

RELAZIONE TECNICO-ORGANIZZATIVA DETTAGLIATA DELLE PRESTAZIONI CHE SI INTENDONO EROGARE

E DESCRIZIONE CLINICA DEI DISTURBI NEUROPSICOMOTORI E PSICOLOGICO-
RELAZIONALI IN ETÀ EVOLUTIVA, COMPRESI I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

(allegata alla richiesta di Autorizzazione all'apertura ed esercizio di attività sanitarie e/o socio-sanitarie)

Formia, 25 Giugno 2024

BLP S.r.l.
IL LEGALE RAPPRESENTANTE
Marco Di Nucci

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Sandro Bartolomeo

 **BLP S.R.L.**
Sede legale
Piazza Marconi, 10
04023 FORMIA (LT)

PARTITA IVA
02998910596

 **Sede operativa**
Via Hernandez
04026 MINTURNO (LT)
Centro accreditato dalla Regione Lazio
con delibera n. 109 del 02 - 03 - 2021

 info@buonlavoropiccoli.it
 **+39 0771 64 262**

LA SITUAZIONE EPIDEMIOLOGICA DEI DISTURBI NEUROPSICHIATRICI INFANTILI NELLA PROVINCIA DI LATINA: BISOGNI ATTUALI E PROSPETTIVE

Da una attenta analisi dei Servizi di NPI della Provincia di Latina, della popolazione residente e delle future attese epidemiologiche dei disturbi NPI, è possibile rilevare come a fronte di 574.226 abitanti, quelli collocati nella fascia 0-19 sono pari a 107.534 (dati ISTAT 2016) descrivendo quindi una popolazione giovane con una età media di 42.7 anni e un indice di vecchiaia tra i più bassi d'Italia.

La prevalenza dei disturbi NPI nella letteratura internazionale oscilla tra il 9 e il 17% a seconda delle metodologie di rilevazione.

Attualmente i servizi territoriali erogano su base annua oltre 70.000 prestazioni, suddivise tra visite NPI, valutazioni psicodiagnostiche, scolastiche, etc.

Le sole prime visite effettuate nel Centro di Priverno sono state 628, cui vanno aggiunte valutazioni sia psicodiagnostiche che neuro linguistiche e visite di controllo per i minori in carico presso il Centro.

Nonostante il progressivo depauperamento del personale legato al blocco ormai decennale del turnover, i servizi della ASL riescono a dare risposte nel campo della diagnosi e avvio dei percorsi di cura, sempre meno nell'inserire i minori all'interno di programmi riabilitativi coerenti e continuativi.

Tutti i disturbi dello sviluppo, siano essi a bassa e/o alta complessità quali i disturbi della coordinazione motoria, i disturbi cognitivi, i disturbi del linguaggio e dell'apprendimento scolastico, i disturbi emotivo/comportamentali, i disturbi dello spettro autistico non trovano risposte adeguate nei centri di servizio pubblico, siano essi direttamente gestiti dalla ASL o accreditati con essa.

La nostra STRUTTURA ACCREDITATA con delibera N. 109 del 02/03/2021, propone l'ampliamento di prestazioni ambulatoriali da 83 die a 120.

La struttura, le cui caratteristiche tecniche vengono descritte in una relazione allegata, prevede un numero di ambienti per lo svolgimento di attività individuali e di gruppo capace di rispondere contemporaneamente alla utenza sopraindicata, attraverso prestazioni della

durata e della frequenza previsti dal l'apposito decreto 434 del 2012 .

IL MODELLO ORGANIZZATIVO

La nostra proposta organizzativa fa riferimento all' accordo Stato-Regioni del 10 febbraio 2011 (piano di indirizzo per la riabilitazione) recepito con DGR Lazio n.316/2012 e si rivolge in modo specifico alla riabilitazione dei disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva che possono essere affrontati con percorsi ambulatoriali e domiciliari, nel rispetto delle modalità previste dal decreto suddetto per quanto riguarda le modalità specifiche della presa in carico a secondo della tipologia, complessità, gravità ed eventuale comorbilità del disturbo.

Descriveremo le caratteristiche di base di ogni singolo disturbo, le possibilità di trattamento, le età di inizio e del termine del trattamento stesso, le modalità specifiche delle pratiche riabilitative utilizzate, i materiali e gli strumenti per la valutazione iniziale, intermedia e finale del percorso riabilitativo.

L'intervento abilitativo/riabilitativo sarà rispettoso della qualità della vita del bambino e favorirà, in ogni passaggio , la compartecipazione del sistema familiare.

La durata dei trattamenti sarà variabile a seconda della tipologia del disturbo e delle età del bambino, potrà essere individuale e/o in piccolo gruppo a seconda delle fasce di età e degli obiettivi riabilitativi che si intende per seguire, potranno essere ciclici e di varia durata ma comunque progettati insieme alla famiglia in un quadro di programmazione semestrale.

Agli interventi ambulatoriali e/ o domiciliari, si assoceranno interventi di sostegno alla famiglia e agli insegnanti al fine di favorire al massimo le capacità adattive del minore preso in carico.

Saranno presi in considerazione tutti i disturbi dello sviluppo che si giovano di interventi riabilitativi ambulatoriali e domiciliari; per ciascun disturbo saranno descritti la tipologia, le indicazioni per l'accesso alla riabilitazione, la qualità e durata dello stesso, gli strumenti della valutazione.

DISABILITÀ PREVALENTEMENTE MOTORIA: la paralisi cerebrale infantile . Codice ICD10:G80

Il movimento e la postura sono alterati in modo permanente, con livelli di gravità diversi, a volte in associazione ad altre turbe sensoriali, cognitive, comportamentali e comunicative e a disturbi come la sindrome epilettica.

La causa è sempre di natura organica, l'evoluzione può essere più o meno favorevole a seconda della gravità e del tipo di intervento attuato.

Si tratta di un disturbo pervasivo e deve essere garantita la presa in carico globale.

L'appropriatezza del percorso riabilitativo, che deve essere quanto più tempestivo possibile, deve riguardare oltre che gli aspetti clinici anche quelli psicologici e sociali.

Alla luce del profilo del paziente, occorre definire quali abilità e competenze sviluppare nelle diverse aree, in relazione soprattutto alla fascia di età, considerando le possibilità di riabilitare le funzioni alterate e valutando la prognosi per un recupero sia pur parziale delle funzioni interessate.

L'intervento riabilitativo deve essere organizzato per obiettivi terapeutici, alla luce delle competenze acquisite e in previsione di eventuali complicazioni secondarie. Deve prevedere cicli di durata varia a seconda dell'età e delle competenze da sviluppare e/o supportare; il trattamento riabilitativo, ambulatoriale e domiciliare, deve prevedere la possibilità di ulteriori acquisizioni nelle varie fasce di età'.

Occorre evitare che abbia caratteristiche di "cronicità" (trattamenti interminabili) e deve rispettare i processi di crescita e le diverse esigenze del bambino in via di sviluppo.

Quando è possibile, occorre privilegiare il trattamento ambulatoriale tutte le volte che le condizioni cliniche lo consentono.

In condizioni di particolare gravità clinica e/ o sociale (riabilitazione post-interventi chirurgici, insorgenza di gravi problematiche respiratorie e/o di deglutizione (disfagia), addestramento all'uso di particolari ausili tecnici) si può scegliere di intervenire al domicilio del paziente.

Sul nostro territorio inoltre, vista la presenza delle Isole Ponziane attualmente sprovviste di qualsiasi opportunità riabilitativa, la modalità di intervento domiciliare può supplire a tali carenze.

Gli strumenti di valutazione da prevedere sono le scale di valutazione motoria. Inoltre, dovranno essere valutate le competenze cognitive, linguistiche, prassiche e visuospatiali, neuropsicologiche e lo stato psicopatologico del paziente.

DISTURBO SPECIFICO DELLA COORDINAZIONE MOTORIA

ICD 10:F82

Si tratta di un disturbo evolutivo specifico caratterizzato da una compromissione della coordinazione motoria più o meno grave, goffaggine nei momenti grossolani e fini, ritardo nelle acquisizioni grafo-motorie e visuospatiali che si riflettono sulla qualità del gioco

simbolico e si associano, spesso, a difficoltà evolutive del linguaggio specie articolatorie, in disturbi dell'apprendimento scolastico e difficoltà emotive e comportamentali.

Sono esclusi dalla diagnosi coloro che presentano un QI inferiore a 70.

In età prescolare, l'intervento riabilitativo è prevalentemente di tipo neuropsicomotorio, con particolare attenzione alle componenti visuo-percettive e visuo-spaziali .

Nella successiva età scolare, l'intervento si intersecherà con quelli necessari per la terapia dei disturbi di apprendimento, con particolare attenzione all'uso del codice scritto e del calcolo.

La presenza in associazione di ADHD e di un problema psicopatologico associato costituisce un criterio di urgenza per iniziare un trattamento.

Generalmente in età prescolare la presa in carico durerà per tutto l'anno solare, successivamente si valuterà l'indice di remissione delle cadute nei vari ambiti e si potrà passare a cicli più brevi alternati senza mai perdere di vista le possibili conseguenze sull'apprendimento scolastico e sulla condizione psicologica del bambino e l'insorgenza di disturbi comportamentali associati.

I bambini che presentano questo disturbo, a seconda della gravità e della incidenza del problema, devono essere seguiti fino al termine del ciclo della scuola media .

Per la valutazione delle prestazioni si fa riferimento alle prove standard per la misurazione del livello cognitivo, prove per la valutazione della coordinazione motoria, della integrazione visuo-motoria e ai test grafici.

RITARDO DELLO SVILUPPO PSICOMOTORIO CODICE

ICD 10: F89

Definita anche Ritardo non specificato dello sviluppo comprende i bambini di età compresa tra 0 e 3 anni che presentano un rallentamento e/o una atipia nelle tappe dello sviluppo neuro psicomotorio e che rischiano evolutivamente di strutturare disturbi settoriali e globali dello sviluppo, in particolare in presenza di discrepanze significative tra età di sviluppo ed età cronologica (almeno 3-6 mesi), con riflessi sulle competenze neuropsicomotorie, cognitive, comunicativo- linguistiche e adattive.

L' intervento prevede da un lato la stimolazione delle varie competenze con una presa in carico globale, che privilegi l'integrazione tra il bambino e i suoi genitori e permetta entro il terzo anno di età di arrivare a una diagnosi definitiva .

Gli strumenti di valutazione sono i seguenti:

- per il livello cognitivo: Matrici progressive di Raven (CPM), WPSSI-IV, WISC IV, Scala di sviluppo psicomotorio della prima infanzia di Brunetta- Lezine;
- per le competenze neuro linguistiche: CPL (comprensione prassico linguistica di Levi), Prove di comprensione sintattica di Stella, test fono lessicale di Vicari;
- per la valutazione dei prerequisiti dell'apprendimento scolastico: prove dei prerequisiti abilità di lettura e scrittura, prove per valutazione clinica delle abilità di scrittura, lettura e calcolo è più complessivamente delle abilità scolastiche.

DISABILITÀ INTELLETTIVA

codice ICD10:F70-79

La disabilità intellettiva (DI) ha una incidenza pari all'1.4% con una prevalenza che oscilla tra 1 e 3% della popolazione totale.

La DI si caratterizza per un funzionamento intellettivo significativamente al di sotto della media (- 2 deviazioni standard ai test psicomotricità), limitazione del funzionamento adattivo rispetto all'età , esordio prima dei 18 anni d'età.

La DI si caratterizza per una compromissione delle abilità e competenze che si manifestano durante il periodo evolutivo (motorie, cognitive, linguistiche e sociali) che contribuiscono al livello globale di intelligenza.

Più che il semplice livello intellettivo misurato attraverso il QI, occorre valutare i fattori suddetti che più si prestano a una definizione funzionale della DI.

I bambini con DI grave (DIG) vengono diagnosticati entro il II anno di vita perché presentano un grave deficit delle funzioni di base (motoria, linguistica e cognitiva).

I bambini con DI media o lieve (DIM O DIL) vengono in genere segnalati a partire dal III anno di vita (generalmente all' ingresso nella scuola materna e/o primaria) per alterazioni del loro comportamento adattivo.

I sistemi di classificazione internazionale descrivono la DI individuandone tipi diversi a seconda della gravità della espressione clinica del disturbo.

DISABILITÀ INTELLETTIVA DI GRADO LIEVE

codice ICD10 F70

Rappresenta l'83% della popolazione con patologia cognitiva, i bambini che la presentano alla fine del loro sviluppo raggiungono una età mentale tra gli 8 e gli 11 anni ed un QI tra 50 e 69.

Imparano a leggere e scrivere e a svolgere calcoli elementari nei loro aspetti più esecutivi,

presentano difficoltà nell'utilizzo di tali acquisizioni in modo autonomo e critico.

DISABILITÀ INTELLETTIVA DI GRADO MODERATO (MEDIO)

codice ICD 10 F71

La DIM rappresenta il 14% della popolazione con patologie cognitive, alla fine dello sviluppo raggiunge un'età mentale tra 4 e 7 anni con un QI inferiore a 55.

Presentano goffaggine motoria, un linguaggio ridotto con una scarsissima integrazione cognitivo-linguistica, solo pochi imparano alcune regole elementari della lettura e della scrittura.

Socialmente, a seconda dei contesti culturali e dell'educazione ricevuta, sono adattati e possono svolgere lavori semplici e poco strutturati.

DISABILITÀ INTELLETTIVA GRAVE

codice ICD 10 F72

Riguarda il 3% di tutte le disabilità, ha natura organica, i bambini al termine dello sviluppo raggiungono un livello di età mentale pari a 2/4 anni e un QI tra 20 e 40. La comprensione è limitata a quella situazionale, costruiscono frasi di una o due parole, non sono in grado di accedere all'apprendimento scolastici formali.

Se ben trattati, possono acquisire alcune autonomie di base.

DISABILITÀ INTELLETTIVA PROFONDA

codice ICD 10 F73

È la percentuale più ridotta tra i casi di DI, con un QI alla fine dello sviluppo pari a 20-25 hanno una eziologia organica con un'alta correlazione di comorbilità (deficit neuromotori, epilessia).

Hanno gravi deficit in tutte le competenze e non raggiungono alcun grado di autonomia personale di base.

IN SINTESI :

La DI viene diagnosticata sulla base della gravità e della descrizione di un profilo che tenga conto della presenza e/o assenza di dissociazioni all'interno sia del profilo cognitivo e neuropsicologico, in un contesto di analoga valutazione delle capacità adattive e della presenza/assenza di disturbi di tipo emotivo.

INDICAZIONI CLINICHE PER L'ACCESSO AL PERCORSO RIABILITATIVO

Le aree di intervento interessate riguardano il livello cognitivo e neuropsicologico e quello adattivo affettivo.

Prioritari sono anche gli interventi a sostegno nella famiglia e della scuola .

In base all'età e alla gravità della DI gli interventi riabilitativi indicati sono i seguenti: cognitiva/ neuropsicologica, terapia neuropsicomotoria, neurolinguistica, occupazionale, psicosociale, educativa.

L'intervento elettivo viene erogato ambulatoriamente per tutte le fasce di età, fatti salvi alcuni interventi domiciliari per pazienti particolarmente gravi .

Bambini al di sotto dei tre anni

In primo luogo va effettuata una diagnosi differenziale tra DI e DISTURBI MULTISISTEMICI DELLO SVILUPPO .

Quando il ritardo è significativo, l'indicazione è per un trattamento precoce e globale, con accesso preferenziale.

Si tratta di valutare l'opportunità di un intervento individuale e/o di gruppo e di supporto al nucleo familiare e alle istituzioni educative che si occupano del bambino.

Bambini tra tre e sei anni

Una volta definita la fascia di gravità, gli interventi da privilegiare sono quelli neuropsicomotorio, neurolinguistico e neuropsicologico, sia individuale che di gruppo in particolare delle forme di DIL e DIM .

Sempre prioritari gli interventi di supporto al nucleo familiare e alle istituzioni educative.

Bambini tra 6 e 12 anni

Nella DIL e DIM l'intervento mira a stabilizzare le competenze acquisite, attraverso interventi individuali mirati a sollecitare le competenze neurolinguistiche, neuropsicologiche e gli apprendimenti scolastici.

È prioritario il loro inserimento in contesti sociali stimolanti, prevenire il loro impoverimento attraverso cicli programmati di terapia individuale sulle competenze diagnosticate come più

deboli.

Nelle DIG e DIP l'intervento mira a stabilizzare le competenze adattivo-sociali e alcuni obiettivi socio-educativi alla loro portata.

Anche in questi casi vanno previsti interventi di supporto al nucleo familiare e alle istituzioni educative frequentate dal bambino.

Ragazzi tra 12 e 14 anni

L'intervento riguarda solo i DIL e i DIM, generalmente a cicli programmati per rafforzare le competenze più deboli, in accordo con la famiglia e la scuola.

Non si giovano di interventi specifici i DIG e i DIP per i quali occorre prevedere interventi semi residenziali che favoriscano le possibilità adattive e la socializzazione.

Le priorità di accesso al programma riabilitativo riguardano sia la fascia d'età (priorità assoluta e presa in carico globale per gli 0-3 anni), sia l'eventuale presenza, nelle varie fasce d'età, di dissociazioni cognitive evidenti tra le diverse competenze (disomogeneità del livello di sviluppo raggiunto nelle varie aree neuropsicologica e affettivo relazionale, con interessamento delle funzioni neuro linguistiche, prassiche ed esecutive in generale, ivi compresi gli apprendimenti scolastici) insieme alla necessità di supportare gli apprendimenti scolastici per le età 3/6-12 anni.

Gli interventi riabilitativi possono essere previsti sia individuali che in piccolo gruppo, anche in forma mista, possono prevedere cicli programmati concordati con la famiglia e la scuola ma non devono mai assumere caratteri cronicizzanti attraverso le terapie interminabili.

In tal senso, tranne che per i più piccoli, in tutte le altre fasce d'età i cicli non devono superare i 4-6 mesi e devono, quando ripetuti, mirare a rafforzare specifiche competenze.

STRUMENTI VALUTATIVI

Per quanto riguarda gli strumenti valutativi, trattandosi di fasce di età molto differenziate, altrettanto differenziati sono gli strumenti a supporto della diagnosi. Si tratta di prove valutative che riguardano l'area cognitiva e adattiva, quella emotivo comportamentale particolarmente importante per la definizione del rischio psicopatologico, l'area neuropsicologica e quella psicologica globale.

Per quanto riguarda le singole prove si fa riferimento, nel dettaglio, a quanto previsto nell'accordo Stato-Regioni del 2011 e recepito dalla Regione Lazio, con DGR 316 del 2012.

Gli strumenti di valutazione sono i seguenti:

- WPPSI-IV (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - 4° edizione);
- WISC-IV (Wechsler Intelligence Scale for Children - 4° edizione);
- Leiter-3 - Leiter International Performance Scale - 3ª edizione;
- Nepsy II - Valutazione neuropsicologica delle abilità cognitive 2ª edizione;
- CPM - Colored Progressive Matrices..

DISTURBI SPECIFICI DELLO SVILUPPO

codice ICD 10 F 80-83

Hanno, insorgenza nella prima e seconda infanzia, possono riguardare competenze varie (linguaggio, coordinazione motoria, visuo-spazialità), traggono la loro origine in problemi maturativi del SNC. Hanno un decorso continuo e buone possibilità di risoluzione con trattamenti riabilitativi adeguati. Si tratta per lo più di compromissioni funzionali che si risolvono con la crescita del bambino e un buon percorso riabilitativo.

COMPREDONO I DISTURBI EVOLUTIVI SPECIFICI DEL LINGUAGGIO

Codice ICD F80 : F 80.0, F80.1, F80.2

Si tratta di disturbi dell'articolazione dell'eloquio, disfasia, evolutiva di tipo espressivo, disturbi misti della comprensione e della produzione del linguaggio che possono essere, a seconda delle fasce di età, di gravità diversa .

L'intervento riabilitativo deve essere il più precoce possibile, sono generalmente previsti a carattere ciclico e vanno realizzati in forte correlazione con la famiglia e con la scuola. Soprattutto nella età scolare, questi disturbi vanno presi in carico anche come prevenzione al loro aggravamento e come supporto agli interventi sui disturbi dell'apprendimento scolastico.

L'intervento si svolge in forma ciclica a seconda dell'età del bambino e della gravità, i cicli vanno previsti senza interferire con le attività scolastiche nella fascia 3/14 .

Gli interventi vanno sempre associati a un continuo monitoraggio delle condizioni psicologiche del bambino e associati, quando lo si ritenga opportuno, a un trattamento psicoterapico finalizzato a sostenere l'autostima del bambino.

Gli strumenti valutativi fanno riferimento alle scale più comuni per la valutazione del livello cognitivo, per la valutazione dello sviluppo del linguaggio (fonologico, semantico, sintattico) il tutto sempre sia in produzione che in comprensione.

**DISTURBI SPECIFICI DI APPRENDIMENTO:
DISLESSIA, DISORTOGRAFIA E DISCALCULIA
ICD10:F81.1, F81.2, F81.3, F81.8**

I disturbi specifici dell'apprendimento coinvolgono uno specifico ambito di abilità, lasciando integro il funzionamento intellettuale globale, interessando "solo" le competenze strumentali necessarie per gli apprendimenti scolastici.

I disturbi riguardano la lettura, in particolare la difficoltà di decodifica del testo (DISLESSIA); la scrittura, con difficoltà prevalente nella competenza ortografica (DISORTOGRAFIA), il calcolo, con incapacità di comprendere i numeri ed operare con essi (DISCALCULIA).

Il DSA è un disturbo che tende a permanere, sia pure in maniera diversificata tra i singoli soggetti portatori, anche in età adulta.

La qualità del trattamento è importante per ridurre l'impoverimento secondario al disturbo e l'insorgenza di disturbi secondari associati, sia sul versante cognitivo che psicopatologico.

L'intervento riabilitativo ha come obiettivo quello di favorire le strategie di automatizzazione e controllo dei processi di lettura, scrittura e calcolo, l'apprendimento di strategie alternative al testo scritto.

La prognosi dei DSA è variabile e dipende dalla gravità del disturbo, dall'età in cui viene diagnosticato, dall'organizzazione cognitiva e neuropsicologica, dall'eventuale comorbilità soprattutto sul versante affettivo.

Fondamentale, per l'accesso al trattamento, una diagnosi precoce che valuti la rapidità di lettura e scrittura, la presenza di errori, la caduta nella comprensione della lettura, la caduta nella comprensione delle procedure aritmetiche, nella frequente associazione di disturbi della lettura, scrittura e calcolo.

Gli interventi più efficaci sono quelli iniziati entro gli 8 anni, negli anni successivi e con efficacia via via decrescente l'intervento perde di efficacia e può essere utilizzato, ciclicamente, per arginare l'impairment.

È invece opportuno valutare la necessità di associare un trattamento psicologico del soggetto a sostegno della sua autostima e per prevenire l'insorgere di complicanze psicopatologiche, almeno, fino alla fine del ciclo della scuola media.

Per quanto concerne la prognosi, decisiva sarà il profilo cognitivo e neuropsicologico del bambino: se al disturbo è strettamente legata la difficoltà meta fonologica la prognosi sarà migliore, se in associazione presenta difficoltà linguistiche più ampie e/o difficoltà visuospatiali e prassiche e livelli cognitivi più bassi, la prognosi resta più severa e il trattamento deve essere più intensivo e articolato.

Lo stesso dicasi se si associano problemi psicopatologici quali quelli presenti nell'ADHD, nei disturbi distimici e d'ansia, nei disturbi oppositivi-provocatori (DOP). In tali situazione l'intervento prioritario deve riguardare il disturbo psicopatologico.

Gli interventi previsti saranno più intensivi per le età più basse e all'inizio del trattamento (fino a 9 mesi su un intero anno) ma successivamente potranno essere gestiti a cicli di durata quadrimestrale e/o semestrale.

Per i casi in comorbilità si dovranno associare gli altri trattamenti specifici. Fondamentale è il collegamento con la scuola per la definizione di programmi di intervento integrati e condivisi.

Gli strumenti di valutazione consistono in prove per la valutazione del livello cognitivo, delle abilità di lettura, scrittura e calcolo, per la valutazione del livello di abilità scolastiche.

DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO ICD

10: F84.0

I criteri diagnostici per il disturbo dello spettro autistico fanno riferimento a:

- deficit persistenti della comunicazione e della interazione sociale in molteplici contesti, quali un deficit nella reciprocità socio-emotiva, deficit dei comportamenti comunicativi non verbali, deficit della comprensione e della gestione delle relazioni;
- pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi consistenti in movimenti, uso degli oggetti o eloquio stereotipati, insistenza nella "sameness" (immodificabilità), interessi molto limitati, fissi; iper/ipo reattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti.

Il livello di gravità si basa sulla compromissione della comunicazione sociale e sui pattern di comportamento ristretti, ripetitivi .

IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PERSONALIZZATO

Prevede la precocità della diagnosi e il supporto alla famiglia, consentendo scelte tempestive e consapevoli; la presa in carico multidisciplinare per l'analisi e la valutazione

delle capacità funzionali, cognitive, comportamentali e relazionali e del quadro socio ambientale del nucleo familiare; la definizione di un progetto di vita per la persona con disturbo dello spettro autistico, non limitato al solo trattamento abilitativo e riabilitativo ma anche alla presa in carico di tutto il sistema socio sanitario e scolastico educativo, lavorativo e per il tempo libero.

I programmi di intervento terapeutico-riabilitativi sono, di norma, di tipo ambulatoriale e/ o domiciliare e sono collegati da un'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE DELLO SPETTRO AUTISTICO IN ETÀ EVOLUTIVA.

Una volta effettuata, il più precocemente possibile, la diagnosi di disturbo dello spettro autistico, il bambino va preso immediatamente in carico.

Onde ottimizzare gli interventi e modularli in funzione del quadro evolutivo di ciascun soggetto, è prevista l'organizzazione di percorsi terapeutico/ riabilitativi di tipo psicoeducativo e con livello assistenziale a diversa intensità, articolando gli interventi in pacchetti di prestazioni ambulatoriali differenziati per fasce di età o per periodi "critici", in cui si esprimono bisogni differenziati che richiedono peculiari connotazioni di intervento.

Nel periodo prescolare (0-5 anni) è previsto il trattamento intensivo di tipo psicoeducativo, cognitivo comportamentale, individualizzato o in piccolo gruppo, con lavoro anche nei contesti di vita, quali l'ambiente scolastico, a domicilio e con un parent-training individuale.

Nel periodo scolare (6-11anni) gli interventi saranno molto diversi sia a livello clinico che di complessità a seconda della evoluzione dei singoli soggetti; si potranno prevedere interventi psico educativi, cognitivo comportamentali sulle abilità adattive e interventi specifici sulle competenze neuropsicologiche, come linguaggio, funzioni esecutive, competenze emotivo-sociali e comunicative-pragmatiche nei soggetti ad alto funzionamento .

Nel periodo adolescenziale (12-18 anni) gli interventi riguarderanno in particolare il miglioramento delle competenze adattive, in previsione del passaggio all'età adulta e della possibile inclusione socio-lavorativa..

In tutti i casi seguiti, occorrerà prevedere un supporto educativo e psicologico alla coppia genitoriale (parent training) e alla integrazione scolastica.