



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)





SOMMARIO

Anno XXIX • n. 1 • gennaio-giugno

PSICHIATRIA OGGI
Fatti e opinioni dalla Lombardia
 Organo della Sezione Regionale Lombarda
 della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata e Diretta da:
 Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
 Massimo Rabboni (Bergamo)
 Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:
 Claudio Mencacci (Milano, MI)
 Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)
 Giorgio Cerati (Legnano)
 Emilio Sacchetti (Brescia)
 Silvio Scarone (Milano)
 Gian Carlo Cerveri (Milano)
 Arcadio Erlicher (Milano)
 Simone Vender (Varese)
 Antonio Vita (Brescia)
 Giuseppe Biffi (Milano)
 Mario Ballantini (Sondrio)
 Franco Spinogatti (Cremona)
 Costanzo Gala (Milano)
 Gabriella Ba (Milano)
 Cinzia Bressi (Milano)
 Claudio Cetti (Como)
 Giuseppe De Paoli (Pavia)
 Nicola Poloni (Varese)
 Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)
 Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)
 Andrea Materzanini (Iseo, BS)
 Alessandro Grecchi (Varese)
 Francesco Bartoli (Monza)
 Lucia Volonteri (Milano)
 Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:
 Giancarlo Cerveri

Art Director:
 Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente le opinioni degli autori

COMUNICAZIONE AI LETTORI
 In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a info@psichiatriaoggi.it.

EDITORE:
 Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, 1-24127 Bergamo
 Tel. 035 26.63.66 - info@psichiatriaoggi.it
 Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
 Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

3 Suicidio libero e responsabile: una scelta possibile?
Uno sguardo alla letteratura nel tentativo di trovare una risposta
 di Giannelli A.

8 Il futuro della Psichiatria tra Markers Biologici e attività Clinica
 di Cerveri G.

SEZIONE CLINICO/SCIENTIFICA

16 Attività 2015 in un DSM di Milano per la fascia d'età 14-24 anni
Prima analisi dei dati socio-demografici e clinico-organizzativi
 di De Isabella G., Galbiati C., Biffi G.

24 La valutazione degli esiti come pratica routinaria nella residenzialità psichiatrica
Risultati e prospettive di miglioramento continuo della qualità
 di Amatulli A., Giampieri E., Marinaccio P.M.

31 Da vicino nessuno è normale
Dialogare a scuola sul pregiudizio e lo stigma
 di Tomaselli G., Gambarà S., Naclerio R., Fenaroli S., Ballantini M., Biffi G., Cetti C., Clerici M., De Paoli G., Mencacci C., Percudani M., Rabboni M.

38 Il modello multifamiliare e la metafora lavoro
Identità sociale e coerenza percettiva del sé nelle relazioni complesse, una prospettiva evolutiva e prognostica
 di Borgogno F.V., Pismataro C.P.

44 Dipendenza da internet
Un'indagine sulle conoscenze, l'atteggiamento e i bisogni degli operatori sanitari nei CPS, nei SerT e nelle UONPLA della Città di Milano
 di Viganò C., Truzoli R., Boroni C., Giovannelli P., Ba G.

55 I benefici relazionali della terapia assistita dall'animale in pazienti con schizofrenia paranoide
Case report
 di Chianese S., Traber R., Primerano L., Restrepo M.

63 L'efficacia del ricovero nel SPDC del S. Pertini di Roma
Studio retrospettivo decennale nei pazienti dimessi dal 2003 al 2012
 di Maci C., Franco F.

SPECIALE: AUTISMO NELL'ADULTO

84 I disturbi dello spettro autistico
 di Mencacci C.

86 L'autismo ad alto funzionamento e la sindrome di Asperger
Comorbidità, misdiagnosi ed errori terapeutici
 di Migliarese G.

95 La sindrome di Asperger
 di Motta C.

100 La diagnosi di autismo in età precoce
 di Di Pasquale D.

108 I disturbi generalizzati dello sviluppo
I cambiamenti apportati dal DSM-5 e la loro influenza sulla clinica
 di Rossi M., Pilan P., Ottolini A.

PSICHIATRIA FORENSE

118 Rischio suicidario e "rischio consentito"
Il parere della corte
 di Mantovani R.

IN COPERTINA: *Gli amanti*
 Giovanni Prini, 1913 ca.

Gli Operatori interessati a ricevere comunicazioni sulla pubblicazione del nuovo numero della rivista

PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter attraverso il sito:
www.psichiatriaoggi.it

La diagnosi di autismo in età precoce

Dott.ssa Danila Di Pasquale¹

INTRODUZIONE

Si definisce autismo una sindrome comportamentale causata da un disordine dello sviluppo, biologicamente determinato, con esordio nei primi 3 anni di vita.

Le aree prevalentemente interessate da uno sviluppo alterato sono quelle relative alla comunicazione sociale, alla interazione sociale reciproca, al gioco funzionale e simbolico e al comportamento.

L'autismo si distribuisce lungo un continuum sintomatologico: per parlare di tali Disturbi si utilizza la metafora dello spettro di luce riflessa da un prisma ottico che crea differenti sfumature (Disturbi dello Spettro Autistico – Autism Spectrum Disorders ASD). Ad un estremo si trovano bambini non verbali con autismo, grave ritardo mentale, e quadri neurologici e, all'altro estremo, bambini intelligenti, che parlano e in alcuni casi mostrano abilità eccellenti in alcune aree. Ci troviamo quindi davanti a una disomogeneità fenomenica importante che si raggruppa all'interno della definizione di “disturbi dello spettro autistico”, ovvero di una “famiglia” di disturbi con caratteristiche simili, al cui interno si distinguono quadri “tipici” – e quadri “atipici”, in cui alcune caratteristiche sono più sfumate o addirittura assenti.

All'interno di questo continuum fenomenico vi sono situazioni cliniche caratterizzate da diversa gravità: bambini con autismo possono infatti mostrare compromissioni qualitative del linguaggio/comunicazione anche molto gravi, fino a una totale assenza di essi o manifestazioni più sfumate e più sfuggenti. Possono manifestare 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 e allo sviluppo mentale raggiunto, oppure presentare difficoltà meno evidenti dell'interazione sociale, che è più accomunabile a una “bizzarria relazionale”. Generalmente inoltre presentano interessi ristretti e comportamenti stereotipati e ripetitivi, più o meno adattivi.

Tutti questi aspetti possono infine accompagnarsi anche a ritardo mentale, che si può presentare in forma lieve, moderata o grave.

L'importanza della diagnosi precoce per i bambini con disturbi dello spettro autistico

La diagnosi di autismo è una diagnosi clinica che prevede una valutazione specialistica ed è basata su criteri esclusivamente comportamentali. Non esistono, infatti, indagini di laboratorio e/o strumentali che possano confermare un sospetto clinico. Ciò comporta la necessità di adottare procedure diagnostiche altamente standardizzate, integrate da strumenti di valutazione validati a livello internazionale, quali l'Autism Diagnostic Interview – Revised (ADI-R) (13), l'Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS) (12) e la Childhood Autism Rating Scale (CARS) (20) e di fare riferimento ai criteri espressi nei principali sistemi di nosografia codificata: attualmente il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th edition (DSM-5) (per un approfondimento, vedere in questo numero l'articolo di Rossi et al. 2016).

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

La presa in carico precoce di questi bambini consente di migliorarne la prognosi, raggiungendo progressi significativi sul piano cognitivo, emotivo e sociale. È stata inoltre riscontrata un'accelerazione del ritmo di sviluppo, con una crescita del quoziente d'intelligenza (QI), progressi nel linguaggio, un miglioramento dei comportamenti e una diminuzione dei sintomi del di-

sturbo stesso. Questi progressi sopravvengono in 1 o 2 anni d'intervento precoce e intensivo, e la maggioranza dei bambini presi a carico (73 %) accede ad un linguaggio funzionale alla fine del periodo d'intervento (in generale attorno ai 5 anni). I benefici del trattamento rimangono costanti nel tempo. Recentemente è stato suggerito che un intervento atto a promuovere il precoce coinvolgimento sociale e a potenziare la reciprocità relazionale può favorire lo sviluppo cerebrale e facilitare il ripristino di una normale traiettoria evolutiva, riducendo l'espressione sintomatologica (22).

La diagnosi d'autismo viene effettuata relativamente tardi, poiché la maggior parte dei bambini riceve una diagnosi attorno ai 4 anni e generalmente a distanza di almeno due anni da che i genitori hanno iniziato a preoccuparsi ed a ricercare un aiuto (11).

Vi sono alcune difficoltà che appaiono intrinseche al processo diagnostico, soprattutto quando questo riguarda bambini molto piccoli: i principali criteri diagnostici si riferiscono a comportamenti che potrebbero non essere ancora apparsi, come ad esempio il linguaggio/abilità sociali. Inoltre, esiste nel bambino piccolo un'importante variabilità nell'espressione del disturbo che rende difficile l'apprezzamento di segni blandi, a maggior ragione tenendo conto che anche lo sviluppo dei bambini normotipici presenta variazioni individuali. Nel bambino molto piccolo infine, le differenze nei vari ambiti di sviluppo sono meno percettibili, in quanto possono dipendere da una fisiologica differenza (ritardo), anche di pochi mesi, nello sviluppo.

Tuttavia, è stato segnalato che dei professionisti esperti potrebbero riconoscere i sintomi dell'autismo molto più precocemente. Alcuni sintomi dell'autismo possono infatti essere individuati tra i 12 e i 13 mesi di età (5).

Una diagnosi precoce appare importante non solo per la prognosi del bambino ma anche per aiutare i genitori a comprendere lo stato mentale del bambino verso cui, a causa di modalità comunicative e relazionali atipiche, rimangono generalmente spiazzati e poco in grado di

offrire risposte adeguate per lo sviluppo di una buona regolazione emotiva ed interattiva.

A questo riguardo, è stato sottolineato che "nelle condizioni di sviluppo atipico i genitori si trovano a dover fronteggiare le difficoltà connesse all'interagire con un bambino attraverso una modalità di funzionamento per la quale non sono predisposti riducendo la possibilità di offrire il normale supporto emotivo per lo sviluppo cognitivo" (21). La diagnosi precoce permette quindi una presa in carico globale del sistema familiare con risvolti positivi su tutti i protagonisti, oltre che ad evitare la comparsa di fraintendimenti o distorsioni relazionali.

L'IMPORTANZA DELLO SCREENING

I professionisti che si occupano di bambini molto piccoli, come i medici pediatri, hanno un ruolo fondamentale come interlocutori primari delle preoccupazioni dei genitori e come osservatori privilegiati del bambino nei primi anni di vita. Tramite le visite filtro hanno infatti l'opportunità di cogliere le eventuali preoccupazioni dei genitori, eseguire una raccolta anamnestica approfondita che si focalizzi anche sullo sviluppo relazionale e comportamentale del bambino, osservare il comportamento del bambino stesso durante la visita sia in relazione ai genitori che nell'incontro con il professionista e nella gestione dei tempi d'attesa. Proporre scale di screening ai genitori e inviare al servizio specialistico se il bambino viene ritenuto a rischio di sviluppare autismo appare il primo e indispensabile assaggio per un corretto inquadramento diagnostico e quindi per una presa in carico precoce.

L'attenzione dei professionisti che hanno a che fare con i bambini piccoli deve essere elevata soprattutto se vi sono fattori di rischio. I disturbi dello spettro autistico hanno una maggiore probabilità di presentarsi in bambini che hanno un fratello con autismo. Studi gemellari riportano (6; 7) che il rischio in una famiglia di avere un secondo figlio autistico è del 3-6% mentre quello della popolazione generale è lo 0,6%. La vulnerabilità genetica nelle famiglie che hanno un figlio con autismo riguarda

in modo specifico i disturbi dello spettro autistico: cioè avere un figlio con un disturbo dello spettro autistico aumenta specificatamente il rischio di avere altri figli con disturbi dello spettro autistico, ed è meno correlato con altri disturbi (19).

I bambini autistici solitamente siedono, gattonano e camminano all'età aspettata. Alcuni producono addirittura alcune parole al tempo appropriato di sviluppo, malgrado le stesse raramente evolvano nel primo linguaggio funzionale. Alcuni sintomi autistici che possono essere presenti durante l'infanzia (scarsa reciprocità, irritabilità crescente, difficoltà nel dormire e nel mangiare, placidità) sono d'altronde comportamenti visti comunemente anche nei bambini con sviluppo normale.

Numerose ricerche recenti hanno cercato di definire in modo più preciso quali siano nel primo anno di vita, i comportamenti in grado di discriminare i bambini a cui verrà diagnosticato un ASD da quelli con sviluppo tipico. Numerosi studi e osservazioni sui video familiari, effettuati anche in Italia (Bailo et al. 2007) hanno evidenziato già a circa un anno di vita alcuni tra i comportamenti maggiormente predittivi. In particolare, nello studio di Novara, tra gli items che differenziavano maggiormente il gruppo di bambini con autismo dai bambini normodotati sono stati indicati: il pointing dichiarativo (indicare per condividere stati emotivi), le modalità di comunicazione non verbale (utilizzo della gestualità per comunicare, che risultava assai povera nei bambini con autismo), i gesti referenziali (come fare ciao ciao con la mano, mettere un dito davanti alla bocca per indicare silenzio, la mano alla fronte per manifestare scoramento).

Altre differenze individuate riguardano il contatto di sguardo, il divertirsi ridendo insieme a qualcuno, il voltarsi se chiamato per nome, l'imitazione, la ricerca di contatto fisico (baci o abbracci), le vocalizzazioni (3).

ASPETTI CLINICI RILEVANTI

Interazione sociale

L'area maggiormente compromessa nei disturbi dello spettro autistico è quella relativa all'interazione sociale: già nella primissima infanzia può essere osservata l'assenza o la presenza parziale di alcuni prerequisiti che sottendono la socialità. E' compromessa in particolare quella che viene definita intersoggettività, solitamente distinta in primaria e secondaria.

L'intersoggettività primaria definisce la capacità del bambino di entrare in una relazione diretta di tipo espressivo, emotivo e corporeo con la persona che si occupa di lui. Questa relazione è fatta di: contatti di sguardi, di contatto fisico, di scambi vocali in cui ciò che conta non è tanto il significato delle parole ma la tonalità affettiva che viene trasmessa (si parla di baby talking per indicare il modo con cui il genitore parla con il bambino piccolo). Un elemento importante è la reciprocità, cioè la capacità di rispondere in modo reciproco alle espressioni, ai gesti al contatto fisico dell'altro.

L'intersoggettività secondaria si afferma intorno ai 9 mesi (ma compare anche prima) e riguarda la capacità del bambino di entrare in relazione con l'altro condividendo con lui l'interesse per una terza cosa o persona. Implica quindi la capacità di attenzione condivisa. Compare in questa fase la capacità del bambino di attirare l'attenzione dell'adulto su qualcosa che a lui interessa, indicandola per poterla ottenere (pointing richiestivo) oppure per attirare l'attenzione del genitore verso la cosa stessa (pointing dichiarativo).

In entrambi i livelli di interazione sociale il bambino con ASD può mostrare alterazioni. Deficit dell'intersoggettività primaria possono essere rappresentati dal non guardare l'adulto, non mostrare reciprocità alle comunicazioni (parole, gesti, contatto fisico), dall'evitare il contatto.

Deficit dell'intersoggettività secondaria si manifestano quando il bambino, pur mostrando delle aperture verso l'adulto (lo guarda, mostra reciprocità), non riesce a condividere con l'altro un interesse (un gioco, un'attività) e a collaborare alle sue proposte (ad esempio ha

difficoltà a seguire le indicazioni e i gesti dell'adulto). Appare assente l'attenzione condivisa (situazioni in cui l'adulto indica qualcosa di interessante, un giocattolo, per esempio, perché il bambino si volti, diriga l'attenzione verso l'oggetto e lo guardi), raramente indica per fare una richiesta, spesso guida la mano del genitore (o lo spinge) per ottenere ciò che desidera.

Imitazione

Nei bambini i comportamenti imitativi sono generalmente presenti fin dai primi mesi di vita e permettono una precoce sincronizzazione delle interazioni con le figure di accudimento. Bambini con sviluppo tipico iniziano ad imitare i movimenti oro-facciali e le espressioni di gioia o di rabbia fin a dalle prime settimane di vita. Questi comportamenti appaiono legati all'attivazione di reti neurali che definiscono il cosiddetto "sistema mirror" (15; 16). Imitazione e apprezzamento degli stati mentali altrui, come suggeriscono e supportano le ricerche sulla cognizione sociale, sono entrambe espressioni della capacità del bambino di "simulare" mentalmente un'azione o uno stato d'animo osservato (9; 8).

Nei bambini con autismo un deficit nell'imitazione si rivela accentuato assai precocemente: raramente nelle prime settimane di vita appaiono in grado di imitare i movimenti oro-facciali e le espressioni facciali del caregiver.

Il riscontro di un'alterazione nei comportamenti imitativi risulta tra i maggiori predittori di rischio di sviluppare successivamente un disturbo autistico. Deficit in quest'area sono strettamente connessi a deficit nella reciprocità sociale (la capacità cioè, mostrata già dal bambino di pochi mesi, di rispondere in maniera reciproca, alle espressioni del proprio interlocutore).

I risultati emersi da diversi lavori scientifici indicano che alla base dei deficit nei comportamenti imitativi nei bambini con autismo vi sarebbero alterazioni nell'attivazione delle reti neurali legati al sistema mirror, tanto che la disfunzione di questo sistema è stata ipotizzata come primaria e centrale per la genesi dei disturbi autistici (10; 14).

COMUNICAZIONE

In generale, in soggetti con autismo, anomalie della comunicazione sono riscontrabili ed evidenti già nel primo anno di vita.

Il bambino può ad esempio mostrare alterazioni nella risposta al nome, che risulta assente non soltanto con il medico o con l'estraneo, ma anche con genitori e persone familiari (spesso viene ipotizzata la presenza di sordità, ed appare corretto effettuare esami di approfondimento di tipo audiologico -audiometria, ABR). Sembra, inoltre, che fin dai primi mesi di vita non si attivi lo stesso meccanismo di risposta uditiva alla voce umana presente nei bambini con sviluppo tipico. In bambini con autismo un aspetto frequente è dato da un ritardo nell'acquisizione (fino a una totale assenza) del linguaggio per comunicare. A volte si notano soltanto alcune vocalizzazioni atipiche, non dirette all'altro, spesso ripetute per auto-stimolazione. Possono inoltre presentarsi alterazioni della forma del linguaggio: prosodia (utilizzo monotono e monocorde del tono di voce), presenza di ecolalia (ripetizione di ciò che viene detto dall'interlocutore -ecolalia immediata- oppure di frasi udite in precedenti occasioni -ecolalia differita), linguaggio adultomorfo o più ripetitivo dell'atteso, presenza di inversione pronominale (difficoltà a utilizzare correttamente i pronomi personali, così può capitare che il bambino parli di sé in terza persona, o utilizzando il proprio nome o il pronome "tu"). Spesso infine la comprensione del linguaggio è scarsa o parziale.

Comportamenti e interessi

Il bambino con autismo mostra frequentemente alcuni movimenti caratteristici o bizzarri: camminare sulle punte dei piedi, girare ripetutamente su se stesso in modo afinalistico (fare lo "spinning"), far girare e muovere le mani vicino ai propri occhi, osservandole da vicino con interesse (fare "flapping"), correre e girare continuamente per la stanza senza una direzione specifica. Può inoltre assumere posture insolite per lunghi periodi di tempo, dondolarsi, rotolarsi a terra, sfarfallare le mani, farle cioè

girare continuamente in modo veloce, come “ali di farfalla” (ciò può avvenire sia in momenti di particolare noia o eccitazione, sia in momenti di particolare caoticità, in cui il bambino appare particolarmente inavvicinabile ed “immerso nel suo mondo”). Questi comportamenti sono facilmente osservabili e sono spesso riconosciuti come aspetti bizzarri anche da personale non specialistico.

Interessi sensoriali insoliti

Un aspetto interessante del bambino con autismo è rappresentato da alterazioni nelle modalità sensoriali: è infatti generalmente presente un'alterazione qualitativa e quantitativa della percezione.

Sono state segnalate iporeattività o iperreattività ad alcuni stimoli sensoriali specifici (siano essi uditivi, visivi, tattili, olfattivi o gustativi) o una ricerca eccessiva degli stessi (“sensory seeking”).

È tipico il riscontro di una particolare sensibilità ai rumori (sembrano quasi “soffrire” nel sentire alcuni tipi di rumori e mostrano il comportamento tipico di tapparsi le orecchie con forza con le mani o di infilare le dita nelle orecchie), ma viceversa, in altre occasioni, non sembrano sentire né reagire a suoni e rumori presenti nell'ambiente circostante (specialmente quando sono assorti in attività ripetitive). A volte annusano, leccano o mettono in bocca oggetti (non deputati generalmente ad essere assaggiati o annusati), in un periodo di sviluppo in cui la modalità senso-motoria di apprendimento e conoscenza della realtà dovrebbe essere già stata superata.

E' frequente un eccessivo interesse verso caratteristiche fisiche degli oggetti: gli oggetti vengono fatti roteare davanti agli occhi, vengono fissati per lunghissimo tempo per osservare i riflessi della luce (ma anche delle ombre sulle pareti). Allo stesso modo il bambino con autismo può seguire in modo ossessivo la traiettoria o le caratteristiche di alcuni oggetti (ad esempio cose che girano, che pendono, che si muovono in modo ondulatorio), sono attratti da fili, parti di oggetti o giochi e altri oggetti insoliti (come interruttori, telecomandi, spine, ecc.).

In molti casi si osserva una iperselettività alimentare, con la tendenza a mangiare sempre le stesse cose e il rifiuto sistematico di altre. A volte lo stesso cibo può essere mangiato a casa ma non a scuola o viceversa. Una spiegazione di questa selettività chiama in causa proprio la ipersensibilità olfattiva o gustativa e si ipotizza una sorta di “ipernausea”, che fa rifiutare al bambino alcuni cibi. A volte sembra invece che la consistenza del cibo sia una variabile più rilevante.

Modalità di gioco

Tutti questi aspetti possono essere facilmente riscontrati anche nelle modalità di gioco.

Si può osservare la ripetitività nell'uso ripetitivo e afinalistico di un giocattolo o di un oggetto, mentre la scarsa tendenza alla socializzazione si osserva in primo luogo nella relazione con i caregivers, ma risulta ancora più accentuata se si osservano l'attenzione e l'interesse per gli altri bambini (gioco parallelo), le difficoltà nel gioco simbolico e di finzione.

Screening pediatrico

L'autismo appare generalmente di tipo primario, e si caratterizza come disturbo dello sviluppo, biologicamente determinato ma di origine poligenica e favorito dall'esposizione a fattori ambientali. E' comunque presente anche una forma di autismo secondario a cause genetico-metaboliche definibili che devono quindi essere indagate: Sindrome dell' X-fragile, Sclerosi Tuberosa, Fenilchetonuria, Neurofibromatosi. L'autismo è stato inoltre associato a Sindrome di Gilles de la Tourette e all'ADHD.

Nel 75% circa dei casi si associa a ritardo mentale di vario grado. Il 25% circa dei bambini di ASD sviluppano forme diverse di epilessia, nella maggioranza dei casi ben controllate dalla terapia farmacologica, ma non sempre facili da riconoscere.

I pediatri di base sono in prima linea nell'individuazione precoce dei segnali di rischio nello sviluppo dei

Tabella 1. mCHAT – Screening pediatrico per autismo

Sezione A	
<i>Item</i>	<i>Funzioni indagate</i>
1. Vostro figlio si interessa agli altri bambini?	<i>Interesse sociale</i>
2. Al vostro bambino piace essere cullato e fare il cavalluccio sulle vostre ginocchia?	<i>Gioco senso-motorio e gioco condiviso</i>
3. Gli piace arrampicarsi sui mobili o sulle scale?	<i>Sviluppo motorio</i>
4. Gli piace giocare a cucù e a nascondino?	<i>Gioco interattivo-sociale</i>
5. Il bambino ha mai fatto finta di preparare il tè con tazza e teiera o di fare altre cose?	<i>Gioco di finzione o simbolico</i>
6. Il vostro bambino utilizza il dito indice per chiedere qualcosa?	<i>Pointing protorichiestivo</i>
7. Il vostro bambino utilizza il dito indice per mostrare interesse verso qualcosa	<i>Pointing protodichiarativo</i>
8. Il vostro bambino gioca in modo appropriato con piccoli giochi senza metterli in bocca, manipolarli o lasciarli cadere?	<i>Gioco funzionale</i>
9. Il vostro bambino vi porta degli oggetti per mostrarveli?	<i>Attenzione congiunta/mostrare</i>
Sezione B	
<i>Item</i>	<i>Funzioni indagate</i>
1. Durante la visita vi guarda negli occhi?	<i>Contatto oculare</i>
2. È possibile ottenere la sua attenzione, indicare un oggetto con “Oh guarda...” e osservare il bambino girarsi verso di esso?	<i>Monitoraggio dello sguardo</i>
3. È possibile interessare il bambino ad un gioco di finzione (preparare da mangiare)?	<i>Gioco di finzione</i>
4. Chiedendogli “Dov’è la luce” il bambino la indica guardandovi contemporaneamente?	<i>Pointing protodichiarativo</i>
5. Riesce a fare una torre? Con quanti cubi?	<i>Gioco funzionale</i>

bambini, e per fare questo possono avvalersi, accanto all’osservazione clinica del bambino, di strumenti di screening, di uso maneggevole, quale ad esempio la MCHAT (1; 17) (vedi *Tabella 1*) oltre che del “Parents’ Evaluation of Developmental Status -PEDS” (questionario di 10 items riguardante lo sviluppo del bambino dalla nascita agli 8 anni, compilato dai genitori) (www.pedstest.com).

La conoscenza dei fattori nucleari dell’autismo, l’osser-

vazione clinica e l’utilizzo di questi strumenti permettono di cogliere quelle che Filipek e colleghi (4) hanno chiamato “Bandiere Rosse dell’autismo” ovvero quei sintomi d’allarme a partire dai quali è possibile effettuare una diagnosi corretta e una successiva presa in carico (*Tabella 2*).

L’osservazione del comportamento del bambino alla luce di questa analisi rimane lo strumento clinico più rilevante, soprattutto se associato all’utilizzo di semplici

Tabella 2. Le bandiere rosse dell'autismo (4)

<p>Preoccupazioni inerenti la comunicazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Non risponde al suo nome. - Non è capace di chiedere cosa desidera. - Il linguaggio è in ritardo. - Non segue le indicazioni. - A volte sembra sordo. - A volte sembra capace di udire, altre no. - Non indica e non saluta con la mano. - Prima diceva qualche parola, ora non più.
<p>Preoccupazioni inerenti la socialità</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Non sorride socialmente. - Sembra preferisca giocare da solo. - Prende gli oggetti da solo. - È molto indipendente. - Fa le cose precocemente. - Attua scarso contatto con gli occhi. - È nel suo mondo. - Ci chiude fuori. - Non è interessato agli altri bambini.
<p>Preoccupazioni inerenti il comportamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ha crisi di collera/aggressività. - È iperattivo, non-cooperativo, provocatorio. - Non sa come usare i giocattoli. - Si blocca regolarmente sulle cose. - Cammina in punta di piedi. - Ha attaccamenti inusuali ai giocattoli. - Allinea gli oggetti. - È iper-sensibile a certe fibre tessili o a certi suoni. - Ha strani modelli di movimento.
<p>Indicazioni assolute per ulteriori valutazioni diagnostiche immediate</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nessuna lallazione entro i 12 mesi. - Nessuna gestualità (indicare, muovere la mano, salutare, ecc.) entro i 12 mesi. - Nessuna parola entro i 16 mesi. - Nessuna frase spontanea (non ecolalia) di due parole entro i 24 mesi di età. - QUALUNQUE perdita di QUALSIASI abilità linguistica o sociale a OGNI età.

questionari clinici come la mCHAT.

Particolare attenzione appare poi necessaria nei confronti degli aspetti di comunicazione diagnostica ai genitori e nell'accompagnamento genitoriale verso un percorso di conoscenza e consapevolezza del disturbo, aspetto fondamentale della diagnosi e perno per un successo terapeutico.

(1) *Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico*

– *Milano*

email: danila.dipasquale@gmail.com

BIBLIOGRAFIA

1. Baron-Cohen, S., Allen, J., & Gillberg, C., *Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT*. British Journal of Psychiatry, 1992; 161: 839–843
2. Caucino A., Bandi G., Crivelli E., Debernardi C et al., *Individuazione dei segni precoci dell'autismo attraverso lo studio dei filmati amatoriali*. Autismo e Disturbi dello sviluppo, 2007; 3.
3. CDC – centers for disease control and prevention – Access online in data 29th May 2016
<http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/signs.html>
4. Filipek P.A., Accardo P.J., Baranek G.T., Cook E.H. Jr, Dawson G., et al., *The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders*. J Autism Dev Disord., 1999 Dec; 29(6): 439-84.
5. Fombonne E., De Giacomo A., *La reconnaissance des signes d'autisme par les parents*. Devenir, 2000; 12 (3): 49-64.
6. Frith U., *Autism: Explaining the Enigma*, 2nd Edition 264 pages, Wiley-Blackwell, 2003 March.
7. Frith U., Happé F., *Autism spectrum disorder*. Current Biology, 2005 October; 15 (19), 11: R786–R790
doi:10.1016/j.cub.2005.09.033
8. Gallese V., *Mirror Neurons, Embodied Simulation, and the Neural Basis of Social Identification*. Psychoanalytic Dialogues, 2009; 19:519–536.
9. Gallese V., Keysers C., Rizzolatti G.A., *Unifying view of the basis of social cognition*. Trends in Cognitive Sciences, 2004; 8: 396–403
10. Hamilton A., *Reflecting on the mirror neuron system in autism: a systematic review of current theories*. Develop Cognitive Neuroscience, 2013; 3: 91-105
11. Howlin P., Moore A., *Diagnosis in Autism A Survey of Over 1200 Patients in the UK*. Autism, 1997 November; 1–2: 135-162
12. Lord C., Risi S., *Diagnosis of Autism Spectrum Disorders in Young Children*, in Wetherby, Prizant, Autism Spectrum Disorders, a Transactional Developmental Perspective, Communication and language Intervention Series. Paul H. Brookes Publishing, 2000.
13. Lord C., Rutter M., Le Couteur A., *Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders*. Journal of Autism & Developmental Disorders, 1994; 24: 659-685
14. Pineda J.A., *Mirror Neuron System: the role of mirroring processes in social cognition*. Umana Press, 2009
15. Rizzolatti G., Fadiga L., Gallese V., Fogassi L., *Premotor cortex and the recognition of motor actions*. Cognitive Brain Research, 1996; 3: 131–141
16. Rizzolatti G., Craighero L., *The mirror neuron system*. Annual Review of Neuroscience, 2004; 27:169–192
17. Robins DL., Fein D., Barton M.L., Green J.A., *The modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders*. Journal of Autism and Developmental Disorders, 2001; 31: 131–144
18. Rossi M., Pisan P., Ottolini A., *I disturbi generalizzati dello sviluppo: i cambiamenti apportati dal DSM-5 e la loro influenza sulla clinica*. Psichiatria Oggi Anno XXIX, 2016 gennaio–giugno; 1.
19. Rutter M., *Genetic studies of autism: From the 1970's to the millennium*. Journal of Abnormal Child Psychology, 2000; 28(1): 3-14.
20. Schopler E., Reichler R.J., DeVellis R.F., Daly K., *Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS)*. J Autism Dev. Disord., 1980; 10 (1): 91–103. doi:10.1007/BF02408436. PMID 6927682.
21. Venuti P., Marcone R., *Una griglia osservativa per la valutazione delle funzioni di base*. Psicologia Clinica dello Sviluppo, 2003; VII (2): 331-342.
22. Webb S.J., Jones E.J., Kelly J., Dawson G., *The motivation for very early intervention for infants at high risk for autism spectrum disorders*. Int. J Speech Lang. Pathol., 2014 Feb; 16(1):36-42. doi: 10.3109/17549507.2013.861018

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo redazione@psichiatriaoggi.it

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:

1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo la citazione dovrà essere riportata indicando tra parentesi il numero relativo al testo citato, ad esempio (1).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidente:

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

Presidente eletto:

Massimo Clerici (*U. Mi Bicocca*)

Segretario:

Mauro Percudani (*Garbagnate, Mi*)

Vice-Segretario:

Giancarlo Cerveri (*Milano*)

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli (*Bergamo*)

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini (*Somdrino*)

Franco Spinogatti (*Cremona*)

Andrea Materzanini (*Iseo*)

Costanzo Gala (*Milano*)

Orsola Gambini (*U. Mi Statale*)

Claudio Cetti (*Como*)

Giuseppe De Paoli (*Pavia*)

Nicola Poloni (*Varese*)

Antonio Magnani (*Mantova*)

Emi Bondi (*Bergamo*)

Ettore Straticò (*Mantova*)

Roberto Bezzi (*Legnano, Mi*)

Marco Toscano (*Garbagnate, Mi*)

Antonio Amatulli (*Sirp.Lo*)

Caterina Viganò (*Sirp.Lo*)

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Alessandro Grecchi (*Milano*)

Francesco Bartoli (*Monza Brianza*)

Giacomo Deste (*Brescia*)

Giovanni Migliarese (*Milano*)

Membri di diritto:

Giorgio Cerati

Angelo Cocchi,

Arcadio Erlicher,

Claudio Mencacci,

Emilio Sacchetti

Silvio Scarone

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli

Simone Vender

Antonio Vita

Giuseppe Biffi