

I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO NELLA SCUOLA dell'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA



Dott.ssa Samantha Giannatiempo
samantha.giannatiempo@centrotice.it

DEFINIZIONE

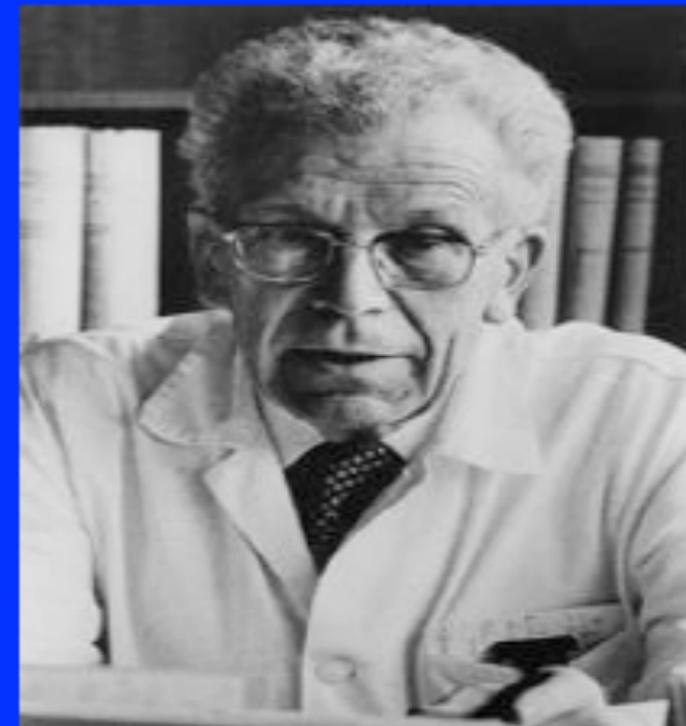
L'autismo nasce come entità nosografica nel 1943: Leo Kanner, psichiatra austriaco, descrisse 11 bambini con un quadro clinico caratterizzato da un disturbo nel “contatto affettivo con la realtà” che si traduceva in condotte di evitamento, tendenza all'isolamento ed atipie comportamentali (bisogno di immutabilità).

La causa del disturbo veniva ricondotta ad un disturbo della relazione con i genitori che venivano descritti come “cold intelligent parents”



ETEROGENEITA' CLINICA DELL'AUTISMO

- 1944: Hans Asperger pubblica la tesi per l'abilitazione alla libera docenza "Gli psicopatici autistici in età infantile": descrive 4 ragazzi che presentano solo alcune ma non tutte le anomalie comportamentali presenti nei pazienti di Kanner... purtroppo la scrive in tedesco !!!
- 1981: Lorna Wing pubblica un lavoro in cui vengono descritte le caratteristiche cliniche di 34 pazienti tra i 5 e i 35 anni che hanno caratteristiche molto più simili a quelle descritte da Asperger.



“METTERE ORDINE IN QUESTI
COMPORTAMENTI È COME
CLASSIFICARE LE NUVOLE”

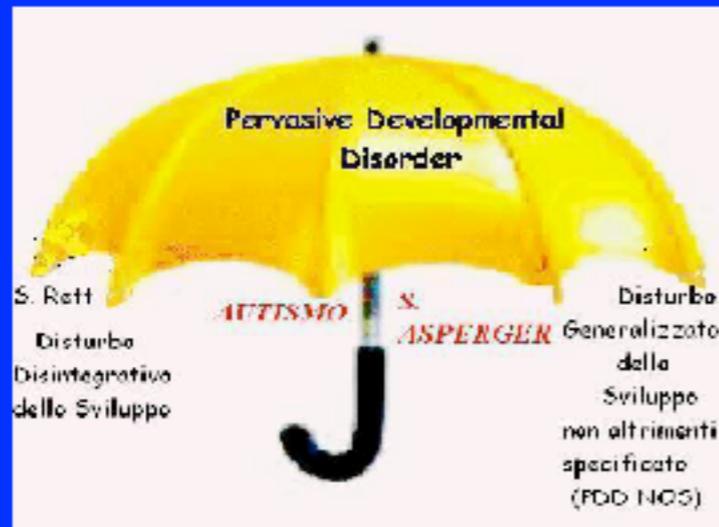


AUTISMO

- **Approccio categoriale:** autismo come categoria diagnostica con caratteristiche cliniche definite.
- **Approccio dimensionale:** spettro autistico in continuum dimensionale

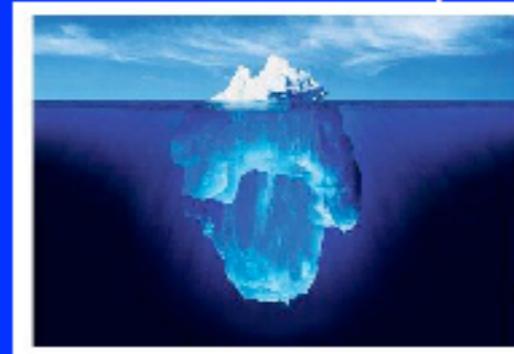


Disturbi Pervasivi dello Sviluppo secondo il DSM IV TR: un approccio categoriale

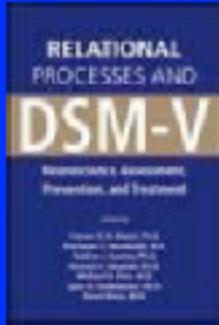


Autismo: triade sintomatologica (DSM IV TR)

1. Deficit nell'interazione sociale
2. Deficit nella comunicazione
3. Deficit dell'immaginazione con interessi ristretti e stereotipati



Disturbi dello spettro autistico (DSA) secondo il DSM V: un approccio dimensionale



- Autismo grave
- Autismo medio
- Autismo lieve
- Autismo sottosoglia
- Autismo variante fisiologica della norma.

Disturbi dello spettro autistico secondo il DSM V

Autismo grave



Autismo variante
fisiologica della
norma



Il Disturbo dello Spettro Autistico deve soddisfare i seguenti criteri:

A. DEFICIT PERSISTENTI NELLA COMUNICAZIONE SOCIALE E NELL'INTERAZIONE SOCIALE IN DIVERSI CONTESTI NON SPIEGABILI ATTRAVERSO UN RITARDO GENERALIZZATO DELLO SVILUPPO E MANIFESTATO DA TUTTI I SEGUENTI PUNTI:

* 1. DEFICIT NELLA RECIPROCITA' SOCIO-EMOTIVA (approccio sociale anormale, incapacità di conversazione, ridotta condivisione di interessi, emozioni fino a totale mancanza di iniziativa nell'interazione sociale;

* 2. DEFICIT NELLA COMUNICAZIONE NON VERBALE (anormalità nel contatto oculare e nel linguaggio del corpo, deficit nella comprensione, totale mancanza di espressività facciale e gestuale;

* 3. DEFICIT NELLA CREAZIONE E MANTENIMENTO DI RELAZIONI APPROPRIATE AL LIVELLO DI SVILUPPO (difficoltà nell'adattare il comportamento ai diversi contesti sociali, difficoltà nella condivisione del gioco immaginativo e nel fare amicizie fino a disinteresse per le persone;



Il Disturbo dello Spettro Autistico deve soddisfare i seguenti criteri:

**B. PATTERN DI COMPORAMENTI, INTERESSI O ATTIVITA' RISTRETTI E RIPETITIVI
COME MANIFESTATO DA UNO DEI SEGUENTI PUNTI:**

* 1. LINGUAGGIO, MOVIMENTI O USO DI OGGETTI STEREOTIPATI O RIPETITIVI;

* 2. ECCESSIVA FEDELTA' ALLA ROUTINE, COMPORAMENTI VERBALI O NON, RILUTTANZA AI CAMBIAMENTI (rituali motori, selettività alimentare, estremo stress a fronte di piccoli cambiamenti);

* 3. INTERESSI RISTRETTI E FISSATI (interesse per oggetti insoliti e persistenti);

* 3. IPER O IPO-REATTIVITA' agli STIMOLI SENSORIALI O INTERESSI INSOLITI VERSO ASPETTI SENSORIALI DELL'AMBIENTE (indifferenza al caldo/freddo, risposte avverse a suoni o consistenze specifiche, eccessivo annusare o toccare gli oggetti, attrazioni per luci ed oggetti roteanti).



Il Disturbo dello Spettro Autistico deve soddisfare i seguenti criteri:

C. I SINTOMI DEVONO ESSERE PRESENTI NELLA PRIMA INFANZIA (MA POSSONO NON DIVENTARE COMPLETAMENTE MANIFESTI FINCHE' LE ESIGENZE SOCIALI NON OLTREPASSANO IL LIMITE DELLE CAPACITA'

D. L'INTENSITA' DEI SINTOMI DEVE LIMITARE E COMPROMETTERE IL NORMALE FUNZIONAMENTO QUOTIDIANO.

Il DSM V specifica inoltre la necessità di indicare la gravità della sintomatologia dello spettro autistico su una scala a 3 punti:

Livello 3: Richiede SUPPORTO MOLTO SOSTANZIALE

Livello 2: SUPPORTO SOSTANZIALE

Livello 1: SUPPORTO

LA DIAGNOSI DI DISTURBO AUTISTICO RICHIEDE LA PRESENZA DI ALMENO TRE SINTOMI NELLA CATEGORIA DEI "DEFICIT DELLA COMUNICAZIONE" E DI ALMENO DUE IN QUELLA "COMPORTAMENTI RIPETITIVI"

EPIDEMIOLOGIA

- La prevalenza attuale per lo spettro autistico (ASD), in Europa e Nord America, è del 6 per 1000.
- M:F varia da 2:1 a 6.5:1, anche maggiore nei soggetti ad alto funzionamento cognitivo.
- Prevalenza per tipo di disturbo dello spettro autistico (ASD) in Canada:
 - intero spettro: 6,5 per 1000
 - autismo: 2,2 per 1000
 - sindrome di Asperger: 1 per 1000
 - DGS-NAS: 3,3 per 1000.

(Fombonne E, Zakarian R: Pervasive developmental disorders in Montreal, Quebec, Canada: prevalence and links with immunizations. Pediatrics, 2006; 118(1))
- Sistemi informativi delle regioni Piemonte ed Emilia-Romagna indicano una presa in carico presso le UONPIA di minori con diagnosi di autismo rispettivamente di 25/10.000 e 20/10.000.

(Linee Guida per il trattamento dell'autismo; ISS, ott.2011)

EPIDEMIOLOGIA

- * No prevalenze geografiche o etniche;
- * Prevalenza di sesso (colpisce i maschi in misura da 3 a 4 volte superiore);
- * Oggi 3-4 volte più frequente rispetto a 30 anni fa;
- Maggiore definizione dei criteri diagnostici, con inclusione delle forme più lievi;
- diffusione di procedure diagnostiche standardizzate;
- diffusione di procedure diagnostiche standardizzate;
- maggiore sensibilità degli operatori e della popolazione in generale;
- aumento dei Servizi.

EZIOPATOGENESI

- * Cause a tutt'oggi sconosciute;
- * Tuttavia significativa componente genetica, anche se ad oggi non è stato identificato un singolo locus genico associato a questo tipo di disturbo;
- * Tutti gli studi sono concordi nell'indicare una trasmissione ereditaria complessa con il possibile concorso di fattori ambientali di vario tipo (infezioni contratte dalla madre in gravidanza, esposizione a farmaci o agenti tossici)

EZIOPATOGENESI

- * Sebbene vi sia interesse sulle relazioni fra autismo e malattie auto-immunitarie al momento non ci sono evidenze;
- * Non ci sono evidenze che indichino che un qualsiasi vaccino aumenti il rischio di sviluppare autismo o qualsiasi altro disturbo del comportamento.

AUTISMI: classificazione fisiopatologica

Frequenza



- AUTISMO IDIOPATICO
- AUTISMO SINDROMICO
- AUTISMO DA MUTAZIONI RARE
- AUTISMO DI ORIGINE AMBIENTALE

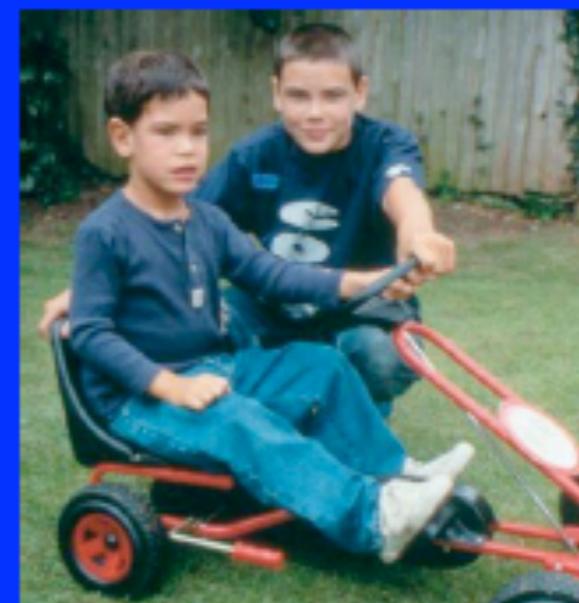
AM Persico: "Gli Autismi" ; Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, vol.78, n.1, 2011

AUTISMO IDIOPATICO

- Autismo senza causa apparente, con forte componente genetica.
- Recurrence rate: 5-6% per autismo, 15% per lo spettro, cioè superiore di 10-30 volte rispetto alla popolazione generale;
- Ereditabilità: > 90%
- Evidence for broader autism phenotype characteristics in parents from multiple-incidence autism families (Bernier R, Gerds J, Munson J, Dawson G, Estes A. Autism Res. 2011 Sep 8) .
- Quantitative Autism Traits in First Degree Relatives: Evidence for the Broader Autism Phenotype in Fathers, but not in Mothers and Siblings (De la Marche W, Noens I, Luts J, Scholte E, Van Huffel S, Steyaert J. Autism. 2011 Sep 26.

AUTISMO SINDROMICO

- Autismo fa parte di una sindrome più ampia e specifica quale: s. dell'X fragile, sclerosi tuberosa, NF 1, s. di Smith-Lemli-Opitz.
- Autismo in questi casi si accompagna ad altri segni quali: dismorfismi, malformazioni, micro-macrocefalia, ritardo mentale, epilessia, ipotonia...



AUTISMI DA MUTAZIONI RARE

- Da mutazioni mitocondriali
- Da piccoli riarrangiamenti cromosomici: Copy Number Variants (CNV)
- Da forme monogeniche: gene sinaptico SHANK3 in 22q13.3, gene MECP2 nella s. di Rett, geni che intervengono nel metabolismo del Ca, geni coinvolti nella crescita corporea e nella morfogenesi.

AUTISMO DI ORIGINE AMBIENTALE

- Sindrome fetale da farmaci antiepilettici (VPA).
- Infezioni virali prenatali /rosolia, citomegalovirus).
- Prematurità.

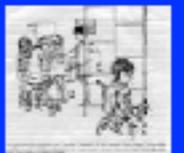
Caratteristiche cliniche dell'autismo

- Deficit dell'interazione sociale
- Deficit della comunicazione
- Interessi ristretti e stereotipati



Deficit sociali

- La compromissione sociale è precoce, specifica ma spesso sfugge al riconoscimento dei genitori.
- Il primo sintomo d'allarme riferito al pediatra è spesso un ritardo del linguaggio.





L'attenzione condivisa

- Non esiste un singolo patognomonico deficit di sviluppo o comportamento che sia caratteristico di tutti i bambini con autismo; tuttavia la maggior parte dei bambini presenta un certo grado di compromissione nell'**attenzione congiunta** e nel **gioco simbolico**.

(American Academy of Pediatrics: Technical Report: the Pediatrician's role in the diagnosis and management of Autistic spectrum Disorder in children. Pediatrics 107, 5, 2001).

- Un deficit nell'attenzione condivisa sembra essere la caratteristica più distinguibile nel bambino molto piccolo con ASD.

(American Academy of Pediatrics: Clinical Report: Identification and evaluation of children with ASD. Pediatrics 120, 5, 2007)

Deficit della comunicazione

- L'assenza di linguaggio non è indicatore specifico di autismo.
- ASD lievi o con alto livello cognitivo sono spesso verbali anche da piccoli.
- Alterazioni qualitative del linguaggio: ecolalia, stereotipie verbali, tono monotono, dissociazione tra comprensione e produzione, parole "pop-up" e parole "giganti".

Deficit della comunicazione

La compromissione del linguaggio, peraltro, non riguarda solo gli aspetti espressivi, ma anche la componente non-verbale e la comprensione. Per quel che riguarda, infatti, la componente non-verbale del linguaggio, raramente vengono usati quei gesti e quelle pantomime che solitamente accompagnano il messaggio verbale per arricchirne il significato

Le abilità di gioco nell'autismo

Mancanza o ritardo del gioco di immaginazione



Persistente gioco senso-motorio e/o ripetitivo



Comportamenti ripetitivi e stereotipati

- Stereotipie: comportamenti ripetitivi, non funzionali e atipici: sfarfallare le mani, dondolarsi, girare su se stessi, camminare sulle punte.
- Non sono specifici dell'autismo.
- Nell'ASD in genere non compaiono prima dei 3 anni.
- Alcuni interessi sono tipici ma è anomalo il grado di coinvolgimento.



Comportamenti ripetitivi e stereotipati

Nel complesso, due aspetti caratterizzano questo tipo di comportamenti:

1. l'abilità del bambino nel cogliere minime variazioni del set percettivo (accorgersi, ad esempio, che la disposizione dei soldatini è stata alterata o che il cibo ha una consistenza lievemente diversa)
2. le reazioni di profondo disagio quando ciò avviene.

Comportamenti ripetitivi e stereotipati

- Possono cambiare gli interessi, ma l'interesse inteso come stato partecipativo e dedizione assorbente non cambia.
- Nell'ambito di questo terzo gruppo di disturbi rientra anche la ritualizzazione di alcune abituali routine quotidiane, quali il mangiare, il lavarsi, l'uscire, che devono svolgersi secondo sequenze rigide ed immutabili.

- 1 dondolarsi, saltellare, correre;
- 2 imprimere alle mani atteggiamenti particolari;
- 3 assumere posture bizzarre;
- 4 guardarsi le mani;
- 5 guardarsi allo specchio, mentre assume posture o espressioni mimiche bizzarre;
- 6 leccare e/o mettere in bocca e/o annusare;
- 7 osservare l'acqua che scorre;
- 8 far rotolare un determinato oggetto;
- 9 osservare la lavatrice in funzione;
- 10 versare l'acqua da un contenitore ad un altro;
- 11 seguire con un dito tutte le linee che gli capita di vedere;
- 12 sfogliare le pagine di giornali;
- 13 strappare la carta;
- 14 osservare il particolare di un oggetto (far ruotare la ruota di una macchinina e non usarla in modo funzionale);
- 15 disegnare sempre la stessa cosa;
- 16 emettere determinati suoni;
- 17 ripetere le stesse parole o frasi;
- 18 recitare le scene di film (sempre le stesse);
- 19 documentarsi su determinati argomenti (dinosauri, macchine, etc.).

SINTOMI SENSORIALI

- Probabilmente dovuti a difficoltà nelle afferenze sensoriali o alla loro integrazione a livello del SNC.
- Possono interessare tutte le sensibilità:
 - TATTILE
 - VISIVA
 - OLFATTIVA
 - GUSTATIVA
 - Uditiva
 - PROPRIOCETTIVA

Autismo e livello cognitivo



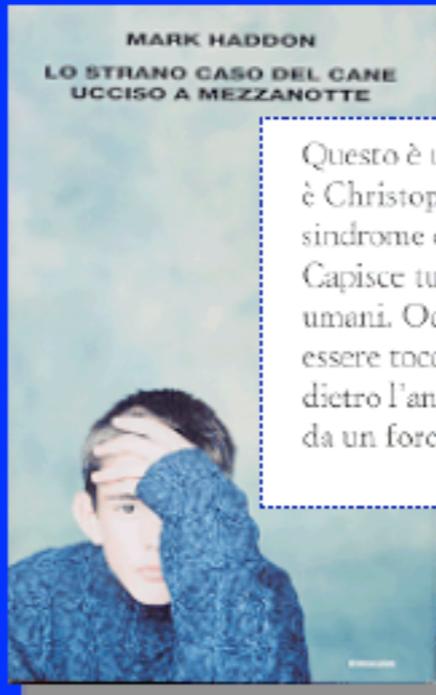
Questo è un giallo diverso da tutti gli altri. L'investigatore è Christopher Boone, ha quindici anni e soffre della sindrome di Asperger, una forma di autismo. Capisce tutto di matematica e pochissimo degli esseri umani. Odia il giallo e il marrone, ama il rosso e detesta essere toccato. Non è mai andato più in là del negozio dietro l'angolo, ma quando trova il cane della vicina trafitto da un forcone,...

Livello di intelligenza..

SINTOMI SENSORIALI

- Probabilmente dovuti a difficoltà nelle afferenze sensoriali o alla loro integrazione a livello del SNC.
- Possono interessare tutte le sensibilità:
 - TATTILE
 - VISIVA
 - OLFATTIVA
 - GUSTATIVA
 - Uditiva
 - PROPRIOCETTIVA

Autismo e livello cognitivo



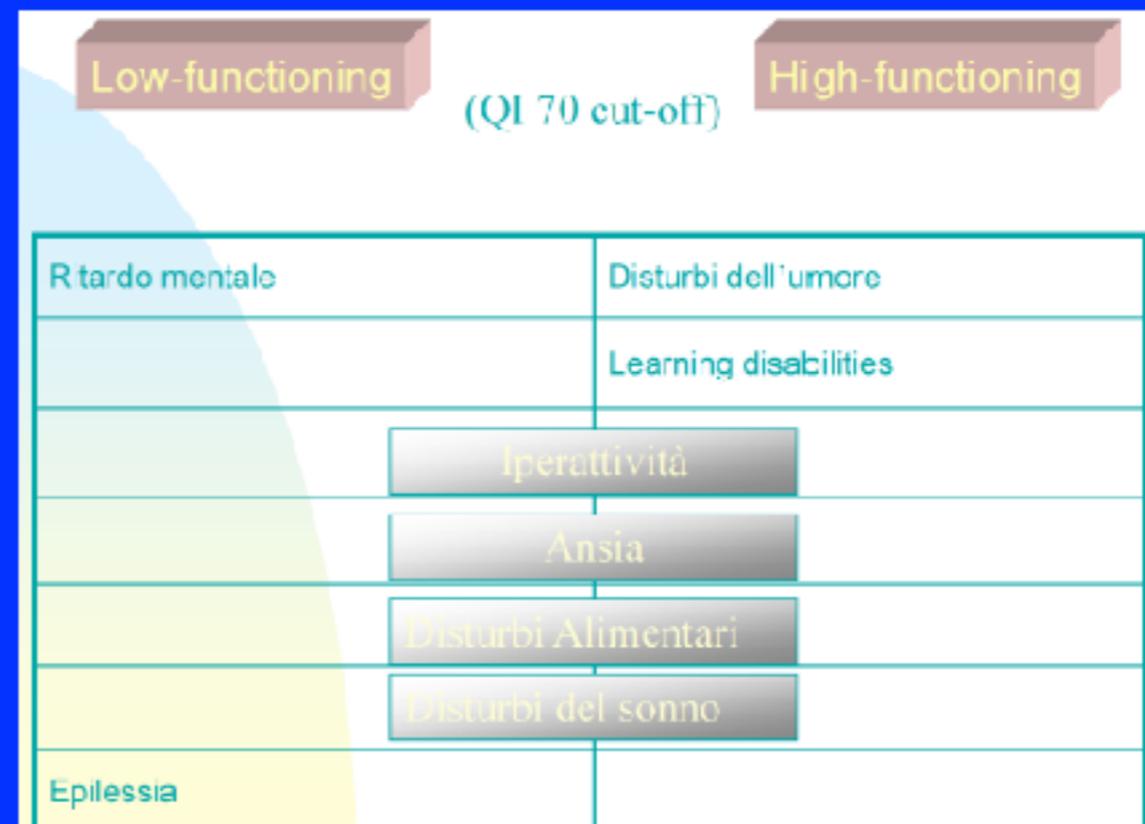
Questo è un giallo diverso da tutti gli altri. L'investigatore è Christopher Boone, ha quindici anni e soffre della sindrome di Asperger, una forma di autismo. Capisce tutto di matematica e pochissimo degli esseri umani. Odia il giallo e il marrone, ama il rosso e detesta essere toccato. Non è mai andato più in là del negozio dietro l'angolo, ma quando trova il cane della vicina trafitto da un forcone,...

Livello di intelligenza..

LIVELLO COGNITIVO

- RM (QI<70) in comorbidità nel 70-90% dei casi.
- Alto funzionamento: diagnosi operativa per soggetti che soddisfano i criteri diagnostici dell'autismo e hanno:
 1. *linguaggio verbale;*
 2. *QI > 70;*
 3. *soddisfacente funzionamento adattivo generale.*
- QI nella norma <5% ma spesso si tratta di abilità bizzarre, innate, con limitato utilizzo pratico.

Autismo e disturbi associati



DIAGNOSI

La diagnosi di autismo prevede un processo molto articolato e complesso, finalizzato a stabilire se il quadro comportamentale presentato dal bambino soddisfa i criteri diagnostici definiti a livello internazionale per una diagnosi di questo tipo.

DIFFICOLTA':

- 1) i comportamenti atipici sono ascrivibili esclusivamente ad un disturbo autistico;
- 2) i comportamenti atipici sono ascrivibili ad un'altra categoria nosografica e solo apparentemente simulano un quadro autistico;
- 3) i comportamenti atipici sono indicativi della coesistenza di un disturbo autistico e di un'altra categoria nosografica.

CRITERI DIAGNOSTICI

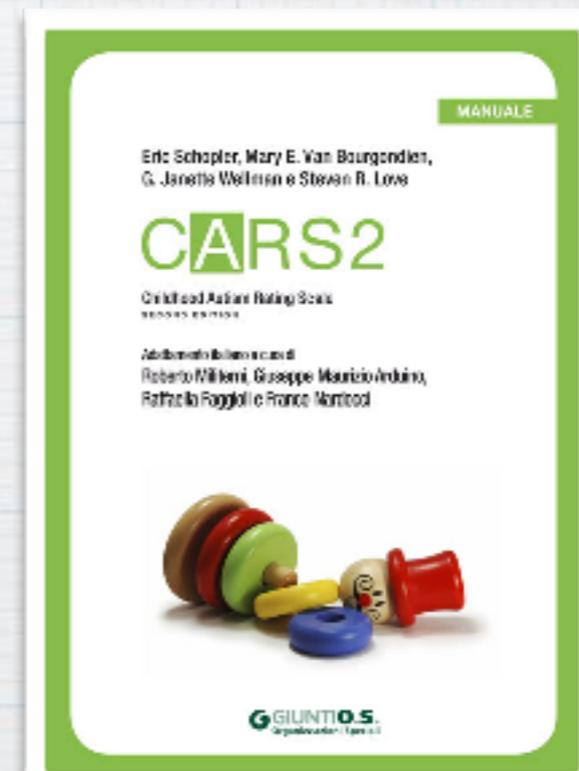
La diagnosi di autismo viene attualmente formulata facendo riferimento ai criteri del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV-TR), redatti dall'American Psychiatric Association (APA, 2002):

- * Abnorme risposta agli stimoli sensoriali;
- * Condotte autolesive;
- * Presenza di particolari abilità;
- * Ritardo Mentale. Circa il 75% dei pazienti autistici presenta ritardo mentale (Rapin, 1998);
- * e) Epilessia. Questo disturbo si verifica in circa il 30-40% dei casi.

STRUMENTI DIAGNOSTICI

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

È una scala di valutazione del comportamento che permette di esplorare, raccogliendo informazioni in contesti vari e da fonti multiple, per un totale di 15 aree di sviluppo: relazioni interpersonali, imitazione, affettività, utilizzo del corpo, gioco e utilizzo degli oggetti, livello di adattamento, responsività degli stimoli visivi, responsività agli stimoli uditivi, modalità sensoriali, reazioni d'ansia, comunicazione verbale, comunicazione extra-verbale, livello di attività, funzionamento cognitivo, impressioni dell'esaminatore. A ciascuna area viene assegnato un punteggio da 1 a 4 (1 = nella norma; 4 = gravemente anormale per l'età). La somma dei punteggi riportati può variare da 15 a 60 ed esprimere il livello di gravità dell'autismo. Possono essere utilizzate a partire dai 2 anni di età.



STRUMENTI DIAGNOSTICI

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

Si tratta di uno strumento ampiamente diffuso per la diagnosi di autismo, complementare all'intervista strutturata per genitori (ADI-R). Inizialmente creati come strumenti per la ricerca, sono stati adattati per l'uso sistematico nella pratica clinica. L'ADOS è basata sull'osservazione diretta e standardizzata del bambino ed è strutturato in moduli che esplorano il comportamento sociale in contesti comunicativi naturali. I diversi moduli comprendono prove selezionate in base all'età e al livello linguistico. Permette diagnosi entro lo spettro autistico sulla base dei criteri DSM e ICD. Adatto all'utilizzo a partire dai 2 anni (anche per bambini non verbali), fino all'età adulta.



STRUMENTI DIAGNOSTICI

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

Si tratta di una scala di valutazione per bambini di età mentale dai 6 mesi ai 7 anni, che permette di ricavare indicazioni mirate all'ottenimento di un profilo di sviluppo dettagliato ed alla pianificazione di un programma di intervento specifico ed individualizzato. Occorrono 45-90 minuti per la somministrazione. Le funzioni ed i comportamenti indagati sono: imitazione, percezione, motricità fine e grossolana, coordinazione oculo-manuale, livello cognitivo, relazione ed affetti, gioco ed interesse per il materiale, risposte sensoriali e linguaggio.



Un esempio di DIAGNOSI

Inquadramento diagnostico:

Diagnosi clinica: SINDROME NON SPECIFICATA DA ALTERAZIONE GLOBALE DELLO SVILUPPO PSICOLOGICO (F84.9)

Accertamenti svolti :

ADI-R

VINELAND

PEP-3

ADOS MODULO 2

CARS 2

WPPSI-3 eseguita dal referente territoriale

Valutazione e profilo funzionale (PEP-3)

Il PEP-3, profilo psicoeducativo terza edizione, è uno strumento per valutare le disomogeneità di apprendimento, i punti di forza e i punti di debolezza nei differenti campi dello sviluppo e del comportamento, che caratterizzano lo spettro autistico e le disabilità di sviluppo correlate.

Il profilo che emerge deriva sia dalla scala standardizzata che valuta lo sviluppo della comunicazione, delle abilità motorie e la presenza di comportamenti disadattivi, sia dalle informazioni ricavate dal questionario per i genitori che offre informazioni sui comportamenti problema, autonomia personale e comportamento adattivo.

Il test è articolato in 13 subtest: 10 di osservazione diretta e 3 derivati dal questionario per i genitori.

Il PEP-3 è uno strumento che, oltre a contribuire alla raccolta delle informazioni utili alla diagnosi, permette valutazioni utili alla stesura del progetto educativo.

SUB TEST DI SVILUPPO:

CVP (34 item) si focalizza sugli aspetti cognitivi e sulla memoria verbale.

Item 18 Riusciti

13 Emergenti

31: individua la corretta posizione dei pezzi di un puzzle da incastrare;

33: ricostruisce un'immagine divisa in sei pezzi dopo dimostrazione

35: attiva gioco sonoro

42: compie tentativi per trovare un oggetto nascosto

43: : compie tentativi per trovare un oggetto interessante nascosto sotto una delle tre tazze che vengono spostate

75: copia un quadrato

79: copia delle lettere

80: disegna una persona

81: scrive il suo nome

83: mostra interesse per il libro illustrato

84: mima l'utilizzo di 5 oggetti di cui vengono mostrate le immagini

113: tenta di ripetere tre numeri

115. tenta di ripetere frasi di tre parole

VINELAND

Le VABS sono scale finalizzate alla misurazione del comportamento adattivo, cioè l'insieme delle attività richieste quotidianamente per raggiungere l'autonomia personale e la responsabilità sociale.

COMUNICAZIONE (sottoscale: ricezione, espressione, scrittura): 74 livello di sviluppo 1 anno e 10 mesi

ABILITA' DEL VIVERE QUOTIDIANO (sottoscale: personale, domestico, comunità): 80 livello di sviluppo 2 anni e 2 mesi

SOCIALIZZAZIONE (sottoscale: relazioni interpersonali, gioco e tempo libero, imitazione): 56 livello di sviluppo 1 anno 8 mesi

ABILITA' MOTORIE (sottoscale: grossolana e fine): 66 livello di sviluppo 1 anno e 6 mesi

ADOS

L'Ados è una valutazione standardizzata e semistrutturata della comunicazione, dell'interazione sociale, del gioco e dell'uso immaginativo di materiali per soggetti con sospetto autismo o disturbi pervasivi dello sviluppo.

L'Ados consta di attività standardizzate che permettono all'esaminatore di osservare quei comportamenti che sono importanti per la diagnosi di disturbo generalizzato dello sviluppo:

- . area del linguaggio e comunicazione
- . interazione sociale reciproca
- . gioco
- . comportamenti stereotipati ed interessi ristretti

I punteggi sono raggruppati in due grandi aree:

- Affetto sociale
- Comportamento ristretto e ripetitivo

Il totale complessivo è 8 che rientra nel cut off del disturbo dello spettro autistico

LA SCALA CARS (Childhood Autism Rating Scale)

È uno strumento sviluppato per identificare i bambini con autismo dai due anni di età, e per distinguerli dai bambini con altri handicap evolutivi. Può essere anche utilizzato per diagnosticare l'autismo in adolescenti o adulti, rimasti non riconosciuti.

Il punteggio è: 29.5 minimi segni dello spettro autistico.

IPOTESI DI PROGETTO

Si consiglia di proseguire con l'intervento terapeutico in atto (logopedia, psicomotricità, educazione strutturata) lavorando sulle abilità emergenti.

Si raccomanda il lavoro sinergico tra tutto il sistema curante.

Si ritiene inoltre necessario un intervento di sostegno alla genitorialità.

Sarebbe inoltre necessario effettuare un approfondimento neurobiologico, per definire meglio il quadro diagnostico:

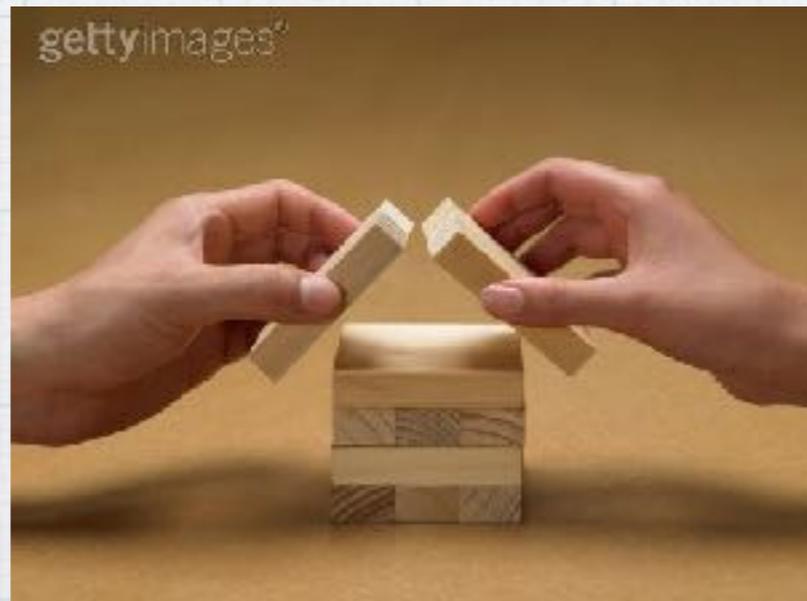
- consulenza genetica con indagini specifiche (CGH-array,...)
- EEG standard e EEG nel sonno
- indagini approfondite di neuroimaging

NORMATIVI

STANDARDIZZATI
CONFRONTO INDIVIDUO-NORMA
STATISTICA
CLASSIFICAZIONE
STUDI EPIDEMIOLOGICI
TRATTAMENTI MEDICI-FARMACOLOGICI

CRITERIALI

PRESCINDONO DA DIAGNOSI-ETA'
MISURANO ABILITA'
SUGGERISCONO INTERVENTI
RIABILITATIVI
GUIDANO LA DIDATTICA
PERMETTONO CONFRONTI PRE-POST



TEST NORMATIVI

“FORNISCONO PROVE RIGOROSAMENTE SELEZIONATE E VALUTATE PER QUANTO RIGUARDA IL LORO GRADO DI ATTENDIBILITÀ, VALIDITÀ E NORMATIVITÀ”

Meazzini, 1997

ATTENDIBILITÀ : il test deve fornire risultati costanti e coerenti nel tempo

VALIDITÀ : il test deve misurare effettivamente le abilità per le quali è stato costruito

NORMATIVITÀ: il punteggio che il soggetto ottiene al test viene confrontato ad una norma.

Le norme vengono individuate dopo che il test è stato somministrato ad un campione che si ritiene rappresentativo della popolazione alla quale esso dovrà essere somministrato.

Le norme si esprimono prevalentemente mediante punteggi standardizzati (media e deviazione standard) da cui è possibile calcolare il grado di scostamento del singolo dalla media.

VANTAGGI

- ❖ La standardizzazione del materiale e del punteggio consente analisi comparative di natura epidemiologica.

Ad es., il confronto tra i punteggi medi ottenuti in test normativi di lettura tra popolazioni di allievi residenti in regioni diverse.

- ❖ Consente di individuare la posizione occupata dal singolo all'interno di un gruppo.

Ad es., all'interno della sua classe o della popolazione più ampia di bambini della sua età.

SVANTAGGI

- ❖ Non consentono di discriminare tra le diverse sotto-abilità che costituiscono abilità molto articolate, quali la lettura e la scrittura.
- ❖ Operano dei confronti tra individui spesso sgradevoli e stigmatizzanti.
- ❖ Richiedono competenze statistiche e psicometriche sofisticate.
- ❖ Sono di scarsa utilità per la progettazione di un intervento educativo e spesso rischiano di portare a valutazioni paradossali.

Ad es., per misurare le abilità di lettura di un soggetto è superfluo rifarsi a delle norme.

TEST CRITERIALI

Il parametro utilizzato dai Test Criteriali non è la norma (media e deviazione standard) ma il criterio dato da uno o più livelli di prestazione del soggetto. Punteggi superiori a tale livello indicano che vi è una padronanza totale o accettabile per quanto riguarda l'abilità esaminata. Punteggi inferiori indicano il contrario.

Il criterio viene stabilito dall'operatore a seconda degli obiettivi educativi che intende raggiungere.

VANTAGGI

- ❖ Consente di discriminare tra abilità e sotto-abilità. È uno strumento flessibile con il quale si può valutare qualsiasi performance.
- ❖ Il criterio viene scelto dall'operatore e cambiato di volta in volta a seconda delle esigenze. Il test può essere costruito dall'operatore, è semplice da applicare e non richiede la standardizzazione.
- ❖ Il soggetto non viene confrontato con un gruppo ma solo con se stesso, prima e dopo un intervento educativo.
- ❖ Omogeneità tra il Test Criteriale e il materiale didattico usato durante il training.

UN ESEMPIO DI REPORT CRITERIALE

ABBINAMENTO:

- Accoppia oggetti tridimensionali con oggetti bidimensionali: (20/20) in repertorio
- Accoppia oggetti bidimensionali con oggetti tridimensionali: (20/20) in repertorio
- Accoppia immagini di animali comuni non identici in una scelta fra tre: (10/10) in repertorio
- Imita strutture con blocchi tridimensionali : (3/10) da insegnare
- Emula strutture con blocchi tridimensionali : (1/3) NO
- Indica lettere in maiuscolo su tastiera del pc o su mattoncini: (20/21) in repertorio
- Indica per accoppiare colori: (10/10) in repertorio
- Indica per accoppiare figure tipo memory: (10/10) in repertorio
- Indica per accoppiare numeri da 0 a 9: (10/10) in repertorio
- Sente la parola e indica su cartoncini l'immagine corretta (17/20) : da insegnare
- Vede la parola scritta e trova l'immagine corrispondente: NO
- Sente la parola e trova la parola scritta (8/10): da insegnare

LETTURA/SCRITTURA:

- . Discrimina figure e testo su libri vari (17/20): da insegnare
- . Ricalca lettere in maiuscolo proposte dall'insegnante su fogli A4 (20/26): in repertorio
- . Copia sotto al modello lettere in stampato grande (1/10) NO
- . Ricalca proprio nome e cognome (4/5): in repertorio
- . Copia in modo indipendente proprio nome e cognome: NO
- . Scrive al computer lettere stampato piccolo (26/26): in repertorio
- . Sente e scrive al computer nome e cognome: (3/5) da insegnare
- . Sente e scrive con penna o matita i fonemi: (1/7) NO
- . Scrive al computer sillabe: (15/15) in repertorio

EQUIVALENZE NUMERICHE:

- . Abbina quantità numeriche attraverso oggetti posizionati all'interno di piattini (18/20): in repertorio
- . Indica numero di oggetti tridimensionali (per es. "Dove ce ne sono 5?"): (14/20) da insegnare
- . Risponde a richieste di quantità (da 1 a 10, per es. "Dammi 3 soldatini") (10/20): da insegnare
- . Abbina e indica quantità di oggetti attraverso cartoncini numerici (0-9): (18/20) in repertorio
- . Posiziona numeri sulla linea dei numeri: (21/21) in repertorio
- . Identifica quantità maggiore/minore con oggetti(14/20): Da insegnare
- . Identifica quantità maggiore /minore con cartoncini numerici: (8/20) NO
- . Traccia quantità di linee, cerchi.. : (3/9) da insegnare
- . Scrive numeri da 0 a 9: (0/4) NO
- . Usa calcolatrice per semplici addizioni: (19/20) in repertorio
- . Mette numeri mancanti in una sequenza da 0 a 20: (19/20) in repertorio

IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

Lg
LINEA GUIDA

Sistema nazionale per le linee guida

Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti

Ministero della Salute

ASSOCIATION ITALIANA DI PSICHIATRIA INFANTILE E ADOLESCENTE

SSIT Società Italiana di Psicopatologia Infantile e Adolescenza

LINEA GUIDA 21

Sistema nazionale Linee Guida

**Gli interventi non
farmacologici
(educativi,
psicologici ...)**

**Gli interventi Bio-
Medici e nutrizionali**

**Gli interventi
farmacologici**

**Autismo, è scontro sulle nuove linee guida
Bocciati dall'Istituto Superiore di Sanità tutti i modelli
terapeutici per curare la malattia. Salvo solo l'approccio
«comportamentale» (Corriere della sera, 26 gennaio 2012)**

Le nuove linee guida sull'autismo elaborate da un gruppo di esperti coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità vengono presentate oggi dopo la pubblicazione lo scorso ottobre. Ma ne frattempo sono già diventate un caso, medico e politico e in molti ne autismo hanno richiesto la revisione. Tra i contrari si contano anche numerosi parlamentari bipartisan (e interrogazioni parlamentari sono state presentate a Camera e Senato).

LE TERAPIE - Quale il problema? Il documento avrebbe bocciato tutte le metodiche utilizzate per curare la malattia salvandone solo una. La cosiddetta ABA (Applied Behaviour Intervention), programmi comportamentali intensivi, da 20 a 40 ore la settimana rivolti all'età prescolare, dunque precoci. Interventi di solito mediati dai genitori col supporto di professionisti specializzati. Si tratta di terapie molto studiate che si basano sulla modificazione del comportamento. Gli esperti concludono che sono efficaci «nel migliorare le abilità intellettive, il linguaggio e i comportamenti adattivi. Le prove a disposizione consigliano di utilizzare ABA nei bambini con disturbi dello spettro autistico».

LA BOCCIATURA - Bocciatura o giudizio interlocutorio per tutte le altre metodiche analizzate, da quelle che richiedono l'ausilio di strumenti comunicativi come i computer alla comunicazione facilitata, dalle diete con eliminazione di glutine alla musicoterapia. No a integratori alimentari, melatonina, ossigeno iperbarico e ai trattamenti farmacologici (risperidone, olanzapina, antipsicotici vari, antidepressivi, metilfenidato).

EFFICACIA DEI TRATTAMENTI PER L'AUTISMO
 (da L. Shreibman, *The Science and Fiction of Autism*)

<i>Tipi di Trattamento</i>	<i>Approcci</i>	<i>Modello</i>	EFFICACI <i>(validati)</i>	PRESUMIBILMENTE EFFICACI <i>(non validabili ma basati su elementi validati)</i>	DI DUBBIA EFFICACIA <i>(solo rapporti aneddotici su singoli casi)</i>	INEFFICACI <i>(nessuna evidenza di efficacia)</i>
COMPORIMENTALI (ABA)	DTT	LOVAAS				
	Naturalistici	PRT				
EVOLUTIVI	↓	DIR				
		TEACCH				
		DENVER				
PSICOTERAPIE PSICODINAMICHE						
TERAPIE SENSORIALI	AIT (<i>Auditory Integration therapy</i>)					
	SIT (<i>Sensory Integration therapy</i>)					
FARMACI E TERAPIE NUTRIZIONALI	Secretina					
	Vitamine					
	Diete					
	Farmaci					
ALTRI	Comunicazione facilitata					
	Options Therapy					
	Pet (Animals) Therapy					

L'INTERVENTO FUNZIONA SE ...

- È precoce
- È intensivo
- Ha programmi adattati a tutte le età
- È cucito su misura
- Il rapporto operatore/paziente è il più basso possibile
- Le famiglie sono attivamente coinvolte
- Gli obiettivi, pur diversi, devono coinvolgere le aree chiave del disturbo: comunicazione, socializzazione, comportamento adattivo
- Si utilizzano strategie ispirate al modello cognitivo-comportamentale
- Considera punti di forza e di debolezza
- Prevede attiva generalizzazione
- Prepara il passaggio all'età adulta
- Prevede periodiche rivalutazioni e aggiustamenti del piano educativo.

(National Research Council, 2001)

LA CURA DELL'AUTISMO ?

- Non esiste la “cura” dell'autismo: per affrontare e contenere questa grave disabilità c'è solo l'educazione secondo le conoscenze e gli orientamenti oggi universalmente accettati e rigorosamente verificabili nella letteratura medico-scientifica.
- La scuola è dunque centrale in questo approccio se non si riduce a puro contenitore ed è debitamente formata, anche attraverso l'ottimizzazione delle risorse interne, cioè degli insegnanti più preparati e motivati, ... diventa promotrice dello sviluppo delle capacità di comunicazione e integrazione dei bambini con autismo e della loro integrazione, aiutandoli in modo decisivo nel cammino verso l'autonomia”.

(Stefano Borgato, in Informautismo, n. 28, 2011)

MA COME SI FA NELLA SCUOLA ITALIANA DI OGGI?

- Valori
- Conoscenze scientifiche sull'Autismo e sul suo trattamento
- Aspetti tecnici ed organizzativi



VALORI

IDEOLOGIA DELL'INTEGRAZIONE

- In nome dell'integrazione si rischia di non educare, di non modificare l'organizzazione scolastica, si coprono limiti.
- La qualità dell'integrazione si misura con il numero delle ore trascorse in classe.
- “Stare in mezzo agli altri bambini gli serve comunque perché può imparare imitandoli”

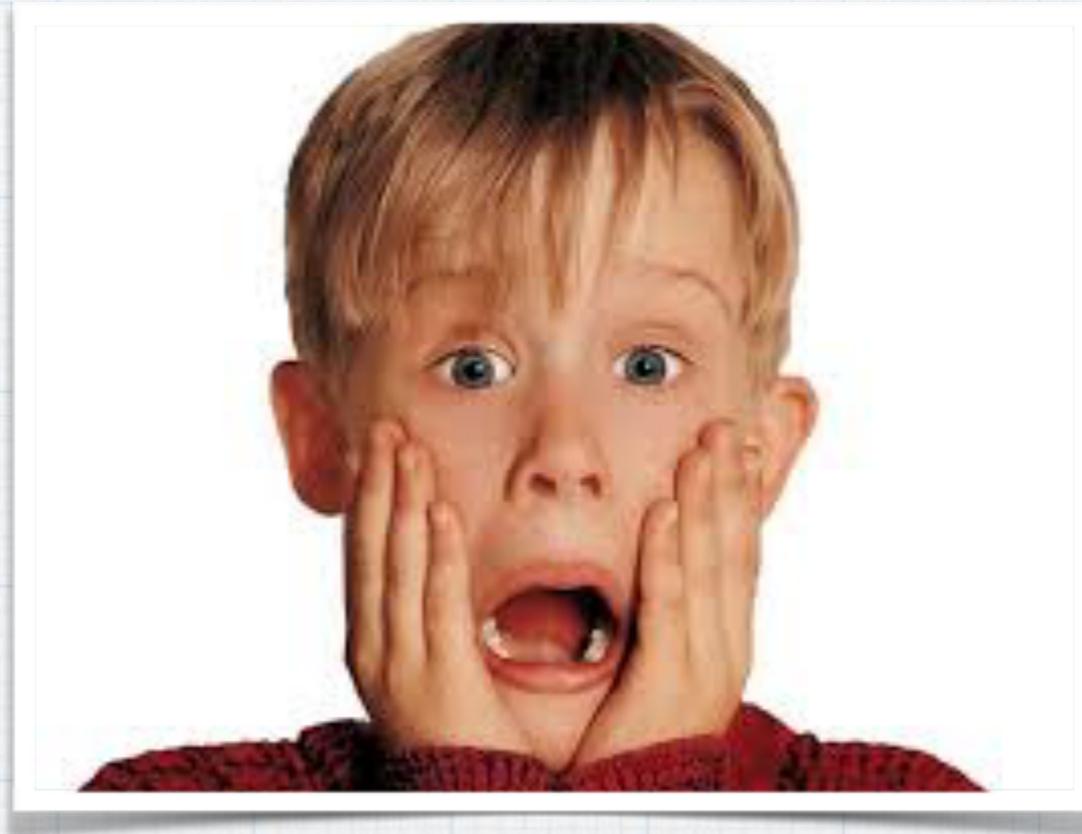
IDEOLOGIA DELLA SEGREGAZIONE

- Non si ragiona caso per caso !
- Sì al diritto all'educazione, no al diritto all'integrazione.
- Il disabile va segregato per poter essere educato in modo speciale e permettere ai suoi coetanei “normodotati” di essere educati “normalmente”.

VALORI: ALCUNI PUNTI FERMI

- L'inserimento dei bambini autistici in una classe è molto difficile per le caratteristiche stesse della patologia: difficoltà sociali, di comunicazione, disturbi sensoriali, interessi rigidi.
- L'interazione sociale nel gruppo per il bambino autistico non è un comportamento naturale e può essere fonte di disagio espresso con comportamenti problema e/o atteggiamenti di ritiro.
- Chiedere ad un bambino autistico di partecipare a tutte le attività proposte alla classe pensando di fare integrazione è fondamentalmente sbagliato.

COME SI PUO' INTERVENIRE? COSA FARE A SCUOLA?



.....idee e spunti la prossima
volta.....