



SPETTRO AUTISTICO NELL'ADULTO, PROGETTI DI RICERCA E DI MIGLIORAMENTO CLINICO

PROF. DOMENICO BERARDI

DOTT.SSA CLAUDIA LUCIANO

ALMA MATER STUDIORUM UNIVERSITA' DI BOLOGNA

IL CASO DI MASSIMILIANO...

Facciata da lord inglese

Linguaggio forbito

Atteggiamento formale e manierato

Non guarda negli occhi

Affettivamente distaccato ed ipercontrollato

Aspetta che siano gli altri a porgli delle domande piuttosto che iniziare spontaneamente una conversazione

Argomento non di interesse: risposta poco articolata, vaga e con un grosso tempo di latenza

Argomento di interesse: fornisce dettagli eccessivi, senza curarsi che vengano compresi



**COMUNICAZIONE
SOCIALE**



**Deficit
comunicazione
non verbale, usata
per l'interazione
sociale**



**Deficit negli
scambi socio-
emozionali**

IL CASO DI MASSIMILIANO...

Relazioni sociali limitate e prive di
compartecipazione emotiva

Due ragazzi che incontra
separatamente l'uno dall'altro

In mezzo ai coetanei totalmente fuori
contesto

Grossa difficoltà ad inserirsi nel
gruppo dei pari...comportamenti per
cui gli altri finivano per isolarlo

Gli altri giocavano a basket, lui girava
sul campo con i pattini

Con gli adulti, molto adeguato

Relazioni sentimentali totalmente
assenti e non cercate



**INTERAZIONE
SOCIALE**



**Deficit nello
sviluppo e nel
mantenimento
delle relazioni
sociali**

IL CASO DI MASSIMILIANO...

Grandi hobbies : Manga giapponesi e videogames che colleziona, vende e scambia..

Interesse altamente specifico per i prezzi, i numeri, le offerte

Non esce mai dalla sua routine e i cambiamenti lo disturbano

Ipersensibilità al rumore

COMPORAMENTI ED INTERESSI RISTRETTI E RIPETITIVI

Interessi fissi ed altamente ristretti

Eccessiva aderenza alle routine ed eccessiva resistenza ai cambiamenti

Iper-reattività a stimoli sensoriali

IL CASO DI DAVIDE...

Difficoltà sul piano del pensiero logico ed astratto

Espressione delle proprie istanze, dei propri pensieri e dei propri vissuti, coartata

Tono di voce basso e piatto

Sorriso stereotipato

Eloquio spontaneo difficoltoso

Manca del senso comune

Prende le cose alla lettera



IL CASO DI DAVIDE...

Difficoltà comportamentali in un quadro di globale inibizione

Isolamento sociale

Evitamento dei compagni nella condivisione delle attività in aula e nei momenti più informali

Ansia nella realtà extra-familiare

Tendenza al ritiro

Incapacità di integrarsi con i pari e di stabilire dei legami significativi



IL CASO DI DAVIDE...

Aspetti di tipo ossessivo

Molto assorbito dall'interesse per i trenini

Costruzione di un plastico che sembra protrarsi in maniera indefinita nel tempo

Estremamente preciso e metodico

Pensiero rigido

Fatica a tollerare l'uscita da determinati schemi e dalla sua routine quotidiana

Vive con estremo disagio le situazioni nuove

COMPORAMENTI ED INTERESSI RISTRETTI E RIPETITIVI

Interessi fissi ed altamente ristretti

Eccessiva aderenza alle routine ed eccessiva resistenza ai cambiamenti

Iper-reattività a stimoli sensoriali

THE AUTISTIC CONTINUUM

Item	Manifestations†			
	Tend to be seen in the most severely disabled			Tend to be seen in the least severely disabled
Social interaction	(1) Aloof and indifferent	(2) Approaches for physical needs only	(3) Passively accepts approaches	(4) Makes bizarre one-sided approaches
Social communication (verbal and non-verbal)	(1) No communication	(2) Needs only	(3) Replies if approached	(4) Spontaneous, but repetitive, one-sided, odd
Social imagination	(1) No imagination	(2) Copies others mechanically	(3) Uses dolls, toys correctly but limited, uncreative, repetitive	(4) Acts out one theme (eg, Batman) repetitively; may use other children as "mechanical aids"
Repetitive pattern of self chosen activities	(1) Simple, bodily directed (eg, face tapping, self injury)	(2) Simple, object directed (eg, taps, spins, switches lights)	(3) Complex routines, manipulation of objects, or movements (eg, bedtime ritual, lining up objects, attachment to objects, whole body movements)	(4) Verbal, abstract (eg, timetables, movements of planets, repetitive questioning)
Language—formal system	(1) No language	(2) Limited—mostly echolalic	(3) Incorrect use of pronouns, prepositions; idiosyncratic use of words or phrases; odd constructions	(4) Grammatical but long winded, repetitive, literal interpretations
Responses to sensory stimuli (oversensitive to sound, fascinated by lights, touches, tastes, self spinning; smells objects or people; indifferent to pain, heat, cold, etc)	(1) Very marked	(2) Marked	(3) Occasional	(4) Minimal or absent
Movements (flaps, jumps, rocks, tiptoe walking, odd hand postures, etc)	(1) Very marked	(2) Marked	(3) Occasional	(4) Minimal or absent
Special skills (manipulation of mechanical objects; music; drawing; mathematics; rote memory; constructional skills, etc)	(1) No special skills	(2) One skill better than others, but all below chronological age	(3) One skill around chronological age—rest well below	(4) One skill at high level well above chronological age, very different from other abilities

LA PREVALENZA DELL' AUTISMO, È AUMENTATA?!

Per lungo tempo il disturbo autistico è stato l'unico sottotipo riconosciuto ed era considerato raro

0,4 casi per 10.000 persone

Nel tempo questa prevalenza è aumentata progressivamente fino ad attestarsi ad oggi su una prevalenza pari a circa

100 casi per 10.000 persone

Tale aumento di prevalenza è dovuto proprio all'introduzione del concetto di **SPETTRO AUTISTICO** che considera anche forme lievi e più sfumate del disturbo, inclusi casi ad alto funzionamento, accanto ai soli casi di Autismo nucleare

Epidemiology of Autism spectrum Disorders in Adults in the Community in England. Brugha TS. Arch Gen Psychiatry 2011; 68(5):459-466

Diagnosis of Autism. Baird G. BMJ 2003; 327:488-93

The Autistic Spectrum Disorders. Rapin I. N Engl J Med, 2002. Vol 347, No.5

Epidemiology of Autism Spectrum Disorders in Adults in the Community in England

Traolach S. Brugha, MD(NUI), FRCPsych; Sally McManus, MSc; John Bankart, MSc, PhD; Fiona Scott, PhD, CPsychol; Susan Purdon, MSc, PhD; Jane Smith, BSc; Paul Bebbington, PhD, FRCPsych; Rachel Jenkins, MD, FRCPsych; Howard Meltzer, PhD

Table 1. Weighted Cumulative Estimates of Respondents per 1000 Population for ADOS-4 Cut-offs

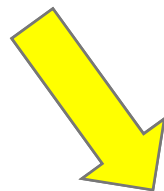
ADOS-4 Cut-off	Unweighted Base (n = 2828)	Weighted Base (n = 7333)	Weighted Estimate Rate per 1000 Population (95% CI)
≥7	32	108	14.7 (7.0-22.5)
≥8	26	88	12.0 (4.9-19.1)
≥9	20	75	10.2 (3.4-17.0)
≥10 ^a	19	72	9.8 (3.0-16.5)
≥11	16	65	8.9 (2.2-15.5)
≥12	12	47	6.4 (0.6-12.3)
≥13	10	44	6.0 (0.2-11.8)

**PREVALENZA
ASD negli
ADULTI: 1%**
ma la maggior
parte **NON**
vengono
RICONOSCIUTI

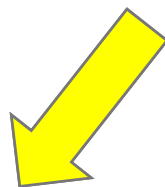
CRESCERE LA PREOCCUPAZIONE PER L'AUTISMO IN ETÀ ADULTA...

Elevata prevalenza di Disturbi dello Spettro Autistico

Elevata percentuale di quadri misconosciuti



Aumentata attenzione per il riconoscimento e la gestione dei Disturbi dello Spettro Autistico nell'adulto



Linee Guida Nazionali (ISS)

Linee Guida Regionali (PRIA)



Ministero della Salute

Tavolo nazionale di lavoro sull'autismo

RELAZIONE FINALE

- Occorre diffondere la consapevolezza che l'autismo è un problema che riguarda l'intero ciclo della vita. Più di una ricerca condotta in vari territori regionali segnala il crollo numerico delle diagnosi di autismo dopo i 18 anni. La situazione delle persone adulte affette da autismo è fortemente condizionata dalla carenza grave di servizi, di progettualità e programmazione per il futuro che produce troppo spesso un carico esorbitante per le famiglie con il rischio di perdita di autonomie e abilità faticosamente raggiunte, di abusi di interventi farmacologici per sopperire alla mancanza di idonei interventi psicoeducativi o di adeguata organizzazione dei contesti e degli spazi vitali, di istituzionalizzazioni fortemente segreganti in quanto puramente custodialistiche e restrittive. Vi è quindi l'esigenza di una presa in carico che si muova per tutto l'arco della vita delle persone con autismo, dall'infanzia all'età adulta e anziana.

LA PROPOSTA SCATURITA DAI LAVORI DEL TAVOLO AUTISMO

- definire un modello organizzativo imperniato sulla rete complessiva dei servizi che preveda l'implementazione di funzioni operative specificatamente formate ed orientate alle problematiche dell'Autismo e l'individuazione, in ogni Regione, di centri di riferimento con consolidate competenze ed esperienze a supporto dell'attività svolta dai Servizi territoriali e in continuo raccordo con gli stessi e le famiglie, con i seguenti obiettivi:
3. favorire la crescita di percorsi di continuità, sia diagnostica che di presa in carico e trattamento, tra Servizi di Neuropsichiatria Infantile e quelli di Psichiatria degli Adulti accrescendo le competenze dei Dipartimenti di Salute Mentale potenziando gli ambiti comuni di lavoro;
- favorire un coordinamento tra tutte le aree sanitarie coinvolte : le Neuropsichiatrie infantili, i Servizi di Psichiatria dei Dipartimenti di Salute Mentale, la rete complessiva della Pediatria (ospedaliera e di libera scelta) anche per programmi di screening precoci e la Medicina di Base;

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Oggetto: PROGRAMMA REGIONALE INTEGRATO PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE ALLE PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO (PRIA): OBIETTIVI 2011-2013

Cod.documento GPG/2011/1080

Obiettivi PRIA per il triennio 2011-2013

3. Età adulta

Per quanto riguarda l'età adulta e le delicate fasi di "passaggio" tra adolescenza e età adulta e di conseguenza tra servizi di NPIA e Psichiatria/Servizi Sociali-H adulti, si richiederà alle AUSL di produrre una programmazione per il prossimo triennio, conseguente a quanto già contenuto nel PRIA 2008; nel 2011 verranno date indicazioni per il supporto a tale programmazione, a partire da esperienze già in atto in alcune realtà aziendali, che potranno rappresentare buone pratiche da estendere alla realtà regionale, ad esempio mediante la ricognizione dei casi di autismo in carico presso i servizi per gli adulti.

IMPEGNI DELLO SPOKE DI BOLOGNA

PRI-A

2011-2013

	2011	2012	2013
1. Mettere a fuoco un percorso autismo che utilizzi in modo razionale e sinergico tutte le risorse presenti nella provincia di Bologna; tale percorso deve essere monitorabile in tempo “quasi reale” grazie ad una cartella clinica informatizzata e condivisa da tutti i nodi della rete			
2. Utilizzare un Protocollo di valutazione diagnostica condiviso tra Ospedale Maggiore, Clinica Neurologica e Casa del Giardiniere – Polo Tecnologico Regionale Corte Roncati.			
3. Collegare la diagnosi al progetto psicoeducativo abilitativo definendo modalità condivise tra i tre Centri che fanno diagnosi per evitare di dare alle famiglie indicazioni contraddittorie e/o non praticabili da parte dei Servizi NPIA territoriali			
4. Pubblicare un bando/capitolato per l’acquisizione di Educatori Professionali specializzati per l’autismo (competenze cognitivo comportamentali)			
5. Sviluppare sinergie tra Casa del Giardiniere, Area Ausili e Centro Regionale Disabilità Linguistiche e Cognitive per utilizzare al massimo le potenzialità del Polo Tecnologico Regionale Corte Roncati, sia per la valutazione diagnostica che per l’elaborazione del progetto psicoeducativo abilitativo.			
6. Definire e attuare le sinergie fra team specialistici dello spoke autismo e UOS NPIA territoriali			
7. Implementare la collaborazione con la Scuola anche con l’adozione di strumenti tecnologici innovativi			
8. Definire modalità operative anche per gli adolescenti e gli adulti con autismo			
9. Migliorare la collaborazione con i Pediatri di Libera Scelta			

LA NOSTRA ESPERIENZA NELL'AREA OVEST DI BOLOGNA

IL METODO

Protocollo Operativo
di Continuità delle
Cure

L'IDEA

Visti i dati della letteratura,
rintracciare tra i nostri
pazienti potenziali Disturbi
dello Spettro Autistico
misconosciuti

CSM Ovest - NPIA Ovest protocollo operativo di continuità delle cure

PROTOCOLLO OPERATIVO

per garantire la

CONTINUITÀ DI CURA

alle Persone Disabili nel passaggio dall'età evolutiva a quella adulta

tra

NPIA (Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza)

USSI D.A. (Unità Socio Sanitarie Integrate Disabili Adulti)

CSM (Centri di Salute Mentale)

RIABILITAZIONE ADULTI



- NPIA invia annualmente lista degli utenti che compiranno 18 anni corredata di relazione clinica.
- I casi segnalati non vanno intesi come passaggi precoci ma come creazione prevedente di una continuità terapeutica.
- I casi vengono discussi in incontri programmati e regolari tra le due equipe.
- Nei casi di doppia o tripla assegnazione alla riunione partecipa USSI e/o Sert.
- Follow-up annuale dei casi.

- Prevenire drop-out
- Dare continuità alla gestione di psicosi e disturbi di personalità ad esordio precoce
- Dare assistenza a patologie infantili (autismo, ADHD, ecc..) che hanno conseguenze nell'età adulta



NUMERO CASI DI CONTINUITA'

☐ Bacino d'utenza Area Ovest di Bologna:
200.000 abitanti

☐ Numero pazienti in carico nel 2011 ai Servizi di NPIA Bo Ovest: 1.485

☐ Numero casi di continuità dal 2009 ad oggi:
22

☐ Molti casi vengono inviati al Servizio Disabili o ai Servizi Sociali

BATTERIA VALUTATIVA

Diagnosi clinica: Criterio A della diagnosi di Disturbo Autistico secondo il DSM IV

Strumenti auto-somministrati:

AQ (Autism Spectrum Quotient) : l'80% dei pazienti dello spettro autistico ottiene punteggi <31.

Strumenti etero- somministrati:

CHECKLIST di CARATTERISTICHE TIPICHE dei pazienti ADULTI con TRATTI APPARTENENTI ALLO SPETTRO AUTISTICO estrapolato dalle linee guida n. 98 della **Scottish Intercollegiate**

Guidelines Network (SIGN): compilata dallo psichiatra di riferimento in base ad una serie di caratteristiche cliniche che indagano la tre aree tipicamente compromesse nei pazienti afferenti allo spettro autistico

Strumenti aggiuntivi eventualmente somministrabili se vi è l'indicazione clinica:

OPCRIT (operational criteria versione psicosi): applica criteri diagnostici multipli operativi nello studio delle malattie psicotiche.

SCID II : intervista semistrutturata realizzata in modo da formulare una diagnosi relativa ai principali disturbi di asse II del DSM IV

Stiamo apprendendo le tecniche di somministrazione di Strumenti Valutativi scientificamente scientificamente validati, come **ADOS Mod 4** e **ADI-R** in modo da effettuare una diagnosi corretta.

warnings of possible ASD in adolescents

Warning signs

General picture

- long standing difficulties in social behaviours, communication and coping with change, which are more obvious at times of transition (eg change of school, leaving school)
- significant discrepancy between academic ability and 'social' intelligence, most difficulties in unstructured social situations, eg in school or work breaks
- difficulty forming and maintaining friendships with peers

Language, non-verbal skills and social communication

- problems with communication, even if wide vocabulary and normal use of grammar. May be unduly quiet, may talk at others rather than hold a to and fro conversation, or may provide excessive information on topics of own interest
- unable to adapt style of communication to social situations eg may sound like 'a little professor' (overly formal), or be inappropriately familiar
- may have speech peculiarities including 'flat', unmodulated speech, repetitiveness, use of stereotyped phrases
- may take things literally and fail to understand sarcasm or metaphor
- unusual use and timing of non-verbal interaction (eg eye contact, gesture and facial expression)

Social problems

- difficulty making and maintaining peer friendships, though may find it easier with adults or younger children
- can appear unaware or uninterested in peer group 'norms', may alienate by behaviours which transgress 'unwritten rules'
- preference for solitude, or preference for structured situations on own space

Rigidity in thinking and behaviour

- preference for highly specific, narrow interests or hobbies, or may enjoy collecting, numbering or listing
- strong preferences for familiar routines, may have repetitive behaviours or intrusive rituals
- problems using imagination eg in writing, future planning
- may have unusual reactions to sensory stimuli eg sounds, tastes, smell, touch, hot or cold

GRIGLIA DI VALUTAZIONE PER PAZIENTI CON SOSPETTI TRATTI APPARTENENTI ALLO SPETTRO AUTISTICO

NOME PAZIENTE

A) QUADRO GENERALE

1. Persistenti difficoltà nei comportamenti sociali, nella comunicazione e nell'adattabilità ai cambiamenti, che diventano marcatamente evidenti nei momenti di passaggio quali ad esempio il cambio o la fine della scuola.
si forse no
2. Discrepanza significativa tra le abilità scolastiche o lavorative e l'intelligenza 'sociale' con maggiori difficoltà nelle situazioni sociali non strutturate, come ad esempio nell'intervallo scolastico o nella pausa a lavoro
si forse no
3. Socialmente 'naive', manca del senso comune, non è indipendente come i pari
si forse no

B) LINGUAGGIO, ABILITA' NON VERBALI E COMUNICAZIONE SOCIALE

1. Problemi nella comunicazione, nonostante un ampio vocabolario e un utilizzo corretto della grammatica. Può essere eccessivamente silenzioso oppure può parlare agli altri piuttosto che gestire una conversazione con scambi dalle due parti, oppure può fornire dettagli eccessivi su argomenti inerenti a suoi interessi specifici
si forse no
2. Non in grado di adattare il proprio stile comunicativo alle situazioni sociali, ad esempio potrebbe apparire eccessivamente formale (un piccolo professore) o familiare in maniera inappropriata
si forse no
3. Anomalie nel linguaggio che può essere 'piatto', non modulato, ripetitivo e con utilizzo di frasi stereotipate
si forse no
4. Prende le cose alla lettera e non è in grado di comprendere il sarcasmo o le metafore
si forse no
5. Modi e tempi dell'interazione non verbale inappropriati (es. contatto visivo, gestualità, espressioni facciali)

C) INTERAZIONI SOCIALI

1. Difficoltà nell'intraprendere e mantenere rapporti di amicizia con i pari, mentre potrebbe risultare più facile rapportarsi con adulti o con i più piccoli
si forse no
2. Può sembrare inconsapevole o disinteressato alle 'norme' del gruppo dei pari e può alienarsi dal gruppo attraverso comportamenti che trasgrediscono alle 'regole non scritte'
si forse no
3. Manca la consapevolezza (rispetto) dello spazio personale degli altri oppure è intollerante alle intrusioni del proprio spazio
si forse no

D) PENSIERO E COMPORAMENTI RIGIDI

1. Predilige interessi o hobbies altamente specifici e ristretti o gradisce collezionare, numerare o fare delle liste
si forse no
2. Forte preferenza per le routine familiari e potrebbe avere comportamenti ripetitivi o rituali intrusivi
si forse no
3. Problemi nell'utilizzo dell'immaginazione, come ad esempio nello scrivere oppure nel fare piani per il futuro
si forse no
4. Reazioni inusuali a stimoli sensoriali come suoni, odori, sapori, stimoli tattili o sensazioni di caldo o freddo

- Senso di giustizia spiccato e riferimento a regole sociali generiche piuttosto che lettura del caso specifico

si forse no

- Compimento dell'iter scolastico e suo utilizzo successivo

si forse no

- Attività lavorativa e interesse per il lavoro

si forse no

- Mondi alternativi mutuati da fiction, fumetti o videogames

si forse no

- Progetti e prospettive per il futuro

si forse no

- Consapevolezza, vissuto e rappresentazione della propria solitudine. In particolare annotare se sono presenti delle razionalizzazioni

si forse no

- Elementi psicotici (bizzarria, persecuzione, ecc ..)

si forse no

- Rapporto con il medico

si forse no

- Atteggiamento manierato ed ipercontrollato

si forse no

The autistic spectrum

Lorna Wing

ALOOF (DISTACCATO)

Distaccati ed indifferenti. Non verbali . Movimenti ripetitivi. Elevata disabilità..

PASSIVI

Non interagiscono attivamente ma possono accettare degli approcci da parte degli altri. Compromissione comunicazione ed immaginazione. Meno gravi del gruppo distaccati.

ACTIVE BUT ODD (ECCENTRICI)

Approcci sociali attivi ma ingenui, strani, inappropriati e unilaterali.

Linguaggio fluente, con buona grammatica e buon vocabolario, ma ripetitivo e non usato per la comunicazione intersoggettiva.

Interesse circoscritto a temi particolari (trattori, orari dei treni, calcoli matematici, dinosauri, specie di uccelli).

Interessamento morboso a personaggi reali o della fiction.

Fantasie e sogni ad occhi aperti su presunti interessi su cui raccontano storie non vere, con difficoltà a distinguere le loro invenzioni dalla realtà.

LONERS (SOLITARI)

Abilità nella media o anche più elevate, incluso un linguaggio fluente.

Preferiscono stare soli, mancano di empatia, sono assorbiti dai loro interessi indipendentemente dalla pressione dei coetanei (peer group).

Il periodo scolastico stressante per difficoltà a conformarsi alle richieste degli insegnanti e dell'ambiente.

Alcuni imparano le regole della interazione sociale a memoria, altri rimangono solitari per scelta.

Descrivono la loro esperienza del mondo come un posto confuso e pauroso

CRITERI DSM V DI ASD

A. **Persistent deficits in social communication and social interaction** across contexts, not accounted for by general developmental delays, and manifest by all 3 of the following:

1. **Deficits in social-emotional reciprocity**; ranging from abnormal social approach and failure of normal back and forth conversation through reduced sharing of interests, emotions, and affect and response to total lack of initiation of social interaction.
2. **Deficits in nonverbal communicative behaviors used for social interaction**; ranging from poorly integrated- verbal and nonverbal communication, through abnormalities in eye contact and body-language, or deficits in understanding and use of nonverbal communication, to total lack of facial expression or gestures.
3. **Deficits in developing and maintaining relationships, appropriate to developmental level** (beyond those with caregivers); ranging from difficulties adjusting behavior to suit different social contexts through difficulties in sharing imaginative play and in making friends to an apparent absence of interest in people

B. **Restricted, repetitive patterns of behavior, interests, or activities** as manifested by at least two of the following:

1. **Stereotyped or repetitive speech, motor movements, or use of objects**; (such as simple motor stereotypies, echolalia, repetitive use of objects, or idiosyncratic phrases).
2. **Excessive adherence to routines, ritualized patterns of verbal or nonverbal behavior, or excessive resistance to change**; (such as motoric rituals, insistence on same route or food, repetitive questioning or extreme distress at small changes).
3. **Highly restricted, fixated interests that are abnormal in intensity or focus**; (such as strong attachment to or preoccupation with unusual objects, excessively circumscribed or perseverative interests).
4. **Hyper-or hypo-reactivity to sensory input or unusual interest in sensory aspects of environment**; (such as apparent indifference to pain/heat/cold, adverse response to specific sounds or textures, excessive smelling or touching of objects, fascination with lights or spinning objects).

RAZIONALE DELLA NUOVA CLASSIFICAZIONE

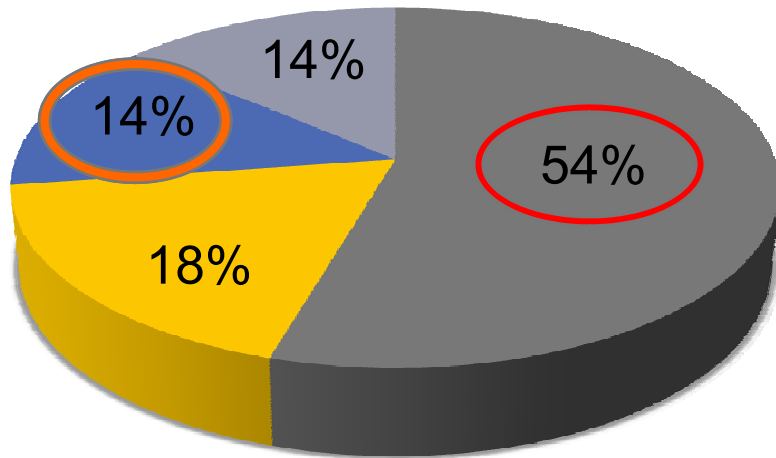
Viene introdotto il concetto di **Disturbo dello Spettro Autistico**, che include il Disturbo Autistico, il Disturbo di Asperger, il Disturbo Disintegrativo dell'Infanzia ed il Disturbo Pervasivo dello Sviluppo non altrimenti specificato perchè:

- La distinzione del Disturbo dello Spettro Autistico da condizioni di sviluppo normale e da altre condizioni non afferenti allo spettro, è stata fatta in maniera affidabile e validata; mentre **la distinzione tra i diversi disturbi pervasivi è risultata nel tempo incoerente poichè variabile a seconda delle situazioni e spesso associata alla severità, al livello di linguaggio o di intelligenza piuttosto che alle caratteristiche del disturbo stesso.**

- Poichè l'autismo è definito da un insieme comune di comportamenti, esso è rappresentato in maniera migliore come **una singola categoria diagnostica che va adattata alla presentazione clinica dell'individuo in base a caratteristiche cliniche specifiche (es. severità, abilità verbali, ecc.) e caratteristiche associate (es. Disturbo genetico noto, epilessia, disabilità intellettiva ecc.).** Un singolo disturbo dello spettro riflette meglio lo stato dell'arte sulle conoscenze nell'ambito della patologia e della presentazione clinica.

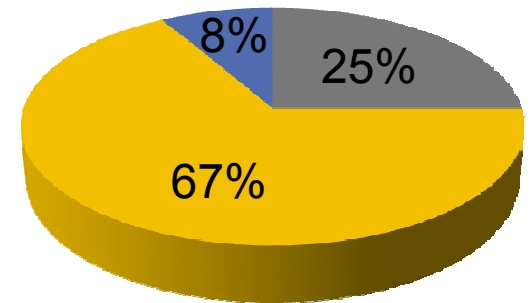
LA NOSTRA CASISTICA: DIAGNOSI CASI DI CONTINUITA' NPIA -CSM 2009- 2012

DIAGNOSI NPIA



- Patologie psichiatriche dell'adulto
- F-70 Ritardo Mentale
- F-80 Disturbi dello Spettro Autistico
- F-90 Disturbi comportamentali ed emotivi ad esordio nell'infanzia

PATOLOGIE PSICHIATRICHE DELL'ADULTO



- Psicosi
- DP
- Ansia

Solo 3 casi di autismo in 4 anni!

Possibili spiegazioni:

- 1. Casi con grave disabilità cognitiva ad USSI**
- 2. Casi tipo Asperger vengono etichettati diversamente usando le DIAGNOSI DELLA PSICHIATRIA ADULTI**

CASI FORTEMENTE SUGGERITIVI DI ASD

ENTE	NPIA	DIAGNOSI NPIA BAMBINO	DIAGNOSI NPIA ADOLESCENTE	ABUS, MIGRAZIONE, ADOZIONE, SOSTANZE	DIAGNOSI CSM (SIT)	TEST EFFETTUATI
5/08/1994	5 aa, ambulatoriale, no ussi, no ss	Difficoltà comportamentali in un quadro di globale inibizione (5aa);	Disturbo di personalità di tipo ansioso-evitante (F60.6) Profilo cognitivo borderline	NEG	DISCORDANZA Fortemente suggestivo di ASD	AQ
9/08/1993	1aa, ambulatoriale, no ussi, no ss	Abuso sessuale (Z 14.2) Disturbo del comportamento e della sfera emozionale (F 92).	DP emotivamente instabile tipo borderline (F60.3) Disturbo aspecifico dell'apprendimento (F 81.9)	Abuso sessuale da parte del padre, migrante II generazione	DISCORDANZA Fortemente suggestivo di ASD tipo ODD	ADI-R AQ (24) EQ (41)
29/05/1993	3 aa, Via degli Orti poi ambulatoriale, no ussi, Servizi Sociali nel 2010 per decreto TM	1998: Disturbo ipercinetico della condotta (F 90.1) Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio (F 80) 2005: Disturbo misto della condotta e della sfera emozionale (F 92.8); Disturbo della condotta con ridotta socializzazione	DP misto anacastico/dipendente (F 61)	La madre lo picchiava. Intervenuti i Servizi Sociali, per un periodo affido congiunto del minore	DISCORDANZA Fortemente suggestivo di ASD	WAIS (109) Opcrit neg, AQ (26) EQ(20) SCID II
8/03/1992	4 aa, ambulatoriale, no ussi, no ss	1996: Disturbo evolutivo specifico dell'eloquio e del linguaggio (F 80)	Disturbo misto delle capacità scolastiche (F 81.3); Disturbo misto della condotta e della sfera emozionale (F 92)	NEG	DISCORDANZA Fortemente suggestivo di ASD	WAIS-R (85) ADI-R AQ (18) EQ (54) Opcrit

Diagnosi Da **Bambino**: prevalentemente **Disturbi della Condotta**

Diagnosi Da **Adolescente**: prevalentemente **Disturbi di Personalità**

Caratteristiche comuni da **Adulto**:

1. **Estrema Difficoltà nelle Relazioni sociali, fino alla Chiusura e all'Isolamento**
2. **NON** inquadrabili all'interno di Disturbi Psichiatrici Noti

RISULTATI AI TEST

AQ: punteggio superiore alla media

SIGN: emergono forti positività in tutti e tre i domini compromessi nell'Autismo

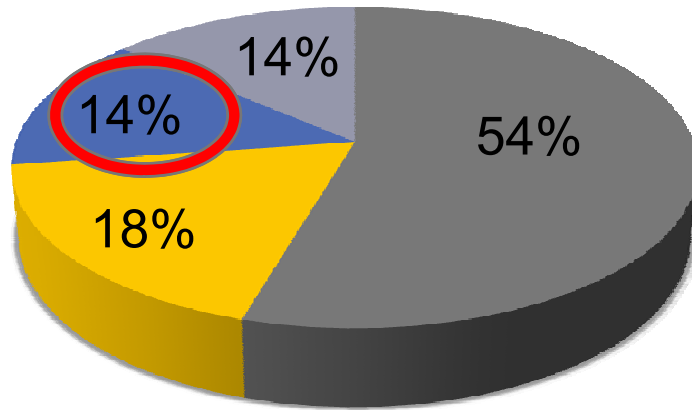
SCID II: negativa per Disturbi di Personalità

OPCRIT: negativa per Psicosi

CLINICA: tre pazienti corrispondono al sottotipo 'Loners' ed uno al sottotipo 'Active but Odd' di L.Wing

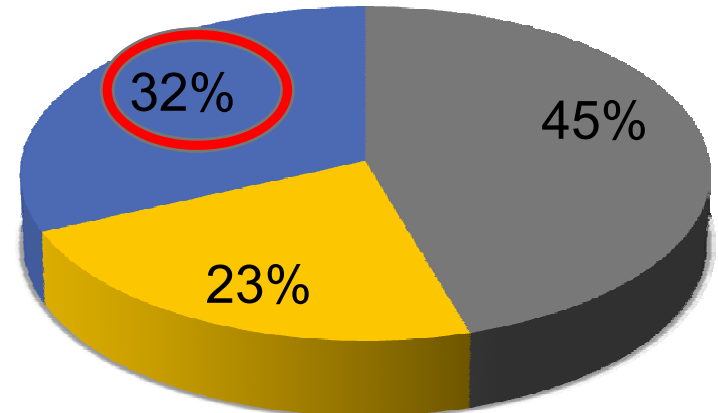
LA NOSTRA CASISTICA: DIAGNOSI CASI DI CONTINUITA' NPIA –CSM 2009-2012

DIAGNOSI NPIA



- Patologie psichiatriche dell'adulto
- F-70 Ritardo Mentale
- F-80 Disturbi dello Spettro Autistico
- F-90 Disturbi comportamentali ed emotivi ad esordio nell'infanzia

DIAGNOSI CSM



- Patologie psichiatriche dell'adulto
- F 70 Ritardo Mentale
- F 80 Disturbi dello Spettro Autistico

PERCORSI DI CURA E RICONOSCIMENTO

I casi clinici dubbi per Disturbo dello Spettro Autistico ci sono giunti anche da percorsi diversi rispetto a quello della NPIA:

Casi via **Neurologia pediatrica (Miceli)**

Casi via **Privato (Buriani)**

Casi via **Servizi Sociali**

Casi giunti **direttamente all'attenzione del CSM
(Mondadori)**

**Tutte queste vie di accesso rappresentano dei
potenziali **ponti da presidiare!!!****

BISOGNI DI CURA DEI CASI LIEVI

Il CSM attualmente effettua un intervento ambulatoriale aspecifico:

- 1. Supporto psicologico**
- 2. Supporto alla famiglia**
- 3. Percorsi individualizzati di abilitazione lavorativa**
- 4. Supporto farmacologico in casi sporadici**

Sarebbe necessario strutturare un percorso di cura specifico e mirato alla patologia autistica con interventi di matrice comportamentale validati

HIKIKOMORI (ACUTE SOCIAL WITHDRAWAL)

Fenomeno psicopatologico e sociologico descritto in Giappone nel quale, in particolare le giovani generazioni, si isolano completamente dalla società per un periodo uguale o superiore ai 6 mesi (Saito, 1998; Watts, 2002; Kaneko 2006)

Questo fenomeno si sta verificando anche fuori dal Giappone.

Nel nostro territorio c'è un possibile caso di Hikikomori

1/3 dei casi ha comorbidità con autismo

Un possibile Hikikomori a bologna...

G. è un ventenne chiuso nella sua stanza da 2 anni, rifiuta di avere contatti non solo con il mondo esterno ma anche con i familiari.

G. Indossa una maschera che gli nasconde il volto per celare un problema di acne di modesta entità

La stanza in cui si è ritirato è buia, con le tapparelle abbassate, la scrivania è ben attrezzata con video, computer, modem ed altra impiantistica elettronica

G. difende il suo diritto a non essere violato nei propri spazi e nelle proprie determinazioni con ragionamenti non privi di coerenza interna.

Non idee di riferimento o persecutorie che possano giustificare l'isolamento

No sintomatologia depressiva propriamente detta

Eloquio non rallentato, non temi depressivi di colpa e rovina, non lamentele somatiche al di fuori dell'acne

DIAGNOSI DIFFERENZIALE CON IL DISTURBO SCHIZOIDE DI PERSONALITÀ

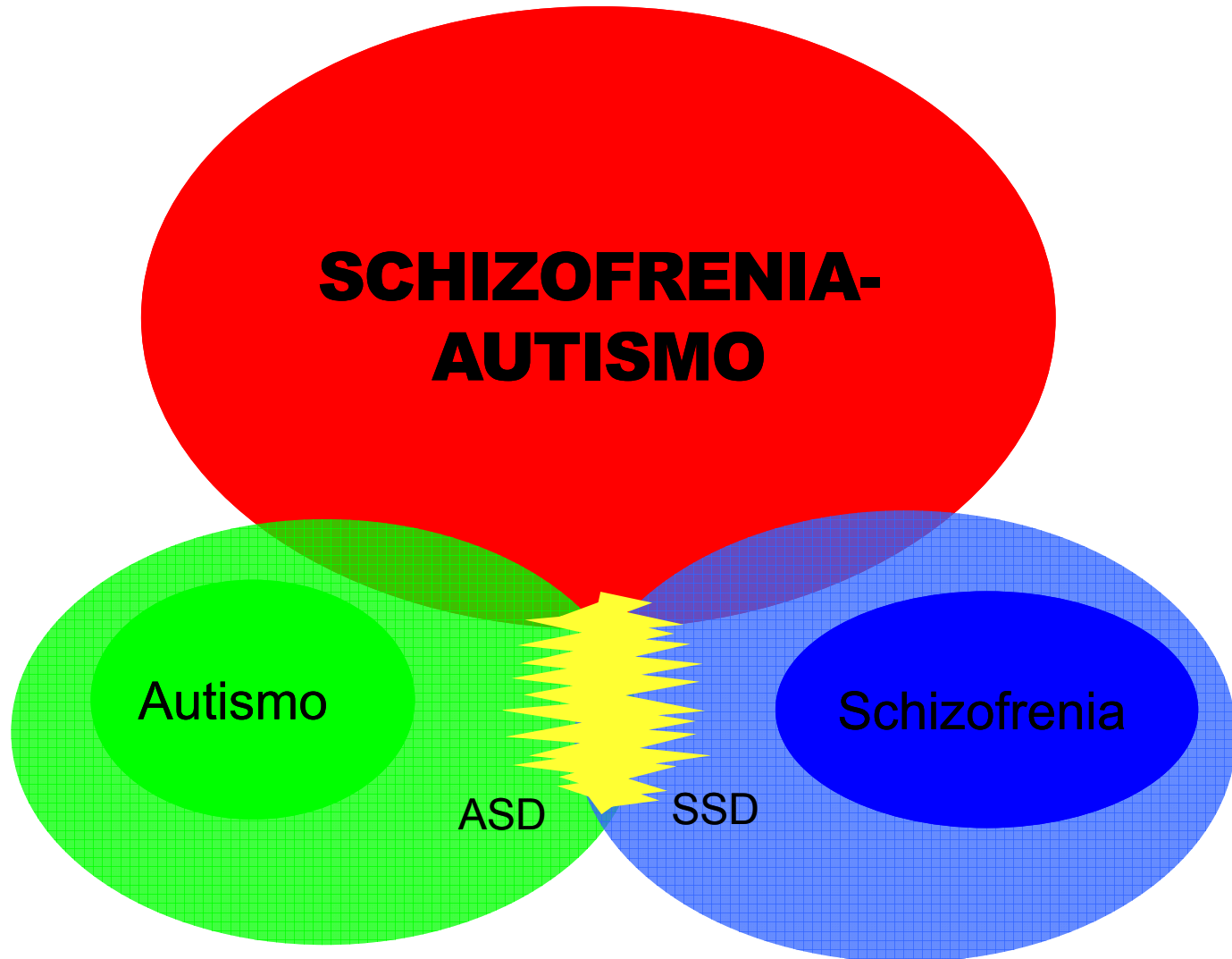
DSM IV

A. Un *pattern* pervasivo di tendenza al **distacco dalle relazioni sociali** e una **gamma ristretta** di **espressioni** o **modalità emotive nelle situazioni interpersonali**. Questa caratteristica compare nella prima età adulta, e si manifesta in diverse modalità e contesti (talvolta anche solo in alcuni ambiti della vita del paziente) dove compaiono, in modo prolungato e stabile, almeno quattro dei seguenti sintomi:

1. Il soggetto **non** prova **desiderio o piacere** ad avere **relazioni strette** con altre persone, inclusa la famiglia
2. Predilige quasi sempre **attività solitarie** o che implicano relazioni del tutto superficiali.
3. Ha poco o **nessun interesse** in **relazioni** ed esperienze **sessuali reali**.
4. **Non** prova vero **piacere** in nessuna o quasi **attività**.
5. **Manca** di **amicizie** strette o confidenti oltre ai parenti di primo grado.
6. Appare **emotivamente indifferente** a critiche o elogi.
7. Dimostra “freddezza” emozionale, distacco oppure **appiattimento emotivo**

Questa diagnosi prevede **SOLO** un elemento della triade, ossia il **DEFICIT** nelle **INTERAZIONI SOCIALI**, mentre mancano deficit nella comunicazione verbale e non verbale e mancano interessi e attività ristretti, comportamenti stereotipati e ripetitivi.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE CON PSICOSI



Centro Salute Mentale Bologna Ovest - Azienda USL Bologna
Istituto di Psichiatria Università di Bologna

**PROTOCOLLO DI ASSESSMENT DELLA DIMENSIONE AUTISTICA E DI DIAGNOSI DIFFERENZIALE CON LA
DIMENSIONE PSICOTICA PER I CSM CHE SI INTERFACCIANO CON LA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

Tommaso Berardi (1), Lorenzo Burti (2), Luigi Chiri (1), Roberto Keller (3), C. Claudia Luciano (1), Francesco
Magnano (4), Michele Magnani (1), Thomas Marcacci (1), Gabriella Minenna (1), Franco Nardocci
(5)Stefano Palazzi (6), Pierluigi Politi (7), Antonio Sciarretta (8), Ilaria Tarricone (1), Leonardo Zoccante (2).

Istituto di Psichiatria Università di Bologna e Dipartimento di Salute Mentale, AUSL Bologna

Università di Verona

Dipartimento di Salute Mentale, ASL Torino, 2

Istituto di Psichiatria Università di Catania

Presidente SINPIA AUSL Ravenna e Responsabile del comitato scientifico 'Programma Autismo' Regione EmiliaRomagna'

Neuropsichiatria Infantile, Università di Ferrara

Istituto di Psichiatria, Università di Pavia

Dipartimento di Salute Mentale, ASL Roma

Centro Salute Mentale Bologna Ovest - Azienda USL Bologna
Istituto di Psichiatria Università di Bologna

PROTOCOLLO DI STUDIO

'SCREENING DIAGNOSTICO DEI PAZIENTI CON SOSPETTI TRATTI AUTISTICI'

Il presente studio vorrebbe approfondire e comprendere se tra i casi trasferiti ai servizi salute mentale adulti con diagnosi diverse ed in particolare disturbi di personalità in realtà non ci siano patologie della comunicazione interpersonale. Stiamo osservando infatti numerosi casi di problemi della interazione sociale che non sembrano giustificati da altre patologie psichiatriche e che potrebbero invece appartenere allo spettro autistico ad alto funzionamento (sottotipo "Loners" di Lorna Wing, The Lancet 1997).

Criteri d'inclusione:

Tutti i pazienti trasferiti dalla NPIA Ovest ai CSM Ovest di Bologna che, indipendentemente dalla diagnosi, mostrino un'importante compromissione dell'interazione sociale.

Criteri di esclusione:

QI inferiore a 70