



# 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

## 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., Pisan P., Ottolini A.

## PSICHIATRIA FORENSE

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

## 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)  
Gabiella 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](mailto: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](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

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](http://www.psichiatriaoggi.it)

# I disturbi generalizzati dello sviluppo

*I cambiamenti apportati dal DSM-5 e la loro influenza sulla clinica*

Maura Rossi<sup>1</sup>, Patrizia Pilan<sup>1</sup>, Alberto Ottolini<sup>1</sup>

## INTRODUZIONE

Il campo dei disturbi dello spettro autistico rappresenta un'area nosografica di notevole complessità, non solo per la necessità di una precisa tipizzazione diagnostica, che riveste importanti implicazioni in senso prognostico e terapeutico, ma anche per la comprensione delle basi neurobiologiche sottese, e delle complesse interrelazioni reciproche tra fattori biologici ed ambientali. Anche se è ritenuta costante una componente neurobiologica, allo stato attuale, non è noto un marker biologico che consenta la diagnosi di questi disturbi, che si basa pertanto esclusivamente sulla valutazione di una sindrome comportamentale, con conseguente possibilità di non concordanza tra clinici. La fase diagnostica è ulteriormente complicata dalla progressiva affermazione del concetto di autismo, non tanto come sindrome patologica unitaria, quanto piuttosto come *spettro*, ovvero continuum di condizioni ad espressione variabile, caratterizzate dalla presenza di alcuni sintomi nucleari. La definizione stessa del concetto di spettro implica, infatti, il superamento di un approccio diagnostico dicotomico categoriale, a favore di un approccio dimensionale, finalizzato alla definizione di specifici profili di sviluppo funzionale ed emozionale individuale ed alla caratterizzazione di patterns interattivi individuali e familiari.

## BREVE EXCURSUS STORICO DEL CONCETTO DI AUTISMO

La storia del concetto di autismo è paradigmatica di come, con l'accrescersi e l'approfondirsi delle conoscenze in medicina ed in psichiatria, i temi stessi del sapere siano

mutati, a seconda della prospettiva oggetto di studio. Nel corso degli anni, studiosi e ricercatori hanno illuminato il fenomeno autismo secondo angolature differenti, contribuendo in modo significativo alla sua conoscenza, ma senza mai riuscire ad abbracciarlo e comprenderlo nella sua interezza, come se esso fosse molto più che la somma dei suoi singoli aspetti. Le criticità per la comprensione dei disturbi dello spettro autistico sono, infatti, ancora innumerevoli, oltre alle interpretazioni eziopatogenetiche, la tipizzazione diagnostica nell'ambito del continuum di condizioni autistiche ad espressione variabile nel tempo, l'aspetto di continuità-discontinuità tra le diagnosi, in funzione dell'applicazione di differenti sistemi di classificazione diagnostica, la stabilità della diagnosi nel tempo, e la risposta a differenti tipi di trattamento. Le problematiche inerenti la classificazione diagnostica trovano origine nella definizione dell'autismo, sulla base di comportamenti definiti da criteri dimensionali, in assenza di un marker biologico, e di criteri diagnostici dicotomici di distinzione dell'autismo e dei suoi sottotipi da altri disturbi dello sviluppo della prima infanzia.

Ben prima della nota descrizione di Kanner (1), nella lettura di Bleurer (2) il fenomeno "autismo" può essere definito secondo due caratteristiche simultanee, il distacco dalla realtà e la predominanza di un mondo fantasmatico interiore, e rappresenta un sintomo fondamentale della schizofrenia, diretta conseguenza della scissione schizofrenica della psiche. Minkowski (3) fa della perdita di contatto vitale con la realtà, non solamente un sintomo della schizofrenia, per quanto fondamentale, ma il disturbo generatore e definitorio dell'esistenza schizofrenica stessa, un disturbo, quindi, che interessa l'intera personalità e non funzioni isolate. Entrambe le formulazioni, pur nelle loro differenti prospettive, ruotano attorno al tema della costituzione del mondo come mondo intersoggettivo e dell'abituale radicamento degli esseri umani in esso. Con la descrizione di Leo Kanner, relativa ad 11 bambini, che egli definì affetti da "disturbo autistico del contatto affettivo" (1) e quella, di appena un anno successiva, ma

indipendente, di Hans Asperger riguardante 4 bambini, che egli definì affetti da psicopatia autistica (4), il fenomeno autismo viene maggiormente delineandosi nelle sue specificità. Accanto all'isolamento, si ritrovano, nella descrizione originaria di Kanner, un'alterazione dei processi di astrazione, simbolizzazione e significazione, una compromissione della funzione comunicativo-linguistica, oltre che, ritenuti elementi fondamentali del quadro, il bisogno ossessivo di ripetitività e l'intolleranza dei cambiamenti ambientali, e la presenza, disperse nella generale disabilità, di aree di competenza ipertrofica. La descrizione di Asperger differisce da quella Kanneriana per l'insistenza su una compromissione affettiva, tale per cui le capacità di sintonizzazione empatica ed intuizione affettiva dell'intenzionalità altrui sono sostituite da un rigido controllo intellettualistico degli scambi interpersonali, con conseguenti gravi difficoltà sociali e massiccio investimento di una dimensione egocentrica di interessi peculiari, talvolta inusuali. Questi aspetti si accompagnano ad una compromissione mimica e posturale e degli aspetti comunicativi non verbali, in assenza di un deficit cognitivo o linguistico, ad esclusione degli aspetti pragmatici del linguaggio, che risultano, invece, fortemente deficitari. La scelta stessa dei termini, sia in Kanner, che, ancor più, in Asperger, implica, tuttavia, ancora l'inquadramento dell'autismo nell'ambito dei fenomeni schizofrenici, come loro forma precoce o precocissima, in linea con quanto descritto in Italia da Sancte De Sanctis, a proposito della dementia precocissima, come forma precocissima di schizofrenia, chiamata all'epoca dementia praecox (5). L'autismo è quindi considerato la psicosi infantile per eccellenza, denominato schizofrenia infantile (6) e collocato, come tale, nella nosografia ufficiale dell'epoca (7; 8). La moderna nosografia dei disturbi pervasivi dello sviluppo, entro i quali l'autismo viene compreso, ha inizio con il passaggio al DSM-III (9), con la progressiva emancipazione ed infine la distinzione dell'autismo dalla schizofrenia e dalle psicosi in generale, l'introduzione del concetto di disturbi pervasivi dello sviluppo e di

Tabella 1 – Classificazione DSM IV-TR (APA, 2000)

<b>Disturbi Pervasivi dello Sviluppo</b>	
F84.0	Disturbo Autistico
F84.2	Disturbo di Rett
F84.3	Disturbo Disintegrativo dell'Infanzia
F84.5	Disturbo di Asperger
F84.9	Disturbo Pervasivo dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato (incluso l'Autismo Atipico)

una definizione criteriiale dell'autismo infantile, fortemente influenzata dai lavori di Rutter (10), che in parte riprende, formalizzandola, l'originaria descrizione di Kanner. Con il DSM-III-R (11) si passa dalla definizione di Autismo infantile a quella di Disturbo Autistico e da un approccio monotetico, per cui dovevano essere soddisfatti tutti i criteri diagnostici ad un approccio politetico, secondo il quale per poter formulare la diagnosi dovevano essere soddisfatti 8 criteri, di cui almeno due relativi alla compromissione qualitativa nell'interazione sociale reciproca ed almeno uno per ciascuno degli altri due domini, relativi alla comunicazione ed al repertorio di attività ed interessi. Con il DSM-IV (12) viene intrapreso un importante processo di revisione dell'approccio diagnostico, in riferimento anche all'approccio adottato nell'ICD-10 (13), con l'obiettivo di trovare un miglior equilibrio tra sensibilità e specificità della diagnosi e fornire una definizione del disturbo autistico ancora più flessibile ed orientata in senso evolutivo. La grande novità è rappresentata dall'inclusione nella categoria dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (PDD) oltre al Disturbo Autistico, del Disturbo di Asperger, la Sindrome di Rett ed il Disturbo Disintegrativo dell'infanzia. Come per il DSM-III ed il DSM-III-R, anche nel DSM-IV, è presente una categoria diagnostica sottosoglia, quella del Disturbo Pervasivo dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato, per i casi che, pur non rispondendo a tutti i criteri necessari per poter formulare una diagnosi di autismo, presentano alcune caratteristiche simili a quelle dell'autismo.

**Tabella 2 – Criteri diagnostici del Disturbo Autistico (dal DSM-IV-TR)**

A. Un totale di 6 (o più) voci da (1), (2), e (3), con almeno 2 da (1), e uno ciascuno da (2) e (3):

*1. compromissione qualitativa dell'interazione sociale, manifestata con almeno 2 dei seguenti:*

- a. marcata compromissione nell'uso di svariati comportamenti non verbali, come lo sguardo diretto, l'espressione mimica, le posture corporee e i gesti, che regolano l'interazione sociale
- b. incapacità di sviluppare relazioni coi coetanei adeguate al livello di sviluppo
- c. mancanza di ricerca spontanea della condivisione di gioie, interessi o obiettivi con altre persone (per es., non mostrare, portare, né richiamare l'attenzione su oggetti di proprio interesse)
- d. mancanza di reciprocità sociale o emotiva.

*2. compromissione qualitativa della comunicazione come manifestato da almeno 1 dei seguenti:*

- a. ritardo o totale mancanza dello sviluppo del linguaggio parlato (non accompagnato da un tentativo di compenso attraverso modalità alternative di comunicazione come gesti o mimica)
- b. in soggetti con linguaggio adeguato, marcata compromissione della capacità di iniziare o sostenere una conversazione con altri
- c. uso di linguaggio stereotipato e ripetitivo o linguaggio eccentrico
- d. mancanza di giochi di simulazione vari e spontanei, o di giochi di imitazione sociale adeguati al livello di sviluppo;

*3. modalità di omportamento, interessi e attività ristretti, ripetitivi e stereotipati, come manifestato da almeno 1 dei seguenti:*

- a. dedizione assorbente ad uno o più tipi di interessi ristretti e stereotipati anomali o per intensità o per focalizzazione
- b. sottomissione del tutto rigida ad inutili abitudini o rituali specifici
- c. manierismi motori stereotipati e ripetitivi (battere o torcere le mani o il capo, o complessi movimenti di tutto il corpo)
- d. persistente ed eccessivo interesse per parti di oggetti;

B. Ritardi o funzionamento anomalo in almeno una delle seguenti aree, con esordio prima dei 3 anni di età:

- (1) interazione sociale, (2) linguaggio usato nella comunicazione sociale, o (3) gioco simbolico o di immaginazione.
- C. L'anomalia non è meglio attribuibile al Disturbo di Rett o al Disturbo Disintegrativo della Fanciullezza.

## LA DIAGNOSI DI AUTISMO NEL DSM-5

Fino alla pubblicazione del DSM-5 (14), la diagnosi di autismo veniva, quindi, formulata facendo riferimento ai criteri del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV-TR), redatto dall'American Psychiatric Association (15). La nosografia ufficiale includeva il Disturbo Autistico tra i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, intesi come un ampio ed eterogeneo complesso di disturbi precoci e globali, che si manifestano con uno sviluppo anomalo o ritardato e, quindi, con una chiara deviazione dalla norma, in ogni ambito specifico dello sviluppo e nell'integrazione complessiva della personalità (Tabella 1). Il disturbo autistico veniva definito come una sindrome comportamentale, ad esordio entro i tre anni di età,

caratterizzata da una grave compromissione qualitativa dell'interazione sociale e della comunicazione verbale e non verbale e modalità di comportamento, interessi ed attività ristretti, ripetitivi e stereotipati (Tabella 2).

Nell'ultima versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) (14), il disturbo dello spettro dell'autismo è inserito nell'ambito dei cosiddetti disturbi del neurosviluppo, ovvero un gruppo di condizioni, tra cui, per esempio la disabilità intellettiva, i disturbi della comunicazione, o il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività, che si manifestano, spesso in concomitanza tra loro, nelle prime fasi dello sviluppo del bambino, con deficit che causano una significativa compromissione del funzionamento personale, sociale,

**Tabella 3 Criteri diagnostici del Disturbo dello Spettro dell'Autismo secondo il DSM-5**

A. Deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale in molteplici contesti, come manifestato dai seguenti elementi, presenti attualmente o nel passato:

1. Deficit della reciprocità socio-emotiva, da un approccio sociale anomalo ed insuccesso nella reciprocità normale della conversazione ad una ridotta condivisione di interessi, emozioni o sentimenti, fino alla totale mancanza di iniziativa nelle interazioni sociali.
2. Deficit dei comportamenti comunicativi non verbali utilizzati per l'interazione sociale, da una scarsa integrazione della comunicazione verbale e non verbale, con anomalie nel linguaggio del corpo e nel contatto visivo o deficit nell'utilizzo e nella comprensione della comunicazione gestuale, fino ad una totale mancanza di espressività facciale e di capacità di comunicazione gestuale.
3. Deficit dello sviluppo, gestione e comprensione di relazioni sociali, da una difficoltà ad adeguare il comportamento ai diversi contesti sociali, alle difficoltà nella condivisione del gioco immaginativo o nello stringere amicizia, fino all'assenza di interesse per i coetanei.

B. Pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi, come manifestato da almeno due dei seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato:

1. Movimenti, uso degli oggetti o linguaggio stereotipati o ripetitivi (quali ad esempio stereotipie motorie semplici, ecolalia, allineare o capovolgere oggetti, utilizzo di frasi idiosincratiche).
2. Mancanza di flessibilità ed insistenza sulla immodificabilità ambientale, con eccessiva aderenza alla routine o rituali di comportamento verbale o non verbale (quali, per esempio, intolleranza a minimi cambiamenti, necessità di fare la stessa strada o mangiare lo stesso cibo ogni giorno, difficoltà nelle fasi di transizione, schemi di pensiero rigidi, modalità rituali di saluto).
3. Interessi ristretti e ripetitivi, anomali per intensità o profondità (quali, per esempio forte attaccamento o intensa preoccupazione per oggetti insoliti, interessi eccessivamente limitati o persistenti).
4. Iper- o iporeattività agli stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente (come, per esempio, apparente indifferenza al dolore o alla temperatura, risposte avverse nei confronti di suoni o specifiche consistenze, toccare o annusare oggetti in modo eccessivo, eccessiva attrazione per luci o movimento di oggetti).

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

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

E. Queste alterazioni non sono meglio spiegate da disabilità intellettiva o da ritardo globale dello sviluppo. La disabilità intellettiva ed il disturbo dello spettro dell'autismo spesso sono presenti in modo concomitante; per porre una diagnosi di comorbidità di disturbo dello spettro dell'autismo e di disabilità intellettiva, il livello di comunicazione sociale deve essere inferiore rispetto a quanto atteso per il livello di sviluppo generale.

scolastico ed, in seguito, lavorativo.

La *Tabella 3* riporta i criteri diagnostici del DSM-5 per il Disturbo dello Spettro dell'Autismo.

Il DSM-5 prevede, quindi, una unica categoria diagnostica, il disturbo dello spettro dell'autismo comprendente i disturbi precedentemente classificati nel DSM-IV-TR come Disturbo Autistico, Sindrome di Asperger, Disturbo Disintegrativo dell'Infanzia e Disturbo Pervasivo dello

Sviluppo Non Altrimenti Specificato. La sindrome di Rett viene esclusa, in quanto quadro riconducibile a specifiche alterazioni genetiche ed a differente espressione fenotipica, con una presenza lieve e comunque limitata nel tempo di comportamenti autistici. L'autismo viene concettualizzato come "spettro", ovvero continuum di condizioni ad espressione variabile, caratterizzate dalla presenza di alcuni sintomi core. Si tratta, quindi, di un

complesso eterogeneo di disturbi che possono manifestarsi con un'ampia variabilità di espressione fenotipica, caratterizzati da una compromissione clinicamente significativa a carico di due domini specifici, quello della comunicazione sociale e dell'interazione sociale e quello dei pattern di comportamento, interessi, o attività ristretti e ripetitivi. Il DSM-5 introduce, quindi, una concettualizzazione dell'autismo bifattoriale, nella quale i deficit nella comunicazione sono intrinsecamente legati ai deficit nella sfera sociale, ed il ritardo e le atipie nello sviluppo del linguaggio non sono più considerati un sintomo caratteristico, quanto piuttosto un fattore che influenza l'espressione del disturbo. Con l'obiettivo di fornire una definizione di autismo più rigorosa e meno flessibile della precedente, cui sappiamo essere corrisposto negli anni un drammatico incremento nella prevalenza dei casi di autismo, nel DSM-5, il dominio socio-comunicativo (*Tabella 3* - criterio A) è divenuto monotetico, mentre quello dei comportamenti ristretti e ripetitivi (*Tabella 3* - criterio B) è rimasto politetico, ovvero per soddisfare i criteri per la diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo, devono essere presenti tutti e tre i sintomi relativi al dominio A ed almeno due dei quattro sintomi relativi al dominio B. In questa prospettiva, con il passaggio al DSM-5, si assiste ad una drastica riduzione delle possibili combinazioni di sintomi, che potrebbero corrispondere ad una diagnosi di autismo, dalle oltre 2000 combinazioni del DSM-IV alle meno di 20 del DSM-5 (16). Per soddisfare il criterio B il pattern di comportamenti, interessi o attività ristretti e ripetitivi possono essere attuali, oppure chiaramente presenti nell'infanzia o in un dato momento nel passato. Quando le stereotipie sono molto intense e causano autolesionismo oltre alla diagnosi di Disturbo dello spettro dell'autismo può essere codificata anche la diagnosi di Disturbo da Movimento Stereotipato. Inoltre, qualora il livello di disattenzione ed iperattività-impulsività ecceda quanto riferibile ad una diagnosi di disturbo dello spettro dell'autismo anche una diagnosi di Disturbo da

deficit dell'attenzione ed iperattività (ADHD) può essere codificata in aggiunta. Si stima che fino al 70% dei casi di Disturbo dello spettro dell'autismo possa presentarsi in comorbidità con un altro disturbo mentale ed il 40% dei casi con due o più disturbi mentali. Per quanto riguarda i sintomi relativi ai singoli domini un elemento di novità, introdotto dal DSM-5, è rappresentato dalla iper o iporeattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente. Con il progredire della ricerca, i crescenti correlati neurofisiologici e di neuroimaging hanno fornito preziose indicazioni circa il singolare rapporto che si stabilisce tra un soggetto autistico, il suo corpo ed il suo mondo. È noto come nei soggetti con disturbo dello spettro autistico l'alterazione dei meccanismi di processazione ed associazione crossmodale delle informazioni sensoriali è alla base di differenti profili sensoriali, visuo-spaziali e di pianificazione motoria, con aspetti di ipo o iperreattività agli stimoli sensoriali, che condizionano modalità interattive e patterns comportamentali (17). L'assenza di una armonia percettiva, che normalmente consente di sintetizzare ed integrare le informazioni provenienti dal mondo interno ed esterno e renderne così facile l'utilizzazione a livello centrale, altera, infatti, anche la possibilità di costituire se stessi in uno spazio ambiente.

Nonostante l'obiettivo di affermare una definizione meno ampia e flessibile e più rigorosa dell'autismo, persiste, tuttavia, insita nel concetto stesso di spettro, la possibilità di includere nella diagnosi casi estremamente eterogenei, il cui profilo di funzionamento può essere meglio definito dall'utilizzo dei cosiddetti specificatori, introdotti sempre dal DSM-5, come descrittori di validità transdiagnostica, intesi, in qualche modo, a sostituire il sistema multiassiale precedente. I diversi tipi di specificatori dovrebbero essere registrati secondo un ordine preciso, che riflette la descrizione del disturbo, dall'eventuale presenza di un fattore eziologico riconoscibile alla definizione del profilo di funzionamento intellettuale verbale e non verbale, che può influenzare le caratteristiche diagnostiche e, più

specificatamente, nell'ordine seguente:

1. Associato ad una condizione medica o genetica nota o ad un fattore ambientale o ad un altro disturbo del neurosviluppo, mentale o del comportamento (per esempio un disturbo dello spettro dell'autismo associato ad una condizione medica nota, quale ad esempio l'epilessia, ad un disturbo genetico riconosciuto, come la Sindrome di Down, o all'esposizione a fattori ambientali documentati, quali ad esempio esposizione a valproato, sindrome feto-alcolica ecc.). Allo stesso modo deve essere specificata l'eventuale associazione con altri disturbi del neurosviluppo, quali, ad esempio, il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività o il disturbo dello sviluppo della coordinazione, o con altri disturbi mentali e del comportamento, quali disturbi da comportamento dirompente, disturbi depressivi, disturbi d'ansia, del sonno o della nutrizione.
2. Il livello di gravità del disturbo dello spettro dell'autismo viene definito in base al livello di supporto richiesto per ciascuno dei due ambiti della comunicazione sociale e dei comportamenti ristretti e ripetitivi, dal livello 1, equivalente a "è necessario un supporto" al livello 3 equivalente a "è necessario un supporto molto significativo".
3. Con o senza compromissione intellettiva associata: per una corretta interpretazione delle caratteristiche del disturbo risulta importante definire il livello di funzionamento cognitivo sia verbale che non verbale, identificando gli eventuali punti di forza e non solamente le aree di debolezza.
4. Con o senza compromissione del linguaggio associata: occorre valutare il livello di sviluppo del linguaggio, sia sul piano espressivo che della comprensione, specificando il livello di funzionamento raggiunto in termini di eloquio.
5. Con catatonia (si precisa che il periodo ritenuto a maggior rischio di comorbidità con la catatonia è quello dell'adolescenza).

Sempre nell'ambito dei disturbi del neurosviluppo e, più precisamente, tra i disturbi della comunicazione, il DSM-5 prevede una nuova categoria diagnostica il Disturbo della Comunicazione Sociale (pragmatica), i cui criteri sono illustrati nella *Tabella 4*. L'inclusione di questa nuova categoria deriva almeno in parte dalla perdita, con la transizione dal DSM-IV al DSM-5, della categoria diagnostica Disturbo Pervasivo dello Sviluppo non Altrimenti Specificato (PDD-NOS). I soggetti con Disturbo della Comunicazione Sociale pragmatica presentano, infatti, una compromissione clinicamente significativa per effetto di deficit persistenti nell'utilizzo a fini sociali delle capacità di comunicazione verbale e non verbale, in assenza di un repertorio di comportamenti, interessi o attività ristretti e ripetitivi, intolleranza per i cambiamenti ambientali o anomalie dei profili di funzionamento sensoriale, presenti attualmente o in un dato momento nel passato. In questo senso, per quanto concettualmente differente dalle forme lievi di disturbo dello spettro autistico e non codificata a questo scopo, all'interno di questa nuova categoria diagnostica potrebbero essere inquadrati molti dei casi precedentemente diagnosticati come Disturbi Pervasivi dello Sviluppo Non Altrimenti Specificati (PDD-NOS). (18).

È noto come le stime di prevalenza dei disturbi dello spettro autistico siano drammaticamente aumentate negli ultimi decenni, da 1 caso su 200 alla fine degli anni '90 a 1 caso su 86 nel 2007 ed 1 su 50 nel 2011-2012, con conseguente profondo impatto sui servizi di diagnosi e cura, ed in termini di costi sanitari e sociali (19). Resta dibattuto se tale aumento sia riconducibile ad un effettivo incremento della frequenza del disturbo, quanto piuttosto ad una maggior attenzione da parte di clinici e ricercatori per questa complessa area di disturbi, con l'applicazione di nuove metodologie di studio, ed il ruolo esercitato dall'introduzione del DSM-IV (1994), con il suo ampliamento dei criteri diagnostici e l'inclusione di un sempre maggior numero di casi sottosoglia.

Diversi studi hanno analizzato i possibili effetti, in

Tabella 4 – Disturbo della comunicazione sociale (pragmatica) secondo il DSM-5

A. Persistenti difficoltà nell'uso sociale della comunicazione verbale e non verbale come manifestato da tutti i seguenti fattori:

1. Deficit dell'uso della comunicazione a fini sociali, come salutarsi e scambiarsi informazioni, con modalità appropriate al contesto sociale.
2. Compromissione della capacità di adeguare le modalità di comunicazione al contesto o alle esigenze dell'ascoltatore, come, per esempio, parlare in modo diverso a seconda che ci si trovi in un'aula scolastica o in un parco giochi, ed a seconda che ci si rivolga ad un bambino oppure ad una persona adulta, saper evitare l'uso di un linguaggio troppo formale rispetto alle circostanze.
3. Difficoltà nel seguire le regole di una narrazione o in una conversazione, come, per esempio, rispettare le regole di turnazione in una conversazione,, saper cogliere i segnali verbali e non verbali per regolare l'interazione e riformulare una frase che è stata male interpretata.
4. Difficoltà nel comprendere ciò che non viene dichiarato esplicitamente (come per esempio saper fare inferenze) e i significati ambigui o non letterali del linguaggio (quali per esempio metafore, frasi umoristiche, idiomi, significati molteplici la cui interpretazione è variabile in funzione del contesto).

B. I deficit compromettono l'efficacia della comunicazione, della partecipazione sociale, delle relazioni sociali, del rendimento scolastico o delle prestazioni professionali, individualmente o in combinazione.

C. L'esordio dei sintomi avviene nel periodo precoce dello sviluppo (ma i deficit possono non rendersi pienamente evidenti fino a quando le esigenze di comunicazione sociale non eccedono le capacità limitate).

D. I sintomi non sono attribuibili a un'altra condizione medica o neurologica o a capacità limitate negli ambiti della struttura della parola e della grammatica, e non sono meglio spiegati da un disturbo dello spettro dell'autismo, disabilità intellettiva, ritardo globale dello sviluppo o da un altro disturbo mentale.

termini di sensibilità e specificità della diagnosi dei cambiamenti nei criteri diagnostici proposti dal DSM-5 rispetto al DSM-IV. La maggior parte degli studi sembra concorde nel rilevare una maggior specificità (riduzione dei falsi positivi nelle diagnosi), a fronte tuttavia di una minore sensibilità (aumento di falsi negativi) dei criteri diagnostici del DSM-5 rispetto al DSM-IV, con un effetto maggiore per alcuni sottogruppi, tra i quali i bambini piccoli, i soggetti senza disabilità cognitive (con un  $QI > 70$ ) e quelli che rispondono ai criteri del DSM-IV per il Disturbo generalizzato dello sviluppo non altrimenti specificato e per il Disturbo di Asperger (20; 22). Nella loro ricerca Volkmar e Mc Partland hanno utilizzato i dati raccolti nella prova sul campo del DSM-IV (23) e rilevato che il 60,6% dei soggetti che avevano ricevuto una diagnosi clinica di disturbo dello spettro autistico vedeva la propria diagnosi confermata anche con i nuovi criteri diagnostici introdotti dal DSM-5. La sensibilità risultava, tuttavia, variabile a seconda del sottotipo diagnostico, con

minori possibilità di soddisfare i criteri per le forme di autismo più lieve (disturbo di Asperger = 0,25; disturbo generalizzato dello sviluppo non altrimenti specificato = 0,28) rispetto alle forme di autismo classico (disturbo artistico = 0,76). Al contrario il 94,9% dei soggetti che non avevano ricevuto una diagnosi clinica risultava al di fuori dello spettro autistico, anche applicando i nuovi criteri diagnostici. Secondo Worley e Matson (24) sulla base dei criteri introdotti dal DSM-5 possono essere inclusi nella diagnosi soggetti con una compromissione maggiore rispetto a quelli diagnosticati precedentemente con i criteri del DSM-IV-TR. Frazier e collaboratori (2012) rilevano che fino al 12% dei soggetti che avevano ricevuto una diagnosi di disturbo dello spettro autistico, secondo il DSM-IV, non corrisponde ai criteri per la diagnosi del DSM-5, con una sensibilità inferiore, in particolare, per i soggetti di sesso femminile. La maggior enfasi data dal DSM-5 alla presenza di un repertorio di comportamenti ed interessi ristretti e ripetitivi può ridurre la possibilità di

formulare una diagnosi di disturbo dello spettro autistico soprattutto nella fascia di età 0-3 anni, quando questi sintomi possono non essere ancora presenti. Infatti secondo Matson e collaboratori (25) il 47,8% di bambini di 1-2 anni che corrispondeva ai criteri del DSM-IV-TR per una diagnosi di disturbo dello spettro autistico, non soddisfa i criteri del DSM-5. Sensibilità e specificità diagnostica risentono tuttavia dei diversi metodi di valutazione impiegati nei vari studi e dell'eventuale integrazione tra questi, con un sostanziale accordo rispetto al fatto che il resoconto dei genitori rappresenti, in genere, la fonte di informazione più attendibile e correlabile alla maggior sensibilità diagnostica.

### IMPLICAZIONI CLINICHE

L'introduzione del DSM-5 implica, quindi, importanti conseguenze nella pratica clinica, e la ricerca attuale sembra concorde nel prevedere maggiori difficoltà nella diagnosi delle forme cliniche più lievi ed, in particolare, nei soggetti ad alto funzionamento cognitivo (Smith, 2015). L'eliminazione del sottogruppo DPS-NAS precluderà il ricorso ad una diagnosi «interlocutoria», utile soprattutto nei bambini più piccoli, ed, in generale, la possibilità di includere casi sottosoglia, con il rischio di una esclusione da servizi sanitari e programmi di intervento, di soggetti che potrebbero trarne molto vantaggio.

Malgrado i progressi della ricerca e lo sviluppo di sempre maggiori conoscenze nell'ambito delle neuroscienze e della genetica non esistono ancora indicazioni sufficienti a definire una precisa nosografia dell'autismo. Rimane, infatti, proprio l'eterogeneità l'aspetto più saliente ed ampiamente condiviso di questa complessa area di disturbi, dall'infanzia all'età adulta, eterogeneità che interessa molteplici livelli di comprensione dell'autismo - eziologia (fattori causali), meccanismi eziopatogenetici, espressione fenotipica, evoluzione - e che ne complica l'interpretazione. Per quanto limitante, rispetto alla complessità del fenomeno, una classificazione diagnostica è necessaria per stabilire dei criteri diagnostici scientifi-

camente validi, per utilizzare un linguaggio comune e condiviso, per definire una prognosi, come presupposto per interventi terapeutici specifici e come riferimento per la ricerca. D'altro canto un'unica categoria diagnostica, concettualizzata come spettro comprenderà soggetti con caratteristiche cliniche molto diverse tra loro e ci si chiede se gli «specificatori» introdotti potranno garantire una sufficiente differenziazione all'interno dello spettro diagnostico. Perseguire una precisa tipizzazione diagnostica nell'ambito dello spettro autistico riveste, infatti, importanti implicazioni cliniche, in senso prognostico e terapeutico e nell'ambito della ricerca, per approfondire i complessi meccanismi eziopatogenetici sottostanti.

La valutazione diagnostica rappresenta, quindi, un processo articolato e complesso, fondato sul ricorso a metodologie diversificate, per la raccolta dei dati, per ottenere un maggior grado di affidabilità ed attendibilità e per superare un approccio diagnostico dicotomico categoriale, a favore di un approccio dimensionale, finalizzato alla definizione di specifici profili di sviluppo funzionale ed emozionale individuale ed alla caratterizzazione di patterns interattivi individuali e familiari.

Per i genitori affrontare una diagnosi di autismo significa rielaborare temi di lutto e ferita narcisistica, sentimenti di colpa, e di rabbia, divenire consapevoli ed accettare le peculiarità del profilo funzionale ed emozionale del bambino e sviluppare positive abilità di coping, mediante adattamenti funzionali ai suoi bisogni. È quindi importante che, fin dalla prima fase di valutazione diagnostica, i genitori siano coinvolti come primaria e preziosa fonte di informazione, circa le modalità di funzionamento del bambino, e partecipino attivamente come alleati in un processo che consente una definizione approfondita ed una progressiva presa di coscienza del profilo di funzionamento del bambino, ricercandone punti di forza e di debolezza, ed è presupposto indispensabile per definire non solo la diagnosi/prognosi ma anche le modalità di intervento.

(1) *Struttura Complessa Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza ASST Fatebenefratelli-Sacco Milano*  
email: [maura.rossi@asst-fbf-sacco.it](mailto:maura.rossi@asst-fbf-sacco.it)

## BIBLIOGRAFIA

1. Kanner L., *Autistic Disturbances of Affective Contact* (1943), in Kanner L., *Childhood Psychosis: initial studies and new insights*. VH Winston: Washington 1973.  
Tr. It. Disturbi autistici e contatto affettivo. *Psicoterapia e scienze umane*, 1989; n. 2.
2. Bleurer E., *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Franz Deuticke, Leipzig-Wien, 1911.  
Trad. It. *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1985.
3. Minkowski E., *La Schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*. Payot, Paris, 1927; 2a ed. ampliata 1953. Trad. It. *La schizofrenia*. Psicopatologia degli schizoïdi e degli schizofrenici, Introduzione di S. Mištura, Einaudi, Torino, 1998.
4. Asperger H., *Die "Autistischen Psychopathen" im Kindesalter*. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1944; 117: 76-136.
5. De Sanctis S., *Tratti da Conoscenza ed Esperienza in una prospettiva psicologica*. Edizioni Scientifiche Magi, Roma, 1908, 125-126.
6. Bender L., *One hundred cases of childhood schizophrenia treated with electric shock*. *Transactions of the American Neurological Association*, 1947; 72:165-169.
7. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, I ed.* The Association Press, Washington D.C., 1952.
8. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, II ed.* The Association Press, Washington D.C., 1968.
9. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, III ed.* The Association Press, Washington D.C., 1980. trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, III ed.*, Masson, Milano, 1983.
10. Rutter M., *Diagnosis and definition*, in Rutter M., Shopler E. (a cura di) *Autism: a Reappraisal of Concepts and Treatment*. Plenum Press, New York, 1978.
11. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th ed.* American Psychiatric

- Association, Washington, D.C., 1987.
12. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.* American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994.
  13. *ICD-10 Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali* – Edizione italiana a cura di Kemali D., Maj M., Catapano F., Lobracc S., Magliano L., 1992 OMS, Masson S.p.A.
  14. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.* American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2013.
  15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.* Text Revision (DSM-IV-TR), 2000. Edizione Italiana, Masson, Milano, 2002.
  16. Volkmar F.R., McPartland J.C., *From Kanner to DSM-5: Autism as an Evolving Diagnostic Concept.* Annual Review of Clinical Psychology, 10: 193-212, 2014. Edizione italiana a cura di Giacomo Vivanti La diagnosi di Autismo da Kanner al DSM-5. Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A., 2014.
  17. Tomchek S.D., Dunn W., *Sensory processing in children with and without autism: a comparative study using the short sensory profile.* Am J Occup Ther., 2007; 61(2):190-200.
  18. Swineford L.B., Thurm A., Baird G., Wetherby A.M., Swedo S., *Social (pragmatic) communication disorder: a research review of this new DSM-5 diagnostic category.* J Neurodevelopmental Disorders, 2014; 6: 41.
  19. Centers for Disease Control and Prevention, *New data on autism spectrum disorders.* www.cdc.gov/Features/CountingAutism/ Accessed January 23, 2013.
  20. Jones K.D., *A critique of the DSM-5 field trials.* The Journal of Nervous and Mental Disease, 2012; 200: 517-519.
  21. Regier D.A., Narrow W.E., Clarke D.E., Kraemer H.C., Kuramoto S.J. et al., *DSM-5 field trials in the United States and Canada. Part II: Test-retest reliability of selected categorical diagnoses.* The American Journal of Psychiatry, 2013; 170: 59-70.
  22. Smith I.C., Reichow B., Volkmar F.R., *The effects of DSM-5 criteria on Number of Individuals Diagnosed with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review.* J Autism Dev Disord., 2015; 45: 2541-2552.
  23. McPartland J.C., Reichow B., Volkmar F.R., *Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder.* J of Am Academy of Child and Adol Psychiatry, 2012; 51: 368-383.
  24. Worley J.A., Matson J.L., *Comparing symptoms of autism spectrum disorders using the current DSM-IV-TR diagnostic criteria and the proposed DSM-5 diagnostic criteria.* Research in Autism Spectrum Disorders, 2012; 6: 965-970.
  25. Matson J.L., Kozlowski A.M., Hattier M.A., Horovitz M., Sipes M., *DSM-IV versus DSM-5 diagnostic criteria for toddlers with autism.* Dev Neurorehabilitation, 2012; 15: 185-190.

## 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](mailto: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](mailto: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