utilizzano un supporto visivo alla comunicazione, è indicato, sebbene le prove di efficacia di questi interventi siano ancora parziali. Il loro utilizzo dovrebbe essere circostanziato e accompagnato da una specifica valutazione di efficacia.

**Interventi per la comunicazione sociale e l'interazione:** si tratta di interventi volti direttamente a supportare la comunicazione sociale e l'interazione: social stories, interventi che utilizzano nuove tecnologie (video per la proiezione di filmati, computer), interventi mediati da pari (peer), training in teoria della mente e interventi basati sull'imitazione (training in imitazione reciproca o interazione imitativa).

Raccomandazioni Linee guida:

Gli interventi a supporto della comunicazione sociale vanno presi in considerazione per i bambini e gli adolescenti con disturbi dello spettro autistico; la scelta di quale sia l'intervento più appropriato da erogare deve essere formulata sulla base di una valutazione delle caratteristiche individuali del soggetto.

Secondo il parere degli esperti, è consigliabile adattare l'ambiente comunicativo, sociale e fisico di bambini e adolescenti con disturbi dello spettro autistico: le possibilità comprendono fornire suggerimenti visivi, ridurre le richieste di interazioni sociali complesse, seguire una routine, un programma prevedibile e utilizzare dei suggerimenti, minimizzare le stimolazioni sensoriali disturbanti.

**Programmi educativi:** il TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children) è un modello di intervento nato agli inizi degli anni Ottanta, nella Carolina del Nord (USA) ad opera del dottor E. Schopler e della sua équipe, e 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, terapisti, genitori non sono limitati all'insegnamento di nuove abilità, ma concentrati anche nella facilitazione dell'uso indipendente delle abilità possedute, creando un ambiente strutturato. È quindi utile pensare a come organizzare lo spazio fisico. 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 comportamentali e psicologici strutturati: L'ABA** (Applied Behavior Analysis), cioè l'analisi applicata del comportamento, usa metodi basati su principi comportamentali al fine di costruire repertori comportamentali utili e ridurre quelli problematici. Nato negli anni Settanta dallo studio di Lovaas e dei suoi collaboratori (UCLA). Lo scopo più importante del metodo è aiutare i bambini a vivere e funzionare in un mondo reale e non in uno artificiale come è un'istituzione; per questo motivo il luogo del trattamento è quello naturale del bambino (casa, scuola) e il modo di intervenire consiste nell'insegnamento, affidato ai genitori e ai parenti. Le caratteristiche principali sono:

- la programmazione dell'intervento al fine di ampliare il repertorio dei comportamenti adattivi e di controllare quelli disfunzionali (stereotipie, rituali comportamentali, ecc.);
- l'inizio precoce dell'intervento, in genere prima che il bambino abbia compiuto 4 anni. Un programma tardivo è molto meno efficace;
- il trasferimento dell'intervento ai contesti naturali. I progressi sono migliori se tutto l'ambiente diventa educativo;
- il programma è intensivo, coinvolge il bambino e i suoi genitori in quasi tutti i momenti della giornata.

## Raccomandazioni Linee guida:

Tra i programmi intensivi comportamentali il modello più studiato è l'analisi comportamentale applicata (Applied behaviour intervention, 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. Le prove a disposizione, anche se non definitive, consentono di consigliare l'utilizzo del modello ABA nel trattamento dei bambini con disturbi dello spettro autistico. Dai pochi studi finora disponibili emerge comunque un trend di efficacia a favore anche di altri programmi intensivi altrettanto strutturati, che la ricerca dovrebbe approfondire con studi randomizzati controllati (RCT) finalizzati ad accettare, attraverso un confronto diretto con il modello ABA, quale tra i vari programmi sia il più efficace. È presente un'ampia variabilità a livello individuale negli esiti ottenuti dai programmi intensivi comportamentali ABA; è quindi necessario che venga effettuata una valutazione clinica caso-specifica per monitorare nel singolo bambino l'efficacia dell'intervento, ossia se e quanto questo produca i risultati attesi.

**Interventi per comportamenti specifici:** si tratta di interventi eterogenei tra loro (vari tipi di programmi sulle abilità sociali, Lego therapy, Junior detective training program), ma comunque tutti

## orientati a migliorare le abilità sociali.

## Raccomandazioni Linee guida:

Gli interventi comportamentali dovrebbero essere presi in considerazione in presenza di un ampio numero di comportamenti specifici di bambini e adolescenti con disturbi dello spettro autistico, con la finalità sia di ridurre la frequenza e la gravità del comportamento specifico sia di incrementare lo sviluppo di capacità adattative.

Secondo il parere degli esperti i professionisti dovrebbero essere a conoscenza del fatto che alcuni comportamenti disfunzionali possono essere causati da una sottostante carenza di abilità, per cui rappresentano una strategia del soggetto per far fronte alle proprie difficoltà individuali e all'ambiente.

**Terapia cognitivo comportamentale:** La terapia cognitivo comportamentale (Cognitive behavior therapy, CBT) richiede un certo livello di sviluppo cognitivo e verbale, quantificato in una revisione sistematica come un minimo di QI verbale pari a 69, quindi è rivolta al sottogruppo di soggetti con autismo ad alto funzionamento o sindrome di Asperger. Tale approccio sostiene l'esistenza di una profonda relazione tra emozioni, pensieri e comportamenti, sostenendo che i problemi emotivi siano in gran parte il prodotto di credenze disfunzionali che si mantengono nel tempo, a dispetto della sofferenza che il paziente sperimenta e delle possibilità di cambiarle, a causa di meccanismo di mantenimento che devono quindi essere individuati e scardinati.

## Raccomandazioni Linee guida:

È consigliato l'uso della terapia cognitivo comportamentale (Cognitive behavior therapy, CBT) per il trattamento della comorbidità con i disturbi d'ansia nei bambini con sindrome di Asperger o autismo ad alto funzionamento.

La terapia cognitivo comportamentale, rivolta a bambini e genitori, può essere utile nel migliorare le capacità di gestione della rabbia in bambini con sindrome di Asperger.

**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 nei disturbi dello spettro autistico.

**Comunicazione facilitata:** La comunicazione facilitata si colloca all'interno delle strategie di comunicazione aumentativa alternativa. Con essa si intendono forme di comunicazione che sostituiscono, integrano o aumentano il linguaggio verbale orale. L'allenamento alla comunicazione facilitata consiste nello sviluppo di abilità comunicative attraverso l'indicazione con il sostegno di un partner o facilitatore. Il facilitatore fornisce al soggetto facilitato un supporto fisico, cioè un aiuto nello stabilizzare il braccio o nell'isolare il dito, ma soprattutto fornisce un supporto emotivo alla persona.

## Raccomandazioni Linee guida:

Si raccomanda di non utilizzare la comunicazione facilitata come mezzo per comunicare con bambini e adolescenti con disturbi dello spettro autistico.

**Diete di eliminazione di caseina e/o glutine:** l'utilizzo di una dieta senza glutine e caseina per trattare bambini con autismo — o come più correttamente si dovrebbe dire Disturbi dello Spettro Autistico (DSA), visto la varietà dei sintomi con cui si manifesta — ha destato un interesse crescente a partire dai primi studi degli anni settanta, fino a diventare un trattamento molto popolare nel campo delle terapie alternative. Il supposto legame tra alcune componenti della dieta e l'autismo si basa sulla Teoria dell'eccesso di oppioidi proposta da Panksepp e ripresa e ampliata da Reichelt. Secondo questi autori le cause dell'autismo sarebbero di natura metabolica, in particolar modo sarebbero proprio glutine e caseina a scatenare i disturbi in soggetti sensibili.

## Raccomandazioni Linee guida:

Non sono disponibili prove scientifiche sufficienti a formulare una raccomandazione sull'utilizzo delle diete di eliminazione di caseina e/o glutine in soggetti con disturbi dello spettro autistico; quindi, finché non saranno disponibili dati ulteriori, si raccomanda che le diete prive di caseina e/o glutine siano utilizzate solo in caso di allergie o intolleranze alimentari accertate, ma non per il trattamento dei sintomi dei disturbi dello spettro autistico.

Secondo il parere degli esperti si raccomanda che i sintomi gastrointestinali che si presentano nei bambini e negli adolescenti con disturbi dello spettro autistico vengano trattati nello stesso modo in cui sono trattati nei coetanei senza disturbi dello spettro autistico.

Secondo il parere degli esperti si raccomanda di effettuare una consulenza specialistica orientata ad approfondire e monitorare il quadro clinico nel caso di soggetti con disturbi dello spettro autistico che manifestano una spiccata selettività per il cibo e comportamenti alimentari disfunzionali, o sottoposti a regime alimentare controllato con diete ristrette che possono avere un impatto negativo sulla crescita, o infine che manifestano sintomi fisici attribuibili a deficit nutrizionali o intolleranze.

**Integratori alimentari:** si tratta, anche in questo caso, di interventi che muovono da indicazioni sulla dieta dei bambini e più esattamente sull'utilizzo di integratori alimentari quali minerali, vitamine e omega-3.

## Raccomandazioni Linee guida:

Non sono disponibili prove scientifiche sufficienti a formulare una raccomandazione sull'utilizzo degli integratori alimentari vitamina B6 e magnesio, e omega-3 nel trattamento dei disturbi dello spettro autistico.

**Melatonina:** La melatonina è una delle sostanze naturali spesso consigliate per alleviare i disturbi del sonno dei soggetti autistici. È prodotta all'interno del nostro cervello a partire dall'amminoacido triptofano e ha effetti nel controllo del ritmo sonno-veglia.

Raccomandazioni Linee guida:

La melatonina può costituire un trattamento efficace nel caso di disturbi del sonno che persistono anche dopo interventi comportamentali.

Secondo il parere degli esperti è consigliabile, prima di avviare un trattamento con melatonina, raccogliere un diario del sonno correttamente compilato. Durante il trattamento con melatonina si raccomanda di proseguire con le misure di igiene del sonno (mantenere costante l'orario di addormentamento e risveglio, evitare pisolini durante il giorno) e di tenere un diario del sonno. I professionisti devono assicurarsi che i genitori e i familiari siano informati del fatto che la melatonina non è considerato un farmaco, ma un integratore alimentare e che per questo motivo i dati scientifici a disposizione sulla sua efficacia e sicurezza sono limitati.

**Terapia con ossigeno iperbarico:** L'Ossigeno-Terapia Iperbarica consiste nella respirazione di ossigeno al 100% a pressioni superiori a 1 ATA, in un ambiente denominato camera iperbarica. È stato determinato che le patologie neurologiche, come i disturbi dello spettro autistico, possano essere trattate a bassa pressione. Gli studi di Holbach hanno stabilito infatti che 1,5 ATA al 100% di ossigeno sono i parametri ottimali per mettere la cellula nervosa nelle migliori condizioni metaboliche.

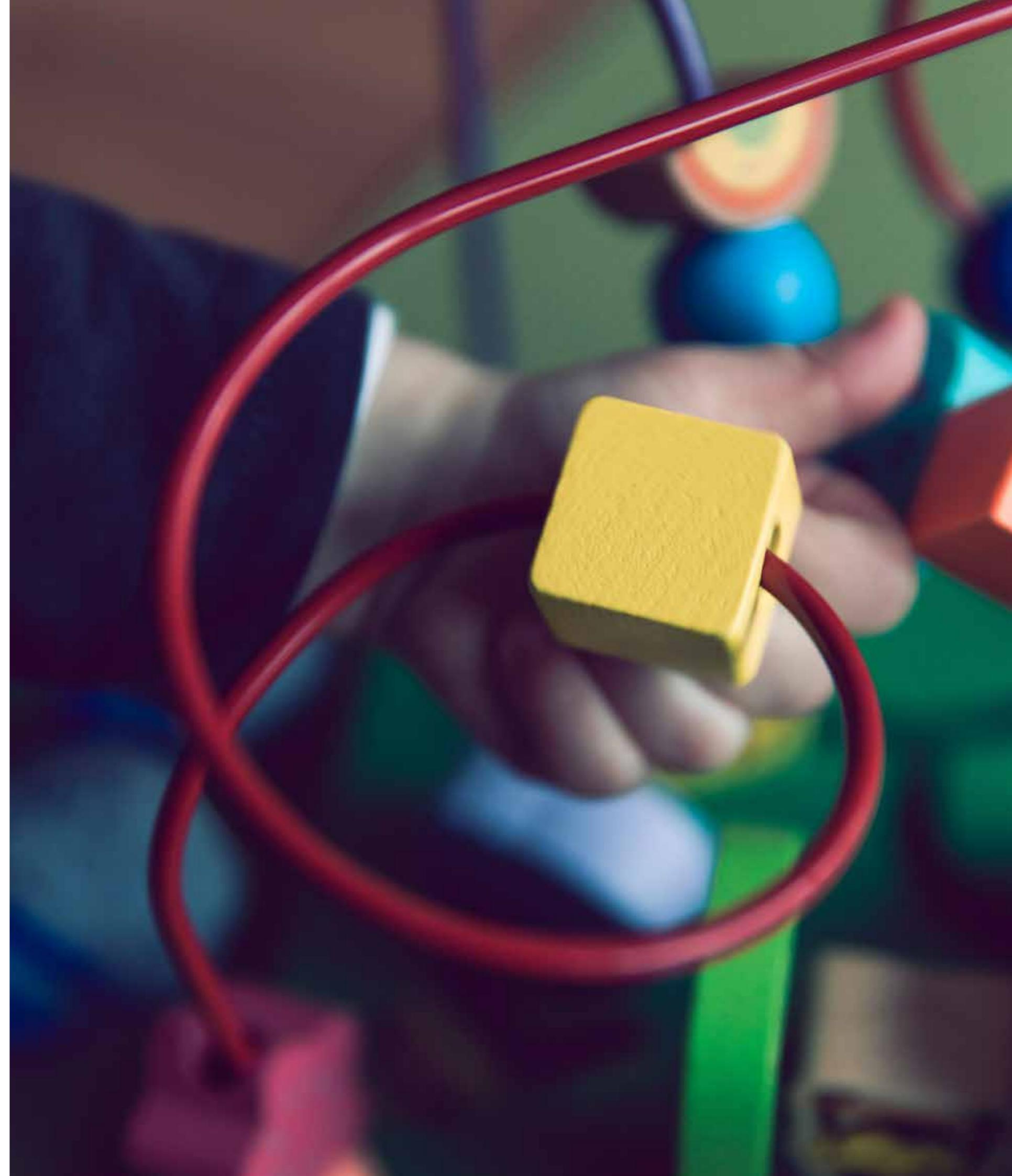
Raccomandazioni Linee guida:

La terapia con ossigeno iperbarico non è raccomandata, perché è stata dimostrata la sua inefficacia nel produrre un miglioramento in soggetti con disturbi dello spettro autistico.

Le linee guida offrono indicazioni su altre tipologie di intervento sottolineando che l'assenza di studi scientifici rigorosi ne rendono incerta l'adattabilità. Parliamo di:

- Tomatis sound therapy
- massaggio tradizionale thailandese
- Qigong sensory training (QST)
- programmi di esercizio fisico
- programma di esercizio fisico sul tapis roulant

Le Linee guida offrono indicazioni interessanti e raccomandazioni anche sui trattamenti farmacologici.



### Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2014), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quinta edizione, DSM-5, Raffaello Cortina Editore.
- Baron-Cohen S. (1989), *The autistic child's theory of mind: a case of specific developmental delay*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, pp. 285-298.
- Benedetto L. (2005), *Il parent training: counseling e formazione per genitori*, Roma, Carocci.
- D'Ardia C., Cerquiglini A., Bernabei P. (2001), *Il problema del riconoscimento dei sintomi precoci dell'autismo nella pratica pediatrica*, in *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza* Vol. 68, n. 4.
- Flusberg, & D. J. Cohen (Eds.) (2000), *Understanding other minds. Perspectives from developmental cognitive neuroscience*, 2nd ed., pp. 203-221. Oxford, NY: Oxford University Press.
- Frith U. (1989), *Autism: Explain the enigma*, Oxford, Basil Blackwell.
- Frith U. (1989), *Autism and "Theory of Mind"*, in C. Gillberg (Ed.), *Diagnosis and Treatment of Autism*. (pp. 33-52). New York: Plenum Press.
- Fulceri F., Tancredi R., Muratori F. (2012), *Disturbi dello spettro autistico: aggiornamenti su nosografia, correlati neurobiologici e determinanti genetici*, in *Autismo e disturbi dello sviluppo*, vol. 10, n.2, pp. 213-226.
- Happé F. (2000), *Parts and wholes, meaning and minds: Central coherence and its relation to theory of mind*, in S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. J. Cohen (Eds.), *Understanding other minds. Perspectives from developmental cognitive neuroscience*, 2nd ed., pp. 203-221. Oxford, NY: Oxford University Press.
- Hobson R.P. (1990), *Concerning knowledge of mental states*. *British Journal of Medical Psychology*, 63 (3), pp. 199-213.
- Hobson R.P. (1993), *Autism and the development of mind*, Lawrence Erlbaum Associates Ltd, Hillsdale, NJ.
- Ianes D., Zappella M. (2009), *L'autismo. Aspetti clinici e interventi psicoeducativi*, Trento, Erickson.
- Ianes D. (2015), *La speciale normalità. Strategie di integrazione e inclusione per la disabilità e i Bisogni Educativi Speciali*. Trento, Erickson.
- Leslie A. M. (1987), *Pretence and representation: the origins of "theory of mind"*. *Psychological Review*, 94, pp. 412-426.
- Lord C. (1995), *Follow-up of two years old referred for possible autism*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36 (8), pp. 1365-1382.
- Ozonoff S., Pennington B.F., & Rogers S.J. (1991), *Executive function deficits in highfunctioning autistic children: Relationship to theory of mind*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, pp. 1081-1105.
- Palmieri G., Perrino G., Merola M., Di Caprio I., Marrone M., Sauco C., *L'autismo: una rassegna*. [www.tesinformatica.it/prif/PRIF\\_docs/THE\\_AUTISM\\_A REVIEW.pdf](http://www.tesinformatica.it/prif/PRIF_docs/THE_AUTISM_A REVIEW.pdf)
- Pennington B.F., Rogers S.J., Bennett L., Griffith E.M., Reed D.T., Shyie V. (1997), *Validity tests of the executive dysfunction hypothesis of autism*, in J. Russell (Ed.), *Autism as anexecutive disorder*, Oxford: Oxford University Press.

- Perner J. (2001), *Episodic memory: essential distinctions and developmental implications*, in Moore C. & Lemmon K. (Eds.), *The self in Time: developmental issues*, pp. 181-202. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Premack D.G., Woodruff G. (1978), *Does the chimpanzee have a theory of mind?* In *Behavioral and brain sciences*, Vol.1, n.4, pp. 515-526.
- Roid, G.H. (2010), Miller, L.J., *Leiter-R. Leiter international performance scale-revised*, 1997; ed. it. Firenze, Giunti.
- Rosa R.A., Balzano G., Colella D. (2008), *Il TGM per la valutazione delle abilità grosso motorie si un livello autistico*, in *Difficoltà di apprendimento* vol. 14, n.1, pp. 444-458.
- Russell J., Poor T. (1998), *The executive, not modular, roots of theory-of-mind impairments in autism*, in J. Proust, Grivois M., *Agency and psychopathology*. Paris, Presses Universitaire de France.
- Russell J. (1997), *How executive disorders can bring about an inadequate "theory of mind"*, in J. Russell (Ed.), *Autism as an executive disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Surian L. (2006), *Indagini sullo sviluppo mentale*, Roma-Bari, Laterza.
- Tognetti G. (2014), *Partendo da dietro le quinte. La complessa articolazione dell'intenzionalità educativa*, in Fortunati A. (a cura di), *L'approccio di San Miniato all'educazione dei bambini. Protagonismo dei bambini, partecipazione delle famiglie e responsabilità della comunità per un curriculum del possibile*, Pisa, ETS.
- Tuchman R., Rapin I. (1997), *Regression in pervasive development disorders: seizures and epileptic formel ectroencefalogram a correlates*, *Pediatrics*, 99 (4): pp. 560-566.
- Venuti P., Bentenuto A. (2017), *Studi di caso. Disturbi dello spettro autistico. Dal nido d'infanzia alla scuola primaria*, Erickson. pp.21-29.
- Vio C., lo presti G. (2014), *Diagnosi dei disturbi evolutivi. Modelli, criteri diagnostici e casi clinici*, Erickson.
- Volkmar F.R., Burack J.A., Cohen D.J. (1990), *Deviance and developmental approaches in the study of autism*, NY Cambridge University Press.
- Zappella M. (2005), *Autismo infantile*, Roma, Carocci.
- Wechsler D. (2012), *WISC-IV. Manuale*, a cura di A. Orsini e L. Pezzuti, Firenze, Giunti O.S..

### Sitografia

- [www.hogrefe.it/catalogo/test/bambini-e-adolescenti/griffiths-iii/](http://www.hogrefe.it/catalogo/test/bambini-e-adolescenti/griffiths-iii/)
- [www.burlo.trieste.it/content/diagnosi-precoce-dei-disturbi-dello-spettro-autistico](http://www.burlo.trieste.it/content/diagnosi-precoce-dei-disturbi-dello-spettro-autistico)
- [www.fondazione-autismo.it/autismo-protocollo-per-la-diagnosi-precoce/](http://www.fondazione-autismo.it/autismo-protocollo-per-la-diagnosi-precoce/)
- [www.giuntios.it/catalogo/test/casd](http://www.giuntios.it/catalogo/test/casd)
- [www.snlg-iss.it/cms/files/LG\\_autismo\\_def.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_autismo_def.pdf)
- Muggeo M. (2012). *Verso il DSM-5: Il disturbo dello spettro autistico*, Disponibile su [www.stateofmind.it/2012/02/dsm-5-disturbo-spettro-autistico/](http://www.stateofmind.it/2012/02/dsm-5-disturbo-spettro-autistico/)

## Appendice normativa

### *Internazionale*

- **Convention on the rights of persons with disabilities**  
Risoluzione/RES/61/106 – 13 dicembre 2006, sessantunesima sessione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite
- **Traduzione in lingua italiana**
- **Risoluzione ONU 18 dicembre 2007 (A/62/435) 62/139**  
Risoluzione adottata dall' Assemblea delle Nazioni Unite, report della Terza commissione. Giornata mondiale di sensibilizzazione sull'Autismo

### *Nazionale*

- **DPCM 23 aprile 2008, Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**  
Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 2008, recante la Definizione dei livelli essenziali di assistenza.
- **Legge 3 marzo 2009, n. 18**  
Ratifica del Parlamento italiano della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.
- **Conferenza Stato Regioni 22 novembre 2012, atti n 132**  
Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento delle qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico.
- **Circolare ministeriale 6 marzo 2013, n. 8**  
Strumenti di intervento per alunni con bisogni educativi speciali e organizzazione territoriale per l'inclusione scolastica. Indicazioni operative.
- **Legge 18 agosto 2015, n. 134**  
Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie.
- **Legge 22 giugno 2016, n. 112**  
Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare.
- **Decreto Del Presidente Del Consiglio Dei Ministri, 12 Gennaio 2017**  
Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

### *Regionale*

Regione Lazio, D.G.R., 13 febbraio 2018, n. 75 Decreto del Commissario ad acta 22 dicembre 2014, n. U00457. Recepimento ed approvazione del documento tecnico concernente "Linee di indirizzo regionali per i disturbi dello spettro autistico (Autism Spectrum Disorder, ASD)".

