



INDICATORI PRECOCI DI SOSPETTO nei DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO (ASD)

Seminario

**“L’integrazione scolastica per i bambini 0-
6 anni con ASD” - Bologna 14 settembre**

**2010
Anna Maria Dalla
Vecchia**

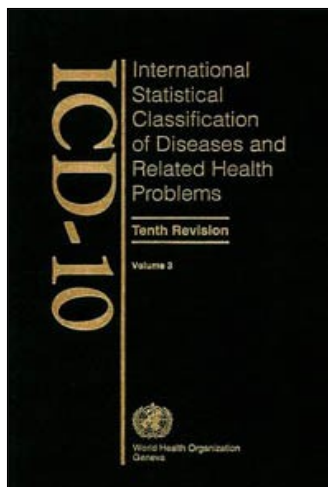
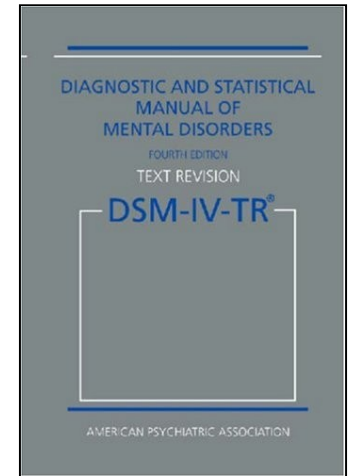
DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO (F 84)

- ❑ Costituiscono un ampio gruppo di sindromi, con caratteristiche comuni, ma con sintomatologia molto eterogenea sia all'interno delle singole etichette diagnostiche (in ogni DPS) sia tra esse (tra un DPS e l'altro).
- ❑ Sono **causati da un disordine dello sviluppo biologicamente determinato, con esordio nei primi anni di vita.**
- ❑ Le aree comportamentali prevalentemente interessate sono quelle relative all'interazione sociale reciproca, all'abilità di comunicare idee e sentimenti e alla capacità di stabilire relazioni con gli altri, gli interessi stereotipati, rigidi e ripetitivi.

LA DIAGNOSI

I criteri per la diagnosi sono codificati nel **DSM-IV-TR** (APA, 2000) e nell'**ICD-10** (OMS, 1995).

I confini tra le categorie diagnostiche (autismo e PDD-NOS; autismo ad alto funzionamento e disturbo di Asperger) sono talora molto sfumati.



Queste osservazioni hanno portato alla definizione di **Disturbi dello spettro autistico (DSA, Wing, 1988)**, che comprende tutte le possibili sfaccettature e ricombinazioni fenotipiche dei DPS.

DISTURBI PERVASIVI DELLO SVILUPPO

(ICD-10 : categoria F 84)

- ❖ **Autismo Infantile**
- ❖ Autismo Atipico
- ❖ **Sindrome di Rett**
- ❖ Sindrome Disintegrativa dell'Infanzia di altro tipo
- ❖ **Sindrome di Asperger**
- ❖ Sindrome iperattiva associata a RM e movimenti stereotipati
- ❖ **Disturbo Pervasivo dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato (PDD-NOS)**

Autismo Infantile (F 84.0)

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

Le aree prevalentemente interessate sono quelle relative all'interazione sociale reciproca, all'abilità di comunicare idee e sentimenti e alla capacità di stabilire relazioni con gli altri, gli interessi stereotipati, rigidi e ripetitivi.

L'autismo si configura quindi come una disabilità "**permanente**" che accompagna il soggetto nel suo ciclo vitale, anche se le caratteristiche del deficit sociale assumono un'espressività variabile nel tempo.

DEFINIZIONE E DIAGNOSI DI AUTISMO

I Sistemi di Classificazione internazionale (ICD-10, DSM-IV-TR) descrivono i criteri diagnostici fondamentali riferiti a tre aree sintomatologiche:

- 1) COMPROMISSIONE QUALITATIVA DELLA INTERAZIONE SOCIALE
- 2) COMPROMISSIONE QUALITATIVA DELLA COMUNICAZIONE
- 3) MODALITA' DI COMPORTAMENTO, INTERESSI E ATTIVITA' RISTRETTI, RIPETITIVI E STEREOTIPATI

Con esordio prima dei 3 anni di età

Critério 1. Compromissione qualitativa dell'interazione sociale

Manifestata con almeno 2 dei seguenti:

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

Criterio 2. Compromissione qualitativa della Comunicazione

Manifestata da almeno 1 dei seguenti :

- 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)
- In soggetti con linguaggio adeguato, marcata compromissione della capacità di iniziare o sostenere una conversazione con altri
- Uso di linguaggio stereotipato e ripetitivo, o linguaggio eccentrico
- Mancanza di giochi di simulazione vari e spontanei, o di giochi di imitazione sociale adeguati al livello di sviluppo

Critério 3. Modalità di comportamento, interessi ed attività ristretti, ripetitivi e stereotipati

Almeno **uno** dei seguenti sintomi:

- a. Dedizione assorbente ad uno o più tipi di interessi ristretti, ripetitivi e stereotipati
- 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 (iperselettività dello stimolo)

Il denominatore comune è **l'intensità anomala** dell'interesse e **l'assorbimento eccessivo** del soggetto

TEORIE COGNITIVE E MODELLI ESPLICATIVI

- ❖ **Teoria Socio-Affettiva (Hobson, 1993):** incapacità innata, biologicamente determinata, ad interagire emozionalmente con l'altro (deficit intersoggettività ed empatia) che, a cascata, determinerebbe difficoltà nel riconoscere gli stati mentali altrui, deficit di simbolizzazione, di linguaggio, di cognizione sociale.
- ❖ **Teoria della Coerenza Centrale (Frith, Happè, 1989):** debolezza nella capacità di sintetizzare in un tutto coerente le molteplici informazioni parcellari che investono i nostri sensi che, a sua volta, sarebbe la causa di incapacità di cogliere il significato dello stimolo nel suo complesso, elaborazione segmentata delle esperienze, difficoltà ad accedere dal particolare al generale, con polarizzazione sui dettagli.

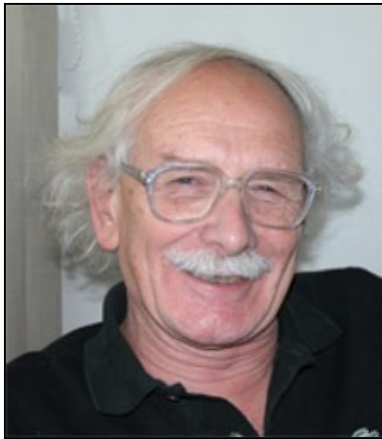
- ❖ **Teoria della Mente di Baron-Cohen (1985):** si intende la capacità di riflettere sulle emozioni e sui desideri e sulle credenze proprie e altrui. In particolare nei primi anni sarebbe la causa delle difficoltà a livello dello sguardo referenziale, dell'attenzione condivisa, del gioco di finzione, nella lettura delle emozioni, dei pensieri, delle credenze e dei desideri altrui. Il soggetto autistico sarebbe incapace di leggere, comprendere e prevedere il comportamento degli altri e anche i propri stati mentali.

TEORIE COGNITIVE E MODELLI ESPLICATIVI (SEGUE)

- ❖ **Teoria delle Funzioni Esecutive di Pennington (1996):** deficit cognitivo di natura generale legato all'incapacità di organizzare e pianificare i comportamenti, al fine di risolvere i problemi : quindi deficit nell'inibire risposte impulsive, nel considerare i feed-back, nel formulare mentalmente un piano di azione, spostare in modo flessibile l'attenzione.

TEORIE COGNITIVE E MODELLI ESPLICATIVI (SEGUE)

I NEURONI MIRROR (Rizzolatti e coll. 1995)



I **neuroni "mirror"** sono una classe di neuroni che si attivano sia quando si compie un'azione sia quando la si osserva mentre essa è compiuta da altri. I neuroni dell'osservatore "rispecchiano" quindi il comportamento dell'osservato, come se stesse compiendo l'azione egli stesso.

Questi neuroni sono stati individuati inizialmente nei primati, in alcuni uccelli e nell'uomo. Nell'uomo, oltre ad essere localizzati in aree motorie e pre-motorie, si trovano anche nell'area di Broca e nella corteccia parietale inferiore.

Il Sistema "Mirror" si sta dimostrando la base neurale dell'imitazione, della comprensione delle intenzioni e delle emozioni, della capacità di sviluppare empatia: cervello "sociale"

DIFFICOLTA' NEUROPSICOLOGICHE NELL'AUTISMO (S. Rogers, 1998)

- ❖ deficit nello sviluppo dell'intersoggettività
- ❖ deficit nell'imitazione
- ❖ deficit nelle prassie
- ❖ difficoltà di comprensione del linguaggio e della comunicazione
- ❖ deficit nelle funzioni esecutive
- ❖ deficit di teoria della mente
- ❖ deficit nelle capacità di risposta emotiva ai segnali altrui e ai propri stati
- ❖ disturbo di integrazione delle funzioni sensoriali

Altri sintomi non inclusi nella triade

- Reazioni anomale agli stimoli sensoriali
- Livelli anomali di attività
- Comportamenti alimentari anormali
- Ritmi di sonno anormali
- Comportamenti aggressivi o autolesionistici
- Profilo cognitivo particolare
- Deficit di pianificazione motoria (impaccio motorio, disprassia)
- Epilessia, nel 30-40% dei casi, insorgente nei primi anni di vita o in adolescenza
- Ritardo Mentale: presente nel 75% dei soggetti, ma recentemente (Volkmar e coll, 2004) per l'estendersi del concetto di Disturbi dello Spettro autistico si sarebbe ridotto al 50% dei casi.

Reazioni anomale agli stimoli sensoriali (T. Grandin, D. Williams)

Ai suoni :

- iporeattività o risposta ridotta alla voce umana
- ipersensibilità a rumori poco rilevanti
- reazioni di forte fastidio a rumori "ambientali"
(elettrodomestici, stanza piena di persone)
- fenomeno del rumore "bianco"
- variabilità nelle reazioni a seconda dei momenti

Reazioni anomale agli stimoli sensoriali

- Anomalie sensoriali visive
- Anomalie tattili e dolorifiche
- Anomalie olfattive
- Anomalie di sensibilità della mucosa orale (tattile e gustativa)

Difficoltà alla filtrazione e alla modulazione sensoriale

ATTENZIONE : MITI DA SFATARE

- è colpa dei genitori
- è un disturbo della relazione
- i bambini autistici non vogliono comunicare
- non guardano mai negli occhi
- non amano il contatto fisico
- non sono valutabili
- non parlano
- se migliorano non sono autistici

Segni clinici precoci osservabili nei primi 3 anni di vita

Area dell'interazione sociale:

- ❖ **Primo anno:** sguardo sfuggente, assenza di sorriso sociale, mancanza di atteggiamenti anticipatori quando si cerca di prenderlo in braccio (tendere le braccia), atipie del "dialogo" tonico (difficoltà nel contatto fisico), inadeguatezza dell'attenzione congiunta, difficoltà a richiamare l'attenzione.
- ❖ **Secondo/terzo anno:** isolamento, se chiamato per nome non risponde, non richiede la partecipazione dell'altro nelle sue attività, uso degli altri tipicamente "strumentale", rapporto con gli altri basato sulla "richiesta" più che sulla "condivisione" (vedi anche l'assenza del gesto di indicare con scopi dichiarativi).

Segni clinici precoci osservabili nei primi 3 anni di vita

AREA DELLA COMUNICAZIONE :

Incapacità a padroneggiare i codici della comunicazione, per quanto riguarda il linguaggio verbale, la componente posturo-cinetica (posture, sguardo, mimica) e quella non verbale del linguaggio (intonazione, prosodia, pause). È un complesso di difficoltà che riguarda sia l'aspetto della ricezione sia quello della comprensione del linguaggio verbale.

Nei primi anni: mancato uso del linguaggio verbale, "disattenzione" nei confronti del linguaggio verbale usato dagli altri, disturbo nella capacità di decodificare i suoni e la voce, generale "disinvestimento" nel linguaggio verbale non compensato da modalità di comunicazione alternative. I bambini che accedono in qualche modo al linguaggio verbale presentano atipie espressive (gergolalie, ecolalie, inversioni pronominali).

INDICI DI AUTISMO NEL PRIMO ANNO DI VITA (Muratori e coll., 2006)

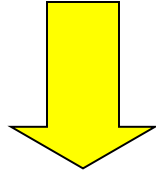
Adrien (1993): scarsa attenzione sociale, mancanza del sorriso sociale, mimica facciale inappropriata, ipotonia e attenzione fluttuante;

Osterling e Dawson (1994), dall'esame di filmati al primo compleanno: scarso contatto oculare, mancanza di risposta all'essere chiamati per nome, assenza dei gesti di indicare e mostrare;

Muratori e Maestro (2001, 2002): precoce preferenza

per stimoli non sociali, anomalie nell'imitare e nell'anticipare l'azione dell'altro

Diagnosi precoce



Intervento precoce

Effetti significativi di un intervento precoce e intensivo:

- Miglioramento significativo QI (Lovaas, 1987)
- Accelerazione in tutte le aree dello sviluppo (Dawson & Osterling, 1987)
- Miglioramenti cognitivi e linguistici con raggiungimento di linguaggio funzionale nel 75-80 % casi (Rogers, 1996, 1998)
- Miglioramento comportamento sociale (Rogers, 1996, 1998)
- Riduzione sintomatologia autistica (Dawson & Osterling, 1987; Rogers, 1996, 1998)



Deficit neuropsicologici nei bambini piccoli con ASD (S .J.Rogers , 1998)

- Inters oggettività
- Imitazione
- Funzionamento emotivo
- Gioco simbolico
- Comunicazione

INTERSOGGETTIVITÀ

(Newson, 1977; Trevarthen, 1980, 2001; Stern, 1985; Xaiz, Micheli, 2001)

Si definisce “**intersoggettività**”:

- l'insieme coordinato di atti motori, cognitivi ed emotivi che costituiscono le prime abilità di relazione sociale e la base dello sviluppo della capacità spontanea di riferirsi ad un altro;
- la capacità di riconoscere l'esistenza dell'altro e di se stesso come soggetti dell'interazione e in interazione;
- la co-costruzione di significati emotivi socialmente condivisi.

INTERSOGGETTIVITA'

- Le capacità intersoggettive sono alla base delle abilità sociali e della comunicazione
- Sono abilità che si sviluppano nei primi mesi di vita e hanno fortissime componenti innate
- Sono assenti o carenti nei soggetti con disturbi dello spettro autistico, a tutte le età, anche in soggetti che hanno buone competenze linguistiche:

manca la MOTIVAZIONE SOCIALE

INTERSOGGETTIVITA'

- INTERSOGGETTIVITA'
PRIMARIA (primi 7-9 mesi di vita):
il bambino sperimenta innumerevoli situazioni di scambio che si svolgono all'interno della coppia costituita da lui e dalla mamma.
L'oggetto dello scambio comunicativo è il bambino.



INTERSOGGETTIVITA'

- INTERSOGGETTIVITA'
SECONDARIA (dai 9 ai 18 mesi):
quando il bambino inizia a manipolare gli oggetti, lo scambio comunicativo si concentra su di essi.
In seguito con la conquista delle capacità motorie, il bambino incontra altri soggetti per scambiare con loro esperienze relative a quello che accade nel mondo.



INTERSOGGETTIVITA' SECONDARIA

Correlati comportamentali:

- attenzione congiunta**
- intenzione congiunta**
- emozione congiunta**
- imitazione**
- scambio di turni**

INTERSOGGETTIVITA' SECONDARIA

correlati comportamentali :

- *ATTENZIONE CONGIUNTA:*
 - ✓ alternare il proprio sguardo fra l'oggetto che si sta osservando e l'altra persona,
 - ✓ seguire con lo sguardo l'indicazione dell'altro,
 - ✓ controllare dove l'altro sta guardando e guardare nella stessa direzione,
 - ✓ indicare per mostrare o per chiedere: "cos'è?",
 - ✓ portare un oggetto all'altro per mostrarlo



INTERSOGGETTIVITA' SECONDARIA

correlati comportamentali:

- *EMOZIONE CONGIUNTA:*
 - ✓ ridere e sorridere insieme, in risposta alla stessa situazione,
 - ✓ rispondere con la manifestazione di un'emozione al comportamento dell'altro,
 - ✓ cogliere l'emozione dell'altro ed adattarsi ad essa,
 - ✓ utilizzare l'espressione delle emozioni come strumento nello scambio sociale



INTERSOGGETTIVITA' SECONDARIA

correlati comportamentali:

- *INTENZIONE CONGIUNTA*: riconoscimento condiviso, riconosciuto, del proprio e altrui volere, delle intenzioni presenti tra i soggetti.



INTERSOGGETTIVITA'

SECONDARIA

correlati comportamentali:

- **IMITAZIONE:** di espressioni del viso, di gesti, di movimenti, di azioni con oggetti, ecc.
Abilità cardine nello sviluppo sociale, cognitivo e linguistico; fondamentale nel gioco di finzione
- **SCAMBIO DEI TURNI:** alternanza precoce nelle prime interazioni; in seguito alternanza di sguardi, di sorrisi, di suoni e di movimenti in una conversazione reciproca; successivamente scambio dei turni con gli oggetti (“tocca a me, tocca a te”).

Imitazione

- Presente in una certa forma dalla nascita ai 3 mesi
(Imitazione precoce)
- Consente una precoce sincronia nelle interazioni
- Corrispondenza sé-altro a livello corporeo e motorio
- I. matura : implica la consapevolezza del significato di ciò che viene imitato, dipende dalla integrità delle abilità motorio-prassiche e dei neuroni “mirror”

Imitazione infantile precoce



Esempio di seduta sperimentale delle prove di Meltzoff (1987)

Le prove di imitazione



Il gioco

Funzioni del gioco:

- **struttura e consolida le abilità cognitive, permette di apprendere tramite l'imitazione**
- **comprendere e produrre simboli**
- **positivi effetti sull'emotività, sullo sviluppo sociale, psicomotorio e cognitivo**

Gioco e linguaggio si arricchiscono e maturano in reciproco collegamento

Sviluppo del gioco (Ungerer e Sigman, 1981)

- Da 10 a 12 settimane: si organizza il coordinamento oculo-manuale necessario per gesti intenzionali e tentativi di afferrare i giochi (gioco attivo)
- A 3 mesi: gioco esplorativo e di manipolazione (anche del proprio corpo), il b.o riesce a mantenere la presa sui giochi, ma non rilascia
- A 9 mesi: raggiunge la permanenza dell'oggetto; gioco di lasciar cadere per vedere e sentire le conseguenze del proprio gesto
- Dai 7 ai 9 mesi: gioco imitativo, capacità di controllo del proprio corpo, interpretazione di esperienze plurisensoriali e capacità di comprendere i toni vocali del care-giver; imitazione immediata e differita

Sviluppo del gioco (segue)

- A 12 mesi : gioco d'ordine, impilare, allineare
- A 13-14 mesi: gioco funzionale, uso di oggetti in modo appropriato secondo la loro funzione
- A 20 mesi gioco simbolico: uso dell'oggetto come se fosse un'altra cosa o con attribuzione di caratteristiche che non possiede o riferendosi ad oggetti/persone assenti come se fossero presenti

Importanza del gioco simbolico nello sviluppo del bambino

- Il gioco simbolico è importante per lo sviluppo del pensiero astratto
- È strettamente legato allo sviluppo del linguaggio
- È una delle principali componenti del gioco e della socializzazione con i coetanei nella scuola materna
- Sembra incrementare la comprensione del mondo sociale

COMUNICAZIONE

- Scambio intenzionale di messaggi tra due o più persone attraverso un mezzo comunicativo
- Varia in funzione al grado di intimità e all'appartenenza a gruppi comuni
- I messaggi contengono informazioni esplicite ed implicite
- Gli scambi avvengono sul piano verbale e non verbale
- Comunicare è inevitabile: l'atteggiamento, la postura, il silenzio sono comunicazione

Comunicazione:

Scambio intenzionale di messaggi tra due o più persone attraverso un mezzo comunicativo

Linguaggio:

È un mezzo comunicativo per veicolare un messaggio

È un codice condiviso che può essere verbale, gestuale o altro

Diversi modi di comunicare



LINGUAGGIO GESTUALE



LINGUAGGIO ICONICO
(Segno figurato)



LINGUAGGIO SCRITTO
(Segno linguistico)



LINGUAGGIO VERBALE
(Segno linguistico verbale)

COMUNICAZIONE EFFICACE

- L'efficacia di un atto comunicativo si misura in funzione al raggiungimento dell'obiettivo
- *Possesso di strumenti comunicativi*
- *Abilità sociali*
- *Flessibilità*
- *Capacità di cogliere e trasmettere empatia*

A COSA SERVE COMUNICARE

- Creare legami, stabilire e intrattenere rapporti interpersonali
- Divertirsi, giocare, rifiutare, essere gratificati
- Imparare, insegnare, acquisire nuove conoscenze
- Aiutare, consigliare, essere aiutati
- Influenzare, dominare, manipolare, dirigere, indirizzare, convincere, andare d'accordo

CHE COSA CI SERVE PER COMUNICARE

- Qualcuno con cui comunicare (emittente e ricevente)
- Desiderio di comunicare e di ascoltare (motivazione)
- Capacità di percezione: udito e decodifica
- Un bisogno da comunicare
- Un mezzo per comunicare (codice condiviso)
- Abilità di processamento dell'informazione, flessibilità e adattamento della risposta

FASI DI SVILUPPO DELLA COMUNICAZIONE

- *Stadio preintenzionale (0-8 mesi):* l'adulto interpreta i messaggi del bambino e gli attribuisce un significato (pianto-fame)
- *Stadio intenzionale (8-13 mesi):* il bambino usa suoni o gesti per raggiungere uno scopo
- *Comunicazione presimbolica (10-16 mesi):* il bambino comprende e utilizza gesti e parole che rappresentano un oggetto, una persona o un evento presente nel contesto concreto
- *Comunicazione simbolica (16-20 mesi):* il bambino utilizza gesti e parole per rappresentare persone o eventi non presenti nell'ambiente

SVILUPPO EMOZIONALE

- Le emozioni sono “il sistema” di comunicazione caratteristico di bambini e adulti, ma anche dei primati non umani
- L’invio e la ricezione di messaggi emotivi è presente già all’età di 2 mesi (il sorriso sociale)
- I più recenti studi affermano che la condivisione precoce di emozioni è veicolata da abilità imitative e dal sistema dei “neuroni specchio”

Quando l'intersoggettività non si sviluppa: l'Autismo Infantile



INTERSOGGETTIVITA' e FUNZIONAMENTO EMOTIVO NELL'AUTISMO

Difficoltà innate in abilità intersoggettive quali:

- attenzione congiunta
- intenzione congiunta
- emozione congiunta
- scambio di turni

Difficoltà nel funzionamento emotivo quali :

- mancanza di attenzione alle emozioni degli altri
- difficoltà nel ricevere e nel comprendere i segnali emotivi degli altri
- difficoltà nell'inviare segnali emotivi
- le espressioni del volto più neutre, negative e ambigue
- reazioni emotive eccessive, spesso non

Conseguenze evolutive nell'autismo

- L'adulto di fronte a un bambino privo di abilità di intersoggettività innate, incontra difficoltà a capire ciò che questi vuole e difficoltà a farsi capire da lui: disturbo comunicativo nelle due direzioni
- La mancanza di motivazione sociale riduce l'esercizio e l'apprendimento di altre abilità che di per sé non sono di natura sociale (abilità comunicative, motorie, cognitive, nelle autonomie)

Importanza della diagnosi precoce nel PRI-A

Dare strumenti per l'osservazione e per lo screening :

- ai pediatri
- alle educatrici nido e materne
- ai genitori stessi

Con gli obiettivi di :

- invio precoce allo specialista per **formulare la diagnosi entro i 2 anni** e soprattutto per **attivare precocemente** gli interventi educativi e abilitativi per il bambino e la famiglia, trasversali a tutti gli ambienti di vita (lo richiede la pervasività del disturbo sociale e interattivo)

Alcuni strumenti per lo screening di ASD

- CHAT (Baron-Cohen e coll., 1992)
- M-CHAT (Modified Check List for Autism in Toddlers) Robins e coll., 2006)
- Infant Toddler Checklist (Wetherby, Prizant e coll., 2008).
- First Year Inventory (Reznick, Baranek, Watson, Crais, 2003, 2007)
- Q-CHAT (Allison, Baron-Cohen, e coll., 2008)
- ESAT : Early Screening of Autistic Trait, (Swinkels e coll, 2006)

Guida all'osservazione del bambino a 9-12 mesi (Letizia S., Sabbadini L., 2002)

Focus dell'osservazione per sospetto di ASD

- sviluppo delle competenze di intersoggettività, in particolare dell'attenzione congiunta
- varietà degli interessi di gioco e sviluppo del gioco di finzione (a partire dal gioco sensomotorio, imitativo, verso l'uso funzionale e infine simbolico dell'oggetto)

Proposta di scheda di osservazione

Dai 9 agli 11 mesi il bambino :	Spesso	A volte	Non ancora
- risponde al suo nome voltandosi e ricercando il luogo di provenienza della voce			
- segue con lo sguardo gli oggetti in movimento			
- mostra un oggetto /qualcosa all'altro			
- dà all'adulto l'oggetto che ha in mano			
- vi guarda mentre gli parlate o interagite con lui			
- sorride all'adulto			
- se seduto alza le braccia per farsi prendere su in braccio			
- tenta di imitare i suoni e le sillabe prodotte dagli adulti			

Dai 12 mesi il bambino:	spesso	a volte	non ancora
- risponde se chiamato per nome			
- risponde ai saluti (con il sorriso, con la mano, con il ciao..)			
- imita alcuni gesti (ciao, mandare un bacino)			
- imita i suoni onomatopeici (i versi degli animali)			
- partecipa divertito e chiede di rifare i giochi senso-motori che gli piacciono (Es il solletico, il cucù, le filastrocche ..)			
- usa il contatto oculare per interagire con adulti e coetanei			
- utilizza l'indicazione per chiedere un oggetto desiderato			
- è in grado di attirare la vostra attenzione su di lui			
- produce qualche parola (es. mamma, papà, brum..)			
- è interessato a giocare con diversi tipi di oggetti o giochi e non soltanto, ad esempio, con macchinine o bottoni			
- è in grado di giocare in modi svariati con i giocattoli (non si limita a manipolarli, metterli in bocca, buttarli per terra, farli ruotare)			

Dai 18 mesi il bambino:	spesso	a volte	non ancora
- indica per mostrare all'altro spontaneamente e/o su richiesta un oggetto o qualcosa che ha colpito la sua attenzione			
- gioca a "far finta di..." (ad esempio: dar da mangiare ad una bambola, metterla a nanna ...)			
- produce qualche parola che utilizza per interagire con voi o per comunicarvi ciò che desidera			
- comprende circa 50 parole			
- comprende semplici consegne verbali "prendi la palla"			

Dai 24 mesi il bambino:

	spesso	a volte	non ancora
- interagisce con i suoi coetanei condividendo i giochi e le attività			
- usa gli oggetti in modo funzionale e corretto (ad es. la spazzola per pettinare i capelli, il bicchiere per bere...)			
- è in grado di guardare ed imitare gli altri bambini nel gioco ed in azioni di vita quotidiana			
- comprende molte parole e frasi anche se non accompagnate da gesti (es: dov'è papà, dammi la palla, dov'è il pancino)			
- produce circa 50 parole			
- è in grado di utilizzare combinazioni di 2-3 parole per comunicare le proprie necessità e interessi			

LE BANDIERE ROSSE DELL'AUTISMO

(Filipek et al., 1999)

Preoccupazioni inerenti la comunicazione

- 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.

LE BANDIERE ROSSE DELL'AUTISMO

(Filipek et al., 1999)

Preoccupazioni inerenti la socialità

- 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.

LE BANDIERE ROSSE DELL'AUTISMO

(Filipek et al., 1999)

Preoccupazioni inerenti il comportamento

- Ha crisi di collera-aggressività;
- È iper-attivo, non-cooperativo, provocatorio;
- Non sa come usare i giocattoli;
- Si blocca regolarmente nelle novità;
- Cammina in punta di piedi;
- Ha attaccamenti inusuali ai giocattoli;
- Allinea gli oggetti;
- È ipersensibile a certi tessuti o a certi suoni;
- Ha strani modelli di movimento.

INDICAZIONI ASSOLUTE PER SEGNALAZIONE IMMEDIATA ALLO SPECIALISTA

(Filipek et al., 1999)

- Assenza di lallazione entro il primo anno di vita;**
- Assenza di utilizzo di gesti funzionali entro il primo anno (indicare, fare ciao, ecc.);**
- Assenza di parole singole entro i 16 mesi;**
- Assenza di frasi di 2 parole non ecolaliche entro i 24 mesi;**
- Assenza di linguaggio e di gesti funzionali a qualsiasi età.**

Le basi del modello di presa in carico secondo il PRI-A

Data la **complessità** della sintomatologia e del funzionamento

cognitivo, comunicativo, neuropsicologico, sensoriale, emotivo

nei bambini con ASD (punti critici e punti di forza):

- **Necessità di valutazione diagnostica e funzionale** accurata per giungere ad un progetto abilitativo individualizzato
- La **valutazione** deve tenere conto delle osservazioni cliniche, di quelle derivanti dall'ambiente familiare e scolastico-educativo
- Il **progetto abilitativo-educativo individualizzato** comprende obiettivi per tutte le aree dello sviluppo compromesse condivisi tra Team multiprofessionale

Modello PRIA: il sistema curante

