



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI
Scuola di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica
-SEDE DI LECCE-

A.A. 2020-2021

INFERMIERISTICA NELLA DISABILITÀ
III° anno, I° semestre

Docente
Dott. Roberto Lupo

DA DOVE INIZIARE

INCLUSIONE

ASSISTENZA

PERSONA

DIPENDENZA

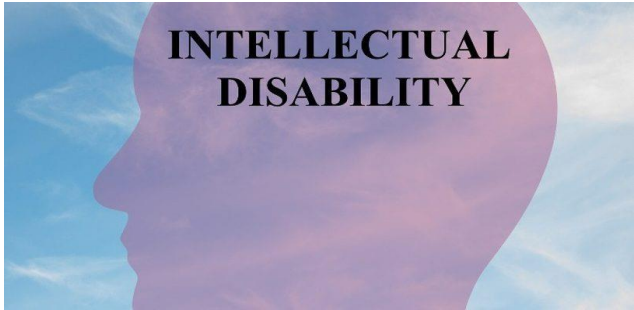
ETA'

CAREGIVER

FAMIGLIA

INFANZIA

FRUSTRAZIONE



RICERCA

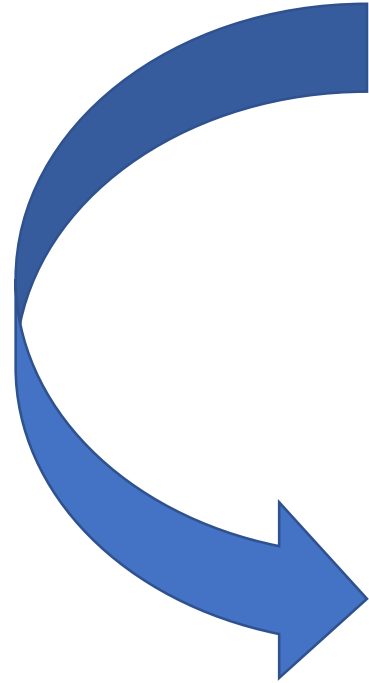
INTERVENTI

STIGMA

CONOSCENZA

DIGNITÀ

Anche in questi casi **bisogna ricordare che ogni persona, senza o con disabilità intellettiva, è unica.**



Definire le disabilità intellettive non è una cosa semplice, poiché **le persone con disabilità intellettive possono essere davvero molto diverse tra di loro** ed un ruolo è svolto anche dall'ambiente in cui le stesse vivono.

Solo quando la disabilità intellettiva è espressione di una particolare condizione genetica, ad es. sindrome di Down o sindrome dell'X fragile, ci può essere un aspetto fisico tipico.

Secondo il DSM5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), la disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) è un ***disturbo con esordio nel periodo dello sviluppo che comprende deficit del funzionamento sia intellettuale che adattivo negli ambiti concettuali, sociali e pratici.***

Affinchè possa essere diagnosticata una condizione di disabilità intellettiva, è necessario che siano soddisfatti i seguenti **tre criteri**:

- **Deficit delle funzioni intellettive**, come ragionamento, problem solving, pianificazione, pensiero astratto, capacità di giudizio, apprendimento scolastico e apprendimento dall'esperienza, confermati sia da una valutazione clinica sia da test di intelligenza individualizzati e standardizzati;
- **Deficit del funzionamento adattivo** che porta al mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socioculturali di autonomia e di responsabilità sociale. Senza un supporto costante, i deficit adattivi limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana, come la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita autonoma, attraverso molteplici ambienti quali casa, scuola, ambiente lavorativo e comunità;
- **Esordio dei deficit intellettivi e adattivi durante il periodo dello sviluppo**. L'età e le caratteristiche dell'esordio dipendono dall'eziologia (causa) e dalla gravità della menomazione della struttura e/o delle funzioni cerebrali.

•American Psychiatric Association. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta Edizione. A cura di Biondi M. Raffaello Cortina Editore, Milano 2014.

•Cassano G.B. e Tundo A. Trattato Italiano di Psichiatria, 3a Edizione. Elsevier, Milano, 2008.

•Diagnosi dei disturbi evolutivi. Modelli, criteri diagnostici e casi clinici. Aggiornato al DSM-5. A cura di C. Vio e G. Lo Presti. Edizioni Centri Studu Erickson 2014

•Jahoda A., Dagnan D., Jarvie P. and Kerr§ W. "Depression, Social Context and Cognitive Behavioural Therapy for People who have Intellectual Disabilities" Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 2006, 19, 81–8

Le persone con disabilità intellettive tendono ad avere **processi di formazione più lenti** con la necessità di supporti per sviluppare nuove abilità, comprendere informazioni difficili e interagire con gli altri. Inoltre tendono a perdere le abilità acquisite.

Il supporto necessario, in termini di tipologia, frequenza e durata, **varia da individuo ad individuo ed è anche in rapporto ai contesti ambientali.** È fondamentale sottolineare che la maggioranza delle persone con disabilità intellettiva può vivere una vita autodeterminata e indipendente se si assicurano supporti adeguati, modulabili e continuativi.



La disabilità intellettiva, in genere, è una condizione che dura per tutta la vita sebbene i livelli di gravità possono cambiare nel tempo. In alcuni casi si osservano periodi di peggioramento seguiti da periodi di stabilizzazione, in altri si può avere un progressivo peggioramento del funzionamento. Interventi abilitativi precoci e continuativi che investono il contesto di vita e si protraggono anche nell'età adulta, possono migliorare notevolmente il comportamento adattivo tanto che la diagnosi di disabilità intellettiva, in alcuni casi, potrebbe non essere più appropriata.

Ci sono diversi gradi di disabilità intellettive. In accordo al DSM-5®, il livello di gravità può essere classificato come lieve, moderato, grave ed estremo.

La disabilità intellettiva di **grado lieve** costituisce la parte più ampia (circa l'83-85%) dei soggetti affetti da **ritardo mentale**. Il **ritardo mentale lieve nei bambini** non è immediatamente evidente. Questi bambini tipicamente sviluppano capacità sociali e comunicative negli anni prescolastici (da 0 a 5 anni di età), hanno una compromissione minima nelle aree senso-motorie e spesso non sono distinguibili dai bambini senza disabilità fino all'ingresso nella scuola primaria.

Prima dei 20 anni possono acquisire capacità scolastiche corrispondenti all'incirca alla quinta classe primaria. Al termine del percorso scolastico (14-16 anni) possono raggiungere un'età mentale compresa tra gli 8 e gli 11 anni e delle competenze cognitive tipiche della fase dell'intelligenza operatoria concreta.

Durante l'età adulta, di solito acquisiscono capacità sociali e occupazionali adeguate per un livello minimo di autosostentamento, ma possono aver bisogno di appoggio, di guida e di assistenza, specie quando sono sottoposti a stress sociali o economici inusuali.

Il R.M. di grado Lieve risulta essere determinato per il 43 % da causa organica :

- Encefalopatia Ipossico-Ischemica
- Malattie Metaboliche
- Trisomia 21
- Sclerosi Tuberosa
- Distrofie Muscolari (Steinert-Duchenne)
- Sindrome Feto-Alcolica
- Sindrome dell' X - fragile

RITARDO MENTALE MODERATO

La disabilità intellettiva di grado moderato costituisce circa il 10-14% dell'intera popolazione di soggetti con disabilità intellettiva. La maggior parte dei **bambini con ritardo mentale moderato** acquisisce il linguaggio e le abilità prescolastiche molto lentamente. Possono beneficiare dell'addestramento alle attività sociali e lavorative, ma difficilmente progrediscono oltre il livello della seconda classe primaria nelle materie scolastiche. Al termine dell'iter evolutivo possono acquisire un'organizzazione cognitiva tra i 4 i 7 anni (non arrivano cioè all'intelligenza operatoria concreta). Possono imparare a spostarsi da soli in luoghi familiari. Durante l'adolescenza, le loro difficoltà nel riconoscere le convenzioni sociali possono interferire nelle relazioni con i coetanei. Nell'età adulta, la maggior parte riesce a svolgere lavori non specializzati, sotto supervisione, in ambienti di lavoro protetti o normale.

Ritardo mentale grave

La disabilità intellettiva di grado grave costituisce il 3-4% dei soggetti con **ritardo mentale**. Durante la prima fanciullezza questi soggetti acquisiscono un livello minimo di linguaggio comunicativo; i limiti coinvolgono il lessico e la costruzione della frase: la produzione verbale è costituita prevalentemente da singole parole o frasi semplici. Durante il periodo scolastico possono imparare a parlare e possono essere addestrati alle attività elementari di cura della propria persona. Essi traggono un beneficio limitato dall'insegnamento delle materie scolastiche, come familiarizzare con l'alfabeto e svolgere semplici operazioni aritmetiche, ma possono acquisire capacità quali imparare a riconoscere a vista alcune parole per le necessità elementari. Nell'età adulta possono essere in grado di svolgere compiti semplici in ambienti altamente protetti. **Possono essere presenti comportamento autolesivi e di disadattamento.**

RITARDO MENTALE GRAVISSIMO

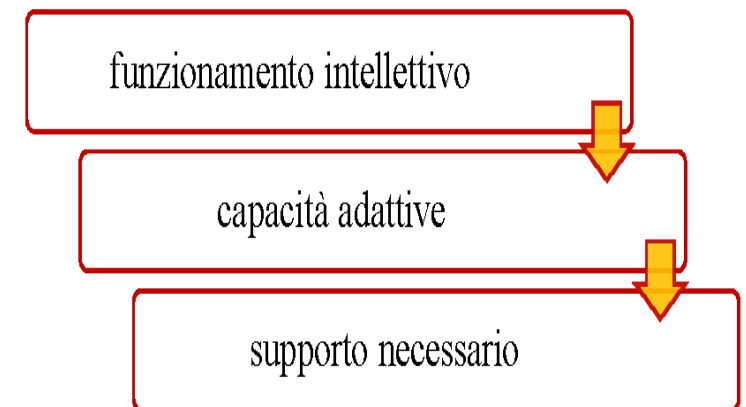
La disabilità intellettiva di grado profondo o estremo costituisce circa l'1-2% dei soggetti con **ritardo mentale**. La maggior parte di chi presenta questa **diagnosi di ritardo mentale** ha una **condizione neurologica diagnosticata** che spiega il disturbo. Durante la prima infanzia, mostrano considerevole compromissione del funzionamento senso-motorio. Le abilità concettuali in genere si riferiscono al mondo fisico piuttosto che ai processi simbolici.

L'individuo può usare gli oggetti in modo finalizzato per la cura personale, il lavoro e lo svago. Ha una comprensione molto limitata della comunicazione simbolica nell'eloquio o nella gestualità. **Può comprendere alcuni gesti o istruzioni semplici e comunicare attraverso il non verbale.**

L'individuo è dipendente dagli altri in ogni aspetto della cura fisica, della salute e della sicurezza quotidiane, sebbene possa essere in grado di partecipare ad alcune di queste attività. Alcuni possono svolgere compiti semplici in ambienti altamente controllati e protetti. Possono essere presenti, in una piccola parte di questi soggetti, comportamenti disadattivi.

* Disabilità intellettiva GRAVE (QI da 20-25 a 35-40)

- * Sono il 3-4% dei bambini con RM.
- * Ambito concettuale: Il linguaggio è ad un livello minimo o assente. Scarsa comprensione del linguaggio scritto o del concetto del denaro.
- * Ambito sociale: Linguaggio limitato, utilizzato per scopo sociale più che per dare spiegazioni; eloquio facilitato da strumenti aumentativi.
- * Ambito pratico: Da adulti devono vivere in ambienti protetti e richiedono assistenza specializzata, specie se presentano altre patologie (PCI, DA, ecc.). Possibile autoaggressività.



Il R.M. di grado Grave riconosce per l' 89% un'etiologia organica; rispetto al momento della nascita, le cause sono:

- Prenatali (74 %) - 53% note, 21% sconosciute
- Perinatali (10 %)
- Postnatali (16%) - 5% note, 11% sconosciute

INCIDENZA/CAUSE

- **ereditarietà (circa il 5%):** questi fattori includono errori congeniti del metabolismo, anomalie di un singolo e aberrazioni cromosomiche;
- **alterazioni precoci dello sviluppo embrionale (circa il 30%):** questi fattori includono mutazioni cromosomiche (per es., sindrome di Down dovuta a trisomia 21) o danni prenatali dovuti a sostanze tossiche (per es., uso di alcool da parte della madre, infezioni);
- **problemi durante la gravidanza e nel periodo perinatale (circa il 10%):** questi fattori includono la malnutrizione del feto, la prematurità, l'ipossia, infezioni virali o altre infezioni, e traumi;
- **condizioni mediche generali acquisite durante l'infanzia o la fanciullezza (circa il 5%):** questi fattori includono infezioni, traumi, e avvelenamenti (per es., da piombo);
- **influenze ambientali e altri disturbi mentali (circa il 15-20%):** questi fattori includono la mancanza di accudimento e di stimolazioni sociali, verbali, o di altre stimolazioni, e disturbi mentali gravi (per esempio autismo).

IL BAMBINO CON DISABILITA' INTELLETTIVA

Problemi *psicologici* e di *personalità* riguardano i soggetti ritardati in misura significativamente maggiore rispetto alla popolazione senza disabilità intellettive.

- **Paura dell'insuccesso**
- **Tendenza al ritiro e comportamenti compulsivi**
- **Impulsività**
- **Iperattività**
- **Bassa tolleranza alle frustrazioni**
- **Passività e dipendenza**
- **Suggestionabilità ed eccessiva influenzabilità**

- Ritardo Mentale (Disabilità intellettiva)
- Autismo

AUTISMO



Il disturbo dello spettro dell'autismo è un disturbo del neuro sviluppo, fa parte, cioè, di un gruppo di disturbi che esordiscono nel primo periodo della vita

1943: Leo Kanner, psichiatra austriaco, descrisse 11 bambini con un quadro clinico caratterizzato da un disturbo nel “contatto affettivo.”

La causa del disturbo veniva ricondotta ad un disturbo della relazione con i genitori



LA RICERCA NELL' AUTISMO

- ◆ **1943 Leo Kanner**
- ◆ **Dibattito scientifico florido negli ultimi 20 anni**

Persistono incertezze circa:

- ◆ **Eziologia**
- ◆ **Elementi caratterizzanti il quadro clinico**
- ◆ **Evoluzione a lungo termine**

Aspetti peculiari del Disturbo dello Spettro Autistico

Per Disturbi dello spettro autistico si intendono una serie di disturbi che colpiscono le abilità sociali e di comunicazione e, in misura differente le abilità motorie e linguistiche. Si tratta di uno spettro variabile, che può comprendere sia persone con alto quoziente intellettivo che con ritardo mentale.

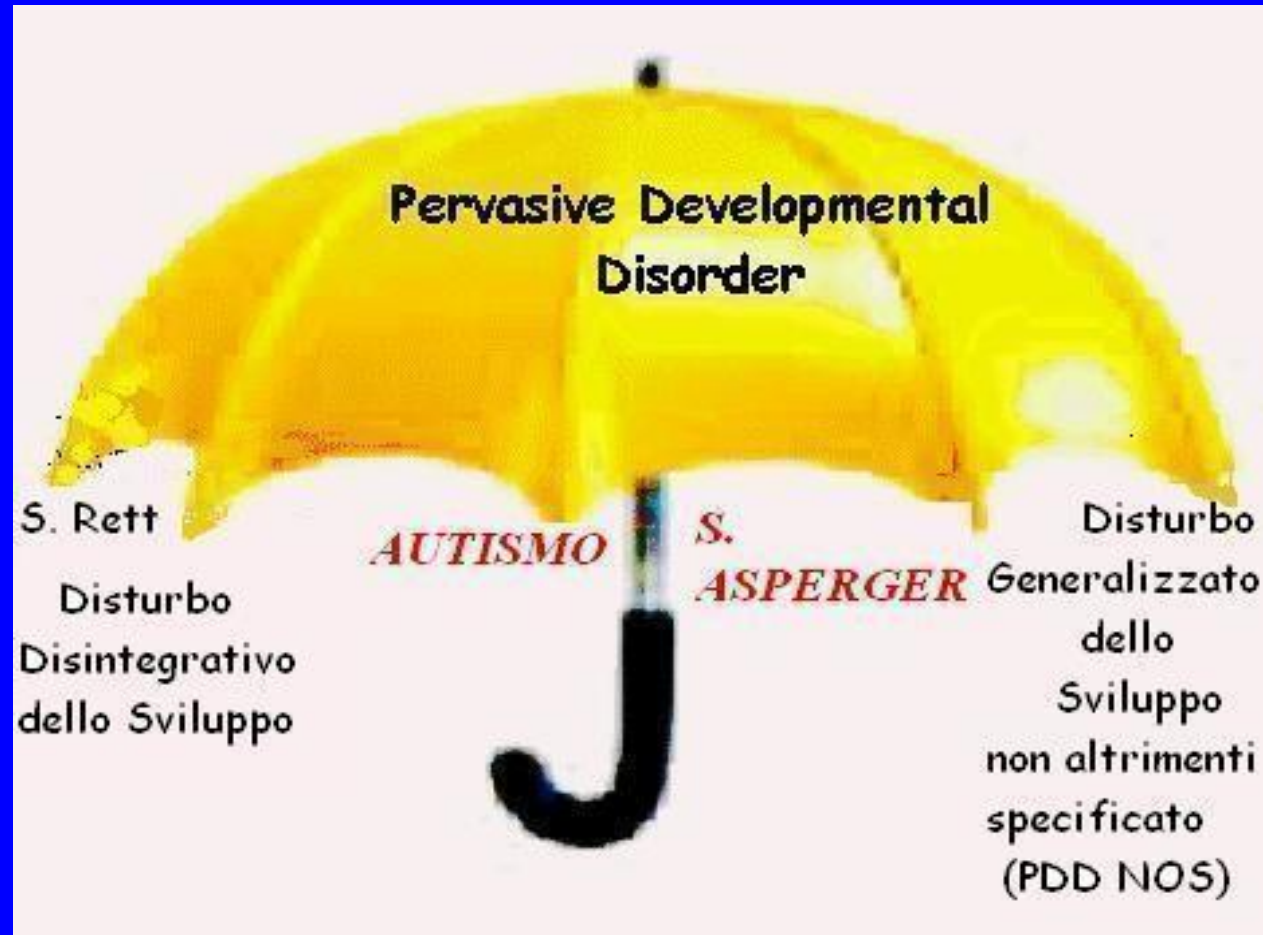


- La diagnosi di autismo viene solitamente formulata tra i **24 e i 36 mesi di età**.
- E' difficile formulare una diagnosi prima di questa età
- è possibile identificare alcuni segnali di allarme dell'autismo già a partire dai primi mesi di vita del bambino.
- La letteratura scientifica internazionale è concorde nel sottolineare **l'importanza di effettuare una diagnosi precoce già tra i 12 e i 13 mesi** (Fombonne e De Giacomo, 2000) **e comunque prima dei 3 anni di età** (Charman et al., 1997; Cox et al., 1999; Lord, 1995; Stone et al., 1999).
- Potere identificare precocemente l'autismo consente di intervenire in una fase di vita in cui il cervello è dotato di una certa plasticità e consente quindi di ottenere una maggiore efficacia degli interventi per quanto riguarda il funzionamento adattativo dell'individuo.

DSM 5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali)

concetto di “**spettro autistico**”, una sorta di “ombrello” sotto il quale, oltre al **Disturbo Autistico** e alla **Sindrome di Asperger**, vengono inclusi anche **Sindrome di Rett**, **Disturbo Disintegrativo dello sviluppo** e **Disturbo Pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato (NAS)**. Al momento attuale, considerata la variabilità dello spettro, si preferisce parlare di “**autismi**”, al plurale: vi sono persone con le caratteristiche cognitive dell'autismo che non manifestano mai difficoltà adattive, o le manifestano solo in momenti stressanti della loro vita e sono in grado di vivere una vita indipendente, mentre altre persone con autismo possono avere difficoltà adattive e necessità di supporto specialistico per tutta la vita

Disturbi Pervasivi dello Sviluppo secondo il DSM V: un approccio categoriale



EPIDEMIOLOGIA

autismo

1966 – Lotter

4-5 casi su 10.000

– Rapporto M/F = 4:1

2003 – Fombonne

10 casi su 10000 (AUTISMO)

– Rapporto M/F = 4:1

INCIDENZA

- 2 milioni di individui in USA e decine di milioni in tutto il mondo.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) riportano che in America **un bambino su 88** ha un disturbo dello spettro autistico.
- I dati indicano un incremento di 10 volte superiore negli ultimi 40 anni. Verosimilmente l'intensificarsi del fenomeno è da ascrivere non solo ad una diagnosi più accurata, ma anche ad un aumento dei possibili fattori di rischio.

E IN ITALIA?

1 bambino italiano su 100 è colpito da autismo.

IPOTESI EZIOPATOGENICHE

L'autismo non è più riconosciuto come «singolo» disturbo. Grazie ai numerosi studi, ad oggi, è ampiamente considerato un disordine multifattoriale le cui cause sono da ricercare nella genetica, nell'ambiente, nei fattori di rischio e soprattutto nell'interazione di tutti questi fattori.

In Puglia, nel 2014, c'erano 2.431 ragazzi in età evolutiva con i disturbi dello spettro autistico (ASD), cifra che comprende sia gli utenti in carico alle strutture (1823), sia quelli non in carico e/o seguiti dai privati (150), sia gli utenti con malattie rare che si esprimono con sintomatologia autistica (458).

Per quanto riguarda invece l'Autismo nell'età adulta, gli utenti censiti sono circa 200.

Il Centro Territoriale per l'Autismo (CAT), che afferisce al Dipartimento di Salute Mentale, nasce come Servizio all'interno della rete assistenziale territoriale sanitaria per i Disturbi dello Spettro Autistico (DSA), così come previsto dal Regolamento Regionale n. 9 dell'8 luglio 2016.

E' prevista un' équipe multiprofessionale dedicata sia per l'età evolutiva che per l'età adulta, garantendo la continuità assistenziale tra i Servizi per l'età evolutiva e i Servizi per l'Adulto.

Diagnosi precoce per l'autismo. E nel Salento già si contano 405 casi

I malati di autismo in provincia di Lecce sono infatti **405**, di cui 379 al di sotto dei 18 anni. Si tratta di una cifra significativa elaborata dal Cat (Centro territoriale per l'autismo) che ha aperto i battenti nel 2017.

- ◆ I bambini che sviluppano **linguaggio entro i cinque anni** sembrano avere prognosi migliore, ma anche il linguaggio è fortemente condizionato dal livello cognitivo.
- ◆ Studi di follow-up mostrano che una alta percentuale di bambini (**60-70%**) **diventano adulti non autosufficienti.**

CAUSE GENETICHE

Riguardano difetti genetici e cromosomici (riscontrati nel 10%-20% degli individui con ASD).

I fratelli nati in famiglie con un soggetto ASD hanno il doppio del rischio di presentare ASD, con un tasso di recidiva del 5%-8%.

Questa tipologia di anomalie cromosomiche è legata al danneggiamento della crescita del cervello e della sua morfologia sinaptica/dendritica e metabolica con errori tra cui fenilchetonuria, sindromi di carenza di creatina e disturbi metabolici della purina.

FATTORI DI RISCHIO

- **IL GENERE.** I maschi hanno da 3 a 4 volte più probabilità di sviluppare l'autismo rispetto alle femmine.
- **STORIA DI FAMIGLIA.** Le famiglie che hanno un bambino con autismo hanno un rischio maggiore di avere un altro bambino con la malattia. Non è neanche raro che i genitori o parenti di un bambino autistico possano avere problemi di lieve entità con abilità sociali o di comunicazione.
- **ALTRE MALATTIE.** Bambini con determinate condizioni mediche hanno un rischio superiore al normale di avere l'autismo. Queste condizioni comprendono sindrome dell'X fragile (una malattia ereditaria che provoca problemi intellettivi), sclerosi tuberosa (una condizione in cui si sviluppano tumori benigni nel cervello), la malattia di Tourette, e l'epilessia.
- **ETÀ DEI GENITORI.** Esiste anche essere una connessione tra bambini che sono nati da madri più anziane e autismo, ma più ricerca è necessaria, mediamente si parla spesso di padri con oltre 40 anni.

CAUSE AMBIENTALI:

Possono riguardare fattori pre-natali, peri-natali e post-natali.

1. Fattori pre-natali:

- Esposizione a teratogeni (come talidomide)
- Infezioni virali
- Assunzione di anticonvulsivi da parte della madre (acido valproico)

2. Fattori peri-natali:

- Basso peso alla nascita
- Lunghezza gestazionale anormalmente breve
- Asfissia

3. Fattori post-natali:

- Malattie autoimmuni
- Infezioni virali
- Ipossia
- Tossicità del mercurio



Secondo un'importante studio, i fattori genetici contribuiscono solo per il 50% allo sviluppo del disturbo dello spettro autistico. Mentre il 50% sarebbe attribuibile a fattori ambientali (Sandin et al., 2014).

Tuttavia i fattori ambientali non sono specifici e riguardano esposizioni a fattori teratogeni in epoca prenatale (Sandin et al., 2014)

A PROPOSITO DI VACCINI.....

Grande dibattito e grande attenzione da parte dell'opinione pubblica si è scatenato sul ruolo dei vaccini come possibile causa dell'autismo. Tale dibattito è sorto nel 1998 quando la rivista Lancet ha pubblicato una ricerca di Wakefield e coll., svolta su 12 bambini di cui 10 con autismo, in cui gli autori sostenevano di avere trovato dati a sostegno del fatto che il vaccino trivalente causasse l'autismo.

Il giornalista Brian Deer ha recentemente [pubblicato sul British Medical Journal la storia di tale studio](#) dimostrando come non fosse altro che una frode ed evidenziando come Wakefield avesse manipolato e falsificato i dati in suo possesso.

Il caso sollevato da Wakefield ha avuto purtroppo fortissime ripercussioni sull'opinione pubblica causando nel corso degli anni la costituzione di diversi gruppi di genitori "anti-vaccino" e un forte decremento del numero di bambini vaccinati (in Inghilterra passarono dal 90% al 50%). Ciò comportò un incremento significativo dei casi di morbillo provocando anche alcune vittime.

Alcuni ricercatori cercarono di replicare lo studio di Wakefield ma non vi riuscirono e trovarono, anzi, dati contrastanti. Fu poi un'assistente di Wakefield a dichiarare che Wakefield aveva manipolato i dati in suo possesso e chiese di ritirare il suo nome dallo studio. Lo stesso fecero altri 10 suoi collaboratori.

La rivista Lancet, che aveva pubblicato la sua ricerca, ritirò l'articolo e Wakefield venne indagato per frode sanitaria. Il processo si concluse con la sua radiazione dall'albo dei medici e la sua stessa confessione di avere effettuato una frode.

Ancora oggi, nonostante sia stato dimostrato chiaramente che non esiste alcuna correlazione tra vaccinazione trivalente e autismo, ci sono gruppi di genitori che si dichiarano contrari a tale vaccinazione e si rifiutano di vaccinare i loro figli

CORRELAZIONE TRA AUTISMO E VACCINO VACCINAZIONI NELL'INFANZIA SONO RESPONSABILI DELL'AUTISMO?

Riguardo alla responsabilità dei vaccini, «i dati epidemiologici disponibili mostrano che **non c'è evidenza di una connessione tra il vaccino contro morbillo-parotite-rosolia (Mmr) e i disordini dello spettro autistico.**

Precedenti studi che indicano una connessione causale sono risultati seriamente viziati da errori.

Non c'è nemmeno un'evidenza che suggerisca come gli altri vaccini dell'infanzia aumentino il rischio dei disordini dello spettro autistico.

Inoltre, studi di revisione commissionati dall'Oms hanno concluso che **non c'è associazione tra l'uso di conservanti nei vaccini – come il thiomersal, che contiene etilmercurio – e i disordini dello spettro autistico»**

FONTE: OMS disponibile sul sito

<https://www.epicentro.iss.it/vaccini/documentazione-mondo>

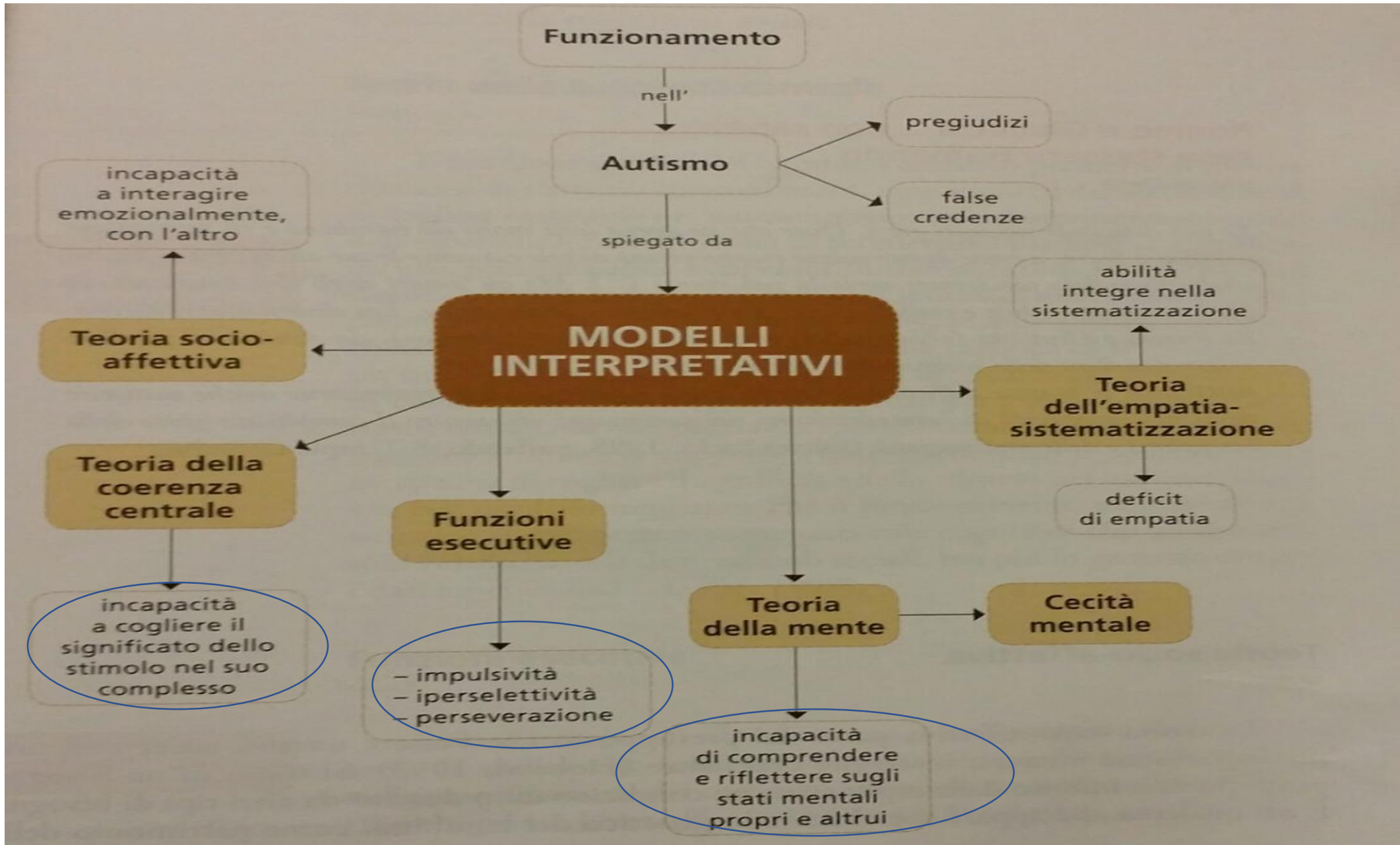
In un articolo del New York times del 2004, Jack Thomas, catturò l'attenzione del mondo dicendo

**“ NOI NON ABBIAMO UNA MALATTIA, E QUINDI
NON POSSIAMO ESSERE CURATI.
SEMPLICEMENTE, NOI SIAMO COSÌ.**



L'autismo è complesso, ma le sue infinite caratteristiche ricadono in quattro aree fondamentali

- Difficoltà elaborazione sensoriale
- Ritardo disabilità nella comunicazione
- Pensiero sociale e capacità di interazione atipici
- Problemi di autostima/accettazione



Relazione e interazione sociale e disturbo dello spettro autistico

- evitamento del contatto corporeo,
- scarso contatto visivo, sguardo “sfuggente”,
- ritardo/assenza degli organizzatori: sorriso sociale
- assenti gesti anticipatori e mimica,
- indifferenza all' allontanamento della madre,

- disturbi dell' autoregolazione
- incapacità a sviluppare interazioni sociali adeguate,
- assenza di attenzione condivisa (congiunta),
- mancata risposta alla chiamata,

PRIMA DEI 6 MESI

- Assenza di sorrisi o manifestazioni di affetto, espressioni gioiose;
- Contatto oculare ridotto o assente.

A 9 mesi

- Assenza della condivisione dell'attenzione, sorrisi ed espressioni facciali.

A 12 mesi

- Assenza della lallazione.?
- Assenza di gesti di condivisione: indicare, mostrare, raggiungere.
- Difficoltà a orientarsi quando chiamati per nome.

A 16 MESI

- Assenza di parole o presenza di un numero di parole molto ridotto.

A 24 mesi

- Assenza di frasi a due parole dotate di significato (non si considerino le ripetizioni).

A qualunque età

- Perdita di abilità precedentemente acquisite: lallazione, prime paroline, abilità sociali;
- Evitamento del contatto oculare;
- Preferenza consistente per la solitudine;
- Difficoltà a comprendere le emozioni delle persone;
- Ritardo nello sviluppo del linguaggio;
- Ripetizione persistente di parole o frasi (ecolalia);
- Difficoltà ad accettare cambiamenti nelle routine;
- Interessi ristretti;
- Comportamenti ripetitivi (per esempio sfarfallare, girare su se stessi...)
- Reazioni intense e inusuali a suoni, sapori....

- **In letteratura sono stati identificati diversi sintomi che possono rappresentare indicatori precoci di autismo a cui è bene prestare massima attenzione.**

Quelli più comuni e maggiormente riportati in letteratura sono:

- Difficoltà a instaurare contatto oculare;
- Difficoltà a seguire con lo sguardo oggetti o persone in movimento;
- Assenza di sorriso sociale;
- Assenza di gesti comunicativi come indicare, salutare con la mano ecc..;
- Difficoltà a girarsi quando i genitori chiamano il bambino per nome;
- Assenza di comportamenti appropriati per richiamare l'attenzione degli altri;
- Difficoltà a esternare manifestazioni di affetto o a riceverle da altre persone;
- Assenza di interessi sociali e di dimostrazione di affetto;
- Assenza del comportamento di allungarsi per essere preso in braccio;
- Assenza del comportamento imitativo;
- Difficoltà a mettere in atto giochi con altri bambini;
- Difficoltà a richiedere aiuto o oggetti/attività desiderati;
- Difficoltà a spostare l'attenzione da un oggetto quando altamente gradito,
- Risposte di disagio eccessive;
- Tendenza a fissarsi su particolari oggetti presenti nell'ambiente per periodi prolungati;
- Interesse particolare per alcune stimolazioni sensoriali.

COSA NOTARE

Difficoltà ad instaurare contatto oculare;

- Assenza di risposta al sorriso sociale;**
- Assenza di risposte di orientamento a stimoli sonori o al proprio nome, anche se pronunciato da persone famigliari;**
- Difficoltà a seguire con lo sguardo oggetti in movimento;**
- Assenza di gesti comunicativi come indicare, salutare con la mano ecc..;**
- Difficoltà a seguire con lo sguardo il movimento di indicare delle altre persone;**
- Assenza di comportamenti appropriati per richiamare l'attenzione degli altri;**
- Difficoltà a esternare manifestazioni di affetto o a riceverle da altre persone;**
- Assenza del comportamento di allungarsi per essere preso in braccio;**
- Difficoltà a mettere in atto giochi con altri bambini;**
- Difficoltà a richiedere aiuto o oggetti/attività desiderati;**

Gioco nell'autismo

- Mancanza o ritardo del gioco di immaginazione
- Persistente gioco senso-motorio e/o ripetitivo



INTERESSI E MOTRICITÀ

- Tendenza all'isolamento, interessi e attività ristrette e specifiche (ordinare in fila/ far ruotare/ "affascinato" da ciò che ruota, ecc.).
- Ripetitivita' e bizzarie, attrazione da parte di oggetti (parti di oggetti) meccanici e prevedibili
- Comportamento auto lesivo, abnormi risposte a stimoli sensoriali, disturbi alimentari (selettivi) disturbi del sonno, angoscia ai cambiamenti ("sameness")

SINTESI: Sintomi comportamentali

- **anomalie nell'alimentazione**
- disturbi del sonno (ricorrenti risvegli notturni con dondolamenti)
- anomalie dell'umore o dell'affettività (per es., riso “sciocco” o pianto senza apparente motivo, apparente assenza di reazioni emotive)
- mancanza di paura per pericoli reali/eccessivo timore per oggetti innocui
- comportamenti autolesivi

AUTISMO E TIPOLOGIE DI SELETTIVITA' ALIMENTARE

Molti studi in letteratura osservano che la preferenza verso alcuni cibi è determinata da specifiche caratteristiche (Dominick et al., 2007; Schmitt et al., 2008; Schreck e William, 2006)

Nel 2000 Williams e colleghi hanno indagato le abitudini alimentari di 100 bambini con ASD (range di età 1.8-10). Dai risultati emerge che il 67% dei genitori dichiarava che il proprio figlio fosse schizzinoso nella scelta del cibo, ma in particolare utilizzava i seguenti criteri

- 69% consistenza
- 58% presentazione
- 45% gusto
- 36% odore
- 22% temperatura

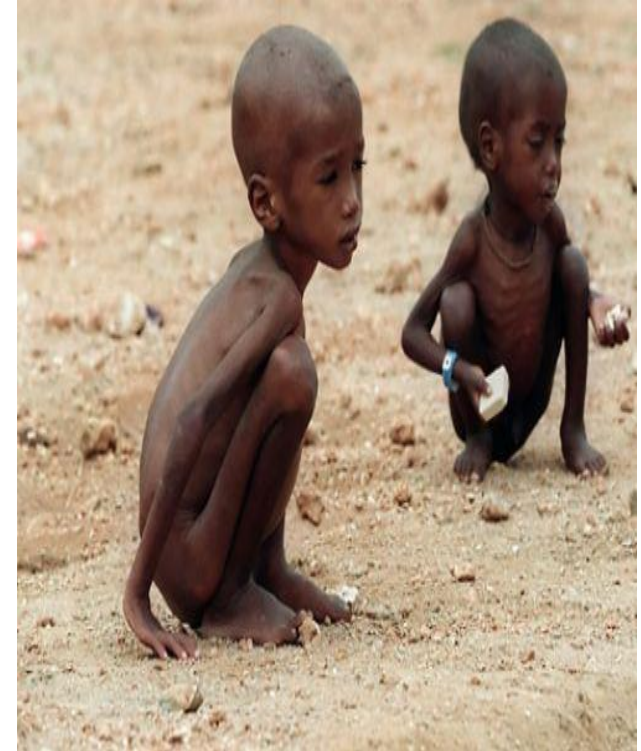
AUTISMO E TIPOLOGIE DI SELETTIVITA' ALIMENTARE

Il disturbo dello spettro autistico è stato inserito tra le condizioni psichiatriche associate a carenze nutrizionali (Jen e Yan, 2010)

Carenze vitamine D (debolezza muscolare, compromissione della mineralizzazione ossea; conseguente sviluppo del rachitismo (Hediger et al., 2008))

Carenze di vitamine A (manifestazioni oftalmiche, disturbo del visus, ulcere corneali)

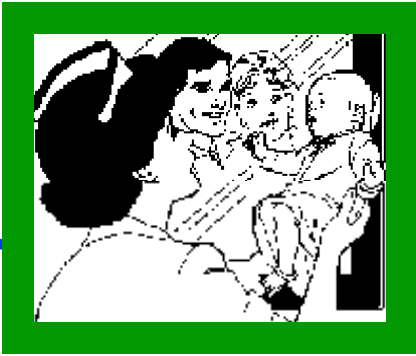
Carenze di vitamine C (Casi di scorbuto nei bambini con ASD)



INTERVENTI

PRIMA DI INTERVENIRE **OCCORRE** CONOSCERE





Sospetto

**Conferma
diagnostica**

Presa in carico



Interventi "medici"

Interventi riabilitativi

Interventi psicoeducativi

Interventi scolastici

Attività del tempo libero

**P
A
R
T
E
C
I
P
A
Z
I
O
N
E**

L'INTERVENTO FUNZIONA SE ...

- È precoce
- È intensivo
- Ha programmi adattati a tutte le età
- È cucito su misura
- Le famiglie sono attivamente coinvolte
- Gli obiettivi, pur diversi, devono coinvolgere le aree chiave del disturbo: comunicazione, socializzazione, comportamento adattivo
- Si utilizzano strategie ispirate al modello cognitivo-comportamentale
- Considera punti di forza e di debolezza
- Prevede attiva generalizzazione
- Prepara il passaggio all'età adulta
- Prevede periodiche rivalutazioni e aggiustamenti del piano educativo.
- (National Research Council, 2001)

La premessa per l'intervento: il processo di valutazione multidimensionale

L'intervento



sintomi presentati dal soggetto



variabili ambientali

Modificare l'ambiente in cui si trova il soggetto
rendendolo più accessibile e fruibile

Nell'autismo una modificazione mirata dell'ambiente in
cui si trova il soggetto è una delle chiavi per
massimizzare le sue potenzialità .

IL BAMBINO CON AUTISMO NELLA SCUOLA



IN LETTERATURA NON CI SONO STUDI INERENTI LA FORMAZIONE DEGLI INSEGNANTI!

TUTTE LE LINEE GUIDA

Lg
LINEA GUIDA

Sistema nazionale
per le linee guida



Il trattamento dei disturbi
dello spettro autistico
nei bambini
e negli adolescenti



Ministero della Salute



SSIT Azienda
USL 6
Livorno
Servizio Sanitario Integrato

LINEA GUIDA 21

TUTTE LE LINEE GUIDA
INTERNAZIONALI SOTTOLINEANO LA
NECESSITÀ DI METTERE A PUNTO
PROGETTI INDIVIDUALIZZATI CHE
PARTANO DALLA VALUTAZIONE DELLE
ABILITÀ E DEI PUNTI FORZA (E NON
SOLO DELLE LIMITAZIONI)

DA DOVE INIZIAMO?

1. Studio della documentazione (diagnosi funzionale, relazioni osservative)
2. Colloquio con la famiglia
3. Osservazione diretta del bambino
4. Avvio dei rapporti di rete: conoscere il bambino attraverso il confronto di professionalità e prospettive osservative diverse



- ✓ Che cosa gli piace?
- ✓ Cosa fanno i genitori per avere la collaborazione?
- ✓ Che cosa gli piace fare per giocare?
- ✓ Cosa sa fare bene?
- ✓ Come si fa capire?
- ✓ Come vi fate capire?
- ✓ Come sono le persone che gli piacciono?
- ✓ Come sono le persone che non gli piacciono?
- ✓ Cosa gli fa paura?
- ✓ Cosa devo evitare di fare con lui?
- ✓ Cosa non gli piace?
- ✓ Può avere comportamenti tipo scappare, lanciare oggetti..? Quali?
- ✓ Può fare del male a qualcuno o a se stesso?
- ✓ Che cosa fate di solito in questa situazione?

VI SONO PERÒ ALCUNE ABILITÀ TIPICHE DELLA MAGGIOR PARTE DELLE PERSONE CON AUTISMO

La capacità di seguire delle routine

La capacità di eseguire consegne visive o scritte

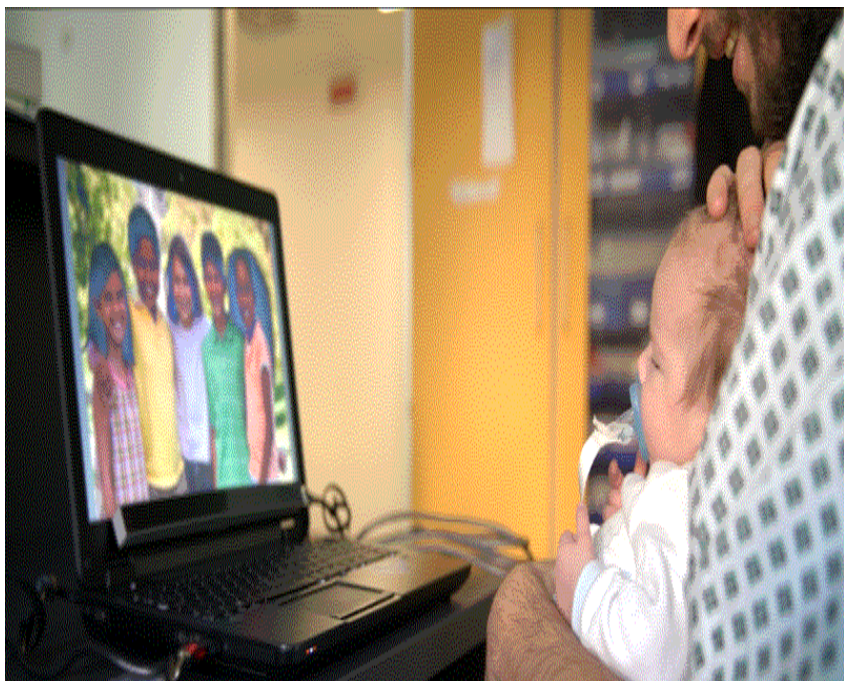
La capacità di cogliere i dettagli

La precisione

La capacità di usare congegni elettronici

..... l'incapacità di mentire

Vanno valutati individualmente, con strumenti specifici in grado di evidenziare abilità presenti e potenzialità (abilità non ancora presenti ma che possono essere sviluppate)



La ricerca scientifica negli ultimi dieci anni ha messo in evidenza che gli studi di eyetracking (una metodologia che utilizza un sistema di telecamere a raggi infrarossi per analizzare con precisione che cosa catturi lo sguardo con le persone con autismo) hanno messo in luce come letteralmente, questi soggetti vedano il mondo in modo diverso da come lo vedono i loro coetani senza autismo (Klin et.,al 2003; Jones, Carr e klin, 2008; Jones;2014). Tali differenze si traducono in una maniera differente di dare senso alle azioni degli altri, un modo diverso di interpretare la realtà e di imparare dall'ambiente fisico e sociale (Vivanti et al., 2008; 2011, 2014, Vivanti e Rogers 2014).

E' importante che...

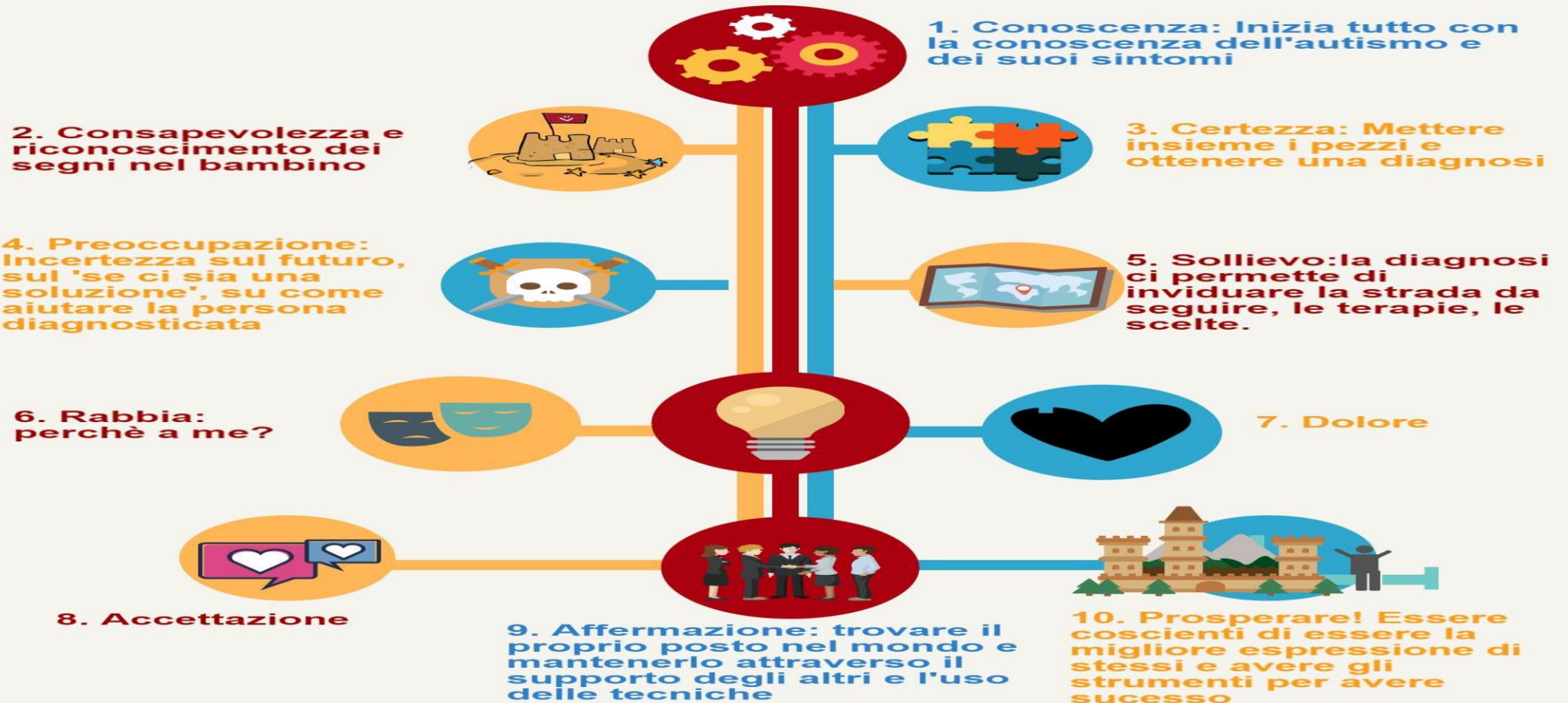
« più saremo in grado di metterci nei panni del bambino con autismo e guardare il mondo dal suo punto di vista più saremo in grado di realizzare programmi di intervento efficaci e precisi»



AUTISMO

Dal Chaos al Successo

Qual'è il percorso che ogni persona autistica e loro genitori seguono, dal sospetto, alla diagnosi, a ciò che segue?



IL PUNTO DI VISTA DEI GENITORI DI BAMBINI CON AUTISMO

Perché insegnare ai genitori le abilità necessarie per educare bambini con disturbo pervasivo dello sviluppo

I genitori, che non hanno causato né meritato in alcun modo il disturbo del loro bambino, si trovano ben presto in serie difficoltà. Sono sconcertati e attoniti perché i normali messaggi che la mamma manda al figlio con la voce, il gesto, lo sguardo, non ottengono risposte adeguate e non vanno a costruire quella conversazione senza parole, quel circolo virtuoso attraverso il quale, ben prima della comparsa del linguaggio, mamma e bambino riescono a dialogare. Quando manca questo dialogo, il bambino ha difficoltà nella sintonizzazione emotiva con i genitori, non comprende i contesti sociali, non comprende e quindi fatica ad aderire alle richieste e non sa farne in modi sempre comprensibili. I genitori si trovano così a curare e amare un figlio che non capiscono del tutto, con il quale interagire non è affatto semplice. Ha un bell'aspetto sano, ma, crescendo, non condivide azioni ed emozioni con gli altri, se si avvicina ad altri bambini non sa cosa fare con loro e spesso sta isolato.

I genitori si chiedono se sono loro a essere incapaci o poco abili nell'educare il loro bambino e il disagio e lo sconcerto aumentano.

Ciò nonostante i genitori, anche quando hanno fatto i conti con la diagnosi e sono soddisfatti per la terapia del bambino, continuano a chiedere aiuto con molta frequenza, sostenendo che nessuno risponde alla loro necessità di imparare come fare a casa con il bambino, sia per vivere bene insieme a lui, sia per aiutarlo a superare le sue difficoltà. Hanno certamente ragione nell'esprimere questa richiesta.

L'esperienza di questi ultimi trent'anni nel campo dell'autismo e dei disturbi pervasivi dello sviluppo, tutto il sapere che si è accumulato sulle cause di queste difficoltà e sul funzionamento dei bambini che ne sono affetti indicano chiaramente che il ruolo dei genitori nell'educazione del bambino è fondamentale e contribuisce per una parte essenziale al miglior esito delle cure a lui rivolte.

L'effetto dell'informazione e della formazione dei genitori non è soltanto diretto, ossia in termini di miglioramento del funzionamento del bambino, ma è anche indiretto, e cioè sul piano del benessere di tutta la famiglia, della diminuzione del rischio di depressione o di altre condizioni negative per la salute mentale degli adulti e di una maggiore

La formazione dei genitori è un lavoro educativo: chi lo svolge si fa carico dell'apprendimento delle persone a cui insegna, non fornisce nozioni lasciando poi che sia il genitore a cavarsela ma organizza percorsi, programmi, incontri che hanno lo scopo di modificare il comportamento dei papà e delle mamme, di renderli abili in un campo per loro completamente nuovo.

Capacità dei genitori di «reggere» in un percorso che, come spesso diciamo ai papà e alle mamme che incontriamo, «non assomiglia ai cento metri piani ma a una maratona».

Il training alla singola famiglia serve per insegnare ai genitori abilità utili a educare un bambino con il quale le normali capacità di un genitore, che magari ha allevato con soddisfazione e successo altri figli, non hanno funzionato.

Quando un genitore arriva in un centro ha già un notevole bagaglio di frustrazione per non essere riuscito a entrare in relazione con il suo bambino, a incontrare il suo sguardo e il suo sorriso o a condividere con lui esperienze ed emozioni, a comunicare né a livello verbale né non verbale, a farlo aderire alle regole e a insegnargli le abilità adeguate all'età. Lo sconcerto che un genitore prova di fronte a queste difficoltà e alle bizzarrie del comportamento del bambino è grande, anche perché non facile da comprendere. Da qui nasce il senso di inadeguatezza che una mamma e un papà possono provare di fronte al loro bambino: hanno già maturato il sentimento di amore e attaccamento normale nella nostra specie, e non comprendono la ragione per cui questo bimbo non risponda ai loro sentimenti.

Una mamma di una bimba autistica, dopo la nascita di un fratellino, disse con tristezza: «Ho capito cosa non funzionava in mia figlia solo dopo la nascita del secondo, e ho compreso il sentimento di solitudine che provavo quando stavo con lei».



NOI OPERATORI NON DOVREMMO DIRE: «CON GLI AUTISTICI SI FA COSÌ», MA PIUTTOSTO:

«Con Giovanni possiamo provare a fare questa cosa, in questo modo» dopo aver sperimentato in prima persona l'attività ed essere relativamente sicuri che il genitore possa ripeterla con successo perché risponde al bisogno e alle caratteristiche di quel bambino.

Anche i bisogni della famiglia vanno capiti e rispettati. Non possiamo proporre procedure standard: piuttosto dobbiamo dare risposte che contengano chiaramente i nostri obiettivi di insegnamento e sostegno, applicati con modalità adatte a ogni singola famiglia.

IL PUNTO DI VISTA DEGLI OPERATORI DI BAMBINI CON AUTISMO

Alcune famiglie hanno tempo ed energia per lavorare a lungo con il figlio e hanno bisogno di input precisi con indicazioni dettagliate che eseguono con precisione; ad altre è sufficiente mostrare delle modalità di lavoro con il bambino o dare indicazioni generali e da sole sono in grado di arricchirle creativamente, immettendone di nuove; altre ancora, quando cominciano il percorso con noi, non sono in grado di occuparsi del bambino più di quanto non stiano già facendo: in questo caso, occorre comprendere e accettare le difficoltà attendendo il momento in cui potremo riproporre al genitore un lavoro più specifico. Il nostro lavoro ha, comunque, lo scopo di suscitare speranza nel miglioramento del bambino e nelle possibilità reali che ci sono di insegnargli cose utili, nelle quali noi per primi dobbiamo credere

Tutto ciò è possibile nella misura in cui sperimentiamo questo lavoro e come funziona.

IL PUNTO DI VISTA DEI BAMBINI CON AUTISMO

1. IO SONO UN BAMBINO

Il mio autismo è parte di ciò che sono, ma non è tutto ciò che sono.
Tu sei una cosa? Oppure sei una persona con pensieri, sentimenti,
preferenze, idee, talenti e sogni?
Essendo un adulto tu hai il controllo sul modo in cui ti definisci. Se
vuoi far emergere una caratteristica su tutte le altre,
Puoi farlo. Io che sono un bambino, non so ancora chi sono

***«nei bambini con autismo l'unica cosa prevedibile è
l'imprevedibilità; l'unica caratteristica coerente è
l'incoerenza»***



IL PUNTO DI VISTA DEI BAMBINI CON AUTISMO

2. I MIEI SENSI NON SI SINCRONIZZANO

Significa che il normale flusso di immagini , suoni, odori, gusti e sensazioni tattili, che probabilmente tu neanche noti, per me è addirittura doloroso. Spesso percepisco un ambiente ostile. Ti potrei sembrare isolato e aggressivo o cattivo, ma in realtà sto solo cercando di difendermi. **Anche andare al supermercato può essere una tortura per me. IL MIO UDITO è acutissimo.** Ci sono decine di persone che parlano contemporaneamente. I BIP delle casse, i colpi di tosse, lo stridio dei carrelli, sono tutte minacce per il mio cervello che non filtra



IL PUNTO DI VISTA DEI BAMBINI CON AUTISMO

2. I MIEI SENSI NON SI SINCRONIZZANO

Il mio OLFATTO potrebbe essere ipersensibile. Il pesce al bancone non è freschissimo, il tizio che è davanti a noi alla cassa non si è fatta la doccia, nella corsia a tre stanno lavando il pavimento con l'ammoniaca perché si è rotto un vaso di sottaceti.

Anche i miei OCCHI sono bombardati. Le lampade a fluorescenza sono troppo forti. Lo spazio sembra muoversi; le luci pulsanti rimbalzano su tutto e distorcono ciò che vedo.

Troppi oggetti affinché io riesca a concentrarmi. Non so dove si trova il mio corpo nello spazio.



IL PUNTO DI VISTA DEI BAMBINI CON AUTISMO

3. DISTINGUI TRA CIO' CHE NON VOGLIO FARE (SCELGO DI NON FARE) E NON POSSO FARE (NON SONO IN GRADO)

Non è che io non ti ascolti quando mi dai istruzioni. E' che non ti capisco. Quando mi chiami dall'altro lato della stanza, i sento «nnnnnnnnnnLUCAnnnnn%ççççç. Piuttosto, vieni vicino a me, richiama la mia attenzione e parla con parole semplici.



IL PUNTO DI VISTA DEI BAMBINI CON AUTISMO

**4. SONO UN PENSATORE
CONCRETO. INTERPRETO IL
LINGUAGGIO LETTERALMENTE.**

Quando dici « c'è un tempo da lupi, io mi aspetto di vedere spuntare un animale feroce da un momento all'altro. Dimmi «Piove molto e fa freddo»

Giochi di parole, modi di dire, sfumature, allusioni, metafore e sarcasmo non hanno effetto su di me

**5. FAI ATTENZIONE A TUTTI MODI
IN CUI CERCO DI COMUNICARE**

Per me è difficile dirti di cosa ho bisogno se non ho modo di descrivere le mie sensazioni. Fai attenzione al linguaggio del corpo, alla mia tendenza ad isolarmi o agitarmi o ad altri segni che indicano che c'è qualcosa che non va. È tutto lì da interpretare.

A volte ripeto frasi fatte, di altre persone, o discorsi di altra gente. Gli esperti la chiamano ECOLALIA. Non so cosa significhi ma toglie il peso di dover trovare una risposta

IL PUNTO DI VISTA DEI BAMBINI CON AUTISMO

6.FAMMI VEDERE IO HO UN PENSIERO VISIVO

Fammi vedere come si fa qualcosa, anziché dirmelo e basta. E preparati a farmelo vedere tante volte, con tanto esercizio paziente...magari riesco ad imparare. I supporti visivi mi aiutano a orientarmi nella mia giornata. Non ho una capacità di elaborazione istantanea. Le istruzioni e le informazioni che mi vengono presentate, potrei guardarle per ore, ma potrebbero restare davanti a me per tutto il tempo che mi serve, e se le rigarderò in seguito saranno rimaste uguali a prima. Senza questo, vivo nella frustrazione.

IL PUNTO DI VISTA DEI BAMBINI CON AUTISMO

**7. CONCENTRATI E LAVORA SU
CIO' CHE POSSO FARE,
ANZICHE' SU CIO' CHE NON
POSSO FARE**

Come ogni persona, non posso imparare nulla in un ambiente in cui mi si fa pensare costantemente il fatto che sono abbastanza bravo e non vado bene. Cerca in me dei punti di forza

**8. AIUTAMI NELLE RELAZIONI
SOCIALI**

Potresti avere l'impressione che io non voglia giocare con altri bambini al parco, ma forse non sono capace di iniziare una conversazione o unirmi ai loro giochi. Io do il meglio nelle attività di gioco strutturate che hanno un inizio e una fine. Non sono capace di leggere le espressioni facciali, il linguaggio del corpo o le emozioni degli altri.



IL PUNTO DI VISTA DEI BAMBINI CON AUTISMO

9. IDENTIFICA CIO' CHE INNESCA LE MIE CRISI



I crolli emotivi e gli scoppi di rabbia sono più terribili per me che per te. Se avvengono è perché uno dei miei sensi è andato in sovraccarico o perché sono stato spinto oltre i miei limiti. Se riesci a scoprire che cosa mi andare in crisi, puoi evitarlo. Tieni un diario, in cui annotare orari, ambienti, persone e attività. Ricorda che tutto ciò che faccio è una comunicazione.

10. AMAMI INCONDIZIONAMENTE



Abbandona i pensieri come « se solo tu potessi...e « ma perché non puoi».. neanche tu hai soddisfatto ogni aspettativa che i tuoi genitori avevano per te e non ti piacerebbe se te lo ricordassero ogni volta. **Non ho scelto io di avere l'autismo.** Senza il tuo supporto, le mie opportunità di crescere e diventare indipendente e realizzato sono scarse. Invece con il tuo aiuto, la tua guida, le possibilità di crescere saranno tante.

lo mi fido di te, tutto ciò che potrei diventare non esitare mai senza di te come roccia a cui appoggiarmi. Sii il mio portavoce, la mia guida. Amami per ciò che sono, e vediamo dove riusciremo ad arrivare



Impatto diverso nella socializzazione e nell'apprendimento in diversi bambini.

Oggi giorno gli individui ci dimostrano che sono in grado di superare, compensare, gestire gli aspetti più difficoltosi della loro condizione e avere una vita realizzata e dinamica .

Molti di coloro che convivono con l'autismo non solo non cercano una cura, ma ne rifiutano proprio il concetto di cura.

METODO

L'organizzazione spaziale, ovvero suddivisione degli spazi secondo la loro funzionalità e in maniera tale che siano immediatamente identificabili dal bambino: una zona-lavoro, un'area gioco tempo-libero, un'area di accoglienza e così via.

- **L'organizzazione dell'attività giornaliera** tramite schemi o "agende" che servono al bambino ad anticipare e a visualizzare in toto le attività della giornata, in modo da limitare i problemi di orientamento temporale e di organizzazione e da compensare gli ostacoli del linguaggio ricettivo.
- **L'organizzazione del compito**, ovvero una chiara leggibilità delle modalità di svolgimento dei compiti tramite una particolare disposizione dei materiali che dovranno essere utilizzati in sequenza per il completamento di ogni attività.

IL TRATTAMENTO

LA RIABILITAZIONE

“ Il requisito indispensabile per un professionista che lavora con l'autismo è molta immaginazione e la capacità di mettersi nei panni della persona affetta da autismo, perché le persone affette da autismo hanno *un pensiero diverso dal nostro, e un buon professionista deve essere in grado di calarsi nel loro modo di pensare.*

Quanto più noi riusciamo a metterci nei panni della persona affetta da autismo, tanto più riusciamo a capire i motivi dello stress e dei problemi di comportamento, e quali sono gli ostacoli che li causano e come rimuovere questi ostacoli: solo facendo così, mettendoci il più possibile nei panni della persona affetta da autismo, possiamo fare un piano educativo veramente individualizzato e su misura” (Theo Peeters)

LA VALUTAZIONE DELL'AUTISMO

Gli strumenti di valutazione a disposizione dell'esperto sono:

1. Somministrazione test
2. Questionari per genitori e insegnanti
- 3 L'esame obiettivo neurologico, finalizzato alla rilevazione di particolari caratteristiche neurologiche o dismorfiche, volto ad indirizzare il protocollo di esami medici.

1. Somministrazione test

La valutazione testistica prevede l'utilizzo di

- scale diagnostiche specifiche per i Disturbi dello Spettro Autistico,
- l'assessment neuropsicologico,
- la stesura del profilo psico-educativo,
- l'eventuale indagine psicodiagnostica.

1. Somministrazione test

1a. La scala CARS

1b. La scala ABC (Autism Behavior Checklist) Krug, Arick, and Almond (1978)

1c. CASD (Checklist for Autism Spectrum Disorder)

2. Osservazione nei diversi contesti

ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule, versione 2)

LA DIAGNOSI DIFFERENZIALE

DISTURBO DI ASPERGER

mentre la prevalenza dell'autismo è di circa 4 su 10000 bambini, si stima che la AS raggiunga punte di 20- 25 su 10.000.

SI DIFFERENZIA DAL DISTURBO AUTISTICO PER

1. minore compromissione dell'interazione sociale
2. livello linguistico e cognitivo nei limiti della norma
3. presenza di schemi di attività ed interessi ristretti e ripetitivi, che si esprimono soprattutto con una “dedizione assorbente ad un argomento, sul quale il soggetto può raccogliere una gran quantità di fatti o di informazioni”.

È considerata una forma di autismo lieve che comprende disturbi comportamentali e relazionali, ma chi ne è affetto può condurre una vita assolutamente normale e di successo

Una diagnosi difficile.

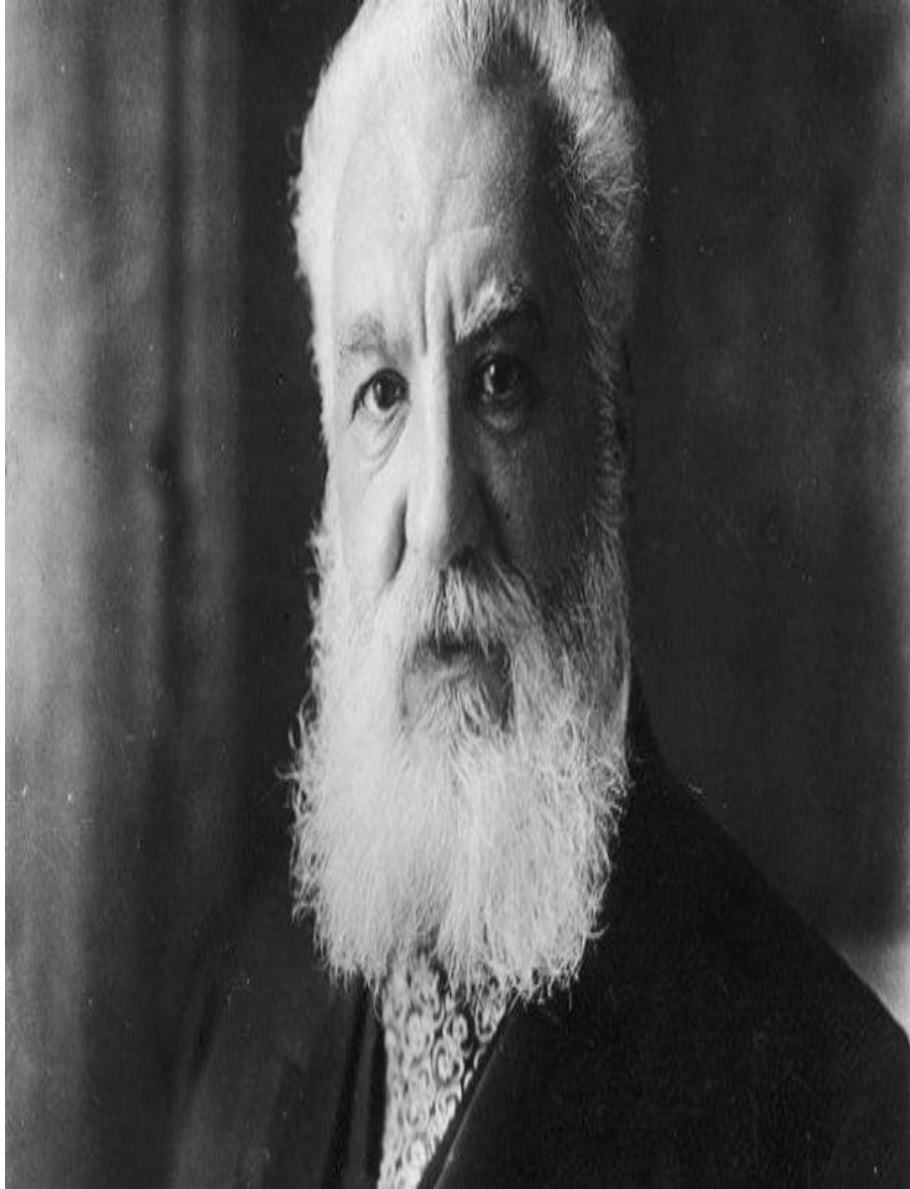
Diagnosticare questa sindrome non è semplice perché spesso la si associa a **"comportamenti strani" o ad aspetti caratteriali del bambino**, che, specialmente quando si presenta in forma lieve, si manifestano con difficoltà a socializzare.

Tratti comuni anche ad artisti e geni della scienza, di oggi e del passato. **A differenza di forme più gravi di autismo, la diagnosi spesso arriva dopo i 5-6 anni, quando arriva.**

L'Asperger infatti potrebbe non essere mai diagnosticata

La sindrome di Asperger si caratterizza per un'intelligenza superiore alla media per ciò che riguarda la matematica, la memorizzazione visiva, per tutto ciò che è schematico insomma«

Invece ha dei deficit in tutta la sfera della socialità: non comprende le battute, le metafore, l'ironia, e analizza in modo estremamente logico un'informazione, senza comprenderne il metalinguaggio".



- **Wolfgang Amadeus Mozart: compositore e pianista austriaco;**
- **Bob Dylan: cantautore e compositore statunitense;**
- **Steve Jobs: imprenditore, informatico e creatore della Apple;**
- **Alfred Hitchcock: regista cinematografico britannico;**
- **Henry Ford: imprenditore e fondatore della Ford Motor Company;**
- **Graham Bell: inventore del telefono scozzese-americano;**
- **Michelangelo Buonarroti: scultore, pittore, architetto e poeta italiano;**
- **Thomas Jefferson: 3° presidente degli Stati Uniti d'America;**
- **Albert Einstein: fisico e filosofo, ha mutato per sempre il modello di interpretazione del mondo fisico;**
- **Vincent Van Gogh: pittore impressionista fiammingo;**
- **Charles Darwin: naturalista, celebre per aver formulato la teoria dell'evoluzione;**
- **Isaac Newton: matematico, fisico, filosofo naturale, astronomo, teologo inglese.**

DISTURBO DISINTEGRATIVO DELL'INFANZIA

In fase di “stato” presenta le caratteristiche tipiche del Disturbo Autistico, da cui si differenzia esclusivamente per le modalità di esordio. E', infatti, caratterizzato da uno sviluppo apparentemente normale nei primi due anni di vita, con perdita delle competenze precedentemente acquisite.

DISTURBO DI RETT

E' un disturbo neurodegenerativo con eziologia definita (mutazione nel gene MECP2). **Colpisce quasi esclusivamente il sesso femminile** ed esordisce tra i 6 e i 18 mesi, dopo un periodo di sviluppo normale.

Il quadro clinico è caratterizzato da una **regressione dello sviluppo comunicativo-sociale** e dalla perdita delle competenze prassiche, con comparsa di caratteristiche stereotipie motorie a carico delle mani. L'**incidenza** della malattia tra le ragazze **di 12 anni** è stimata **di 1 su 9.000**; nella popolazione generale la stima si abbassa a 1 soggetto su 30.000.

Abituale è la presenza di disturbi della coordinazione motoria e di alterazioni EEG.

ADHD

Sempre più diffuso oggi, il disturbo da deficit di attenzione ed iperattività, risulta importante da differenziare dall'autismo, che a volte ne ingloba alcune caratteristiche. :

1. Livello di inattenzione e/o iperattività/impulsività inappropriato rispetto al livello di sviluppo, ovvero:

- più grave di quello osservato in altri bambini della stessa età
- più grave di quello osservato in altri bambini dello stesso livello di sviluppo
- presente in diversi contesti di vita

Si modifica con l'età, ma può essere presente tutta la vita.

CAUSA SERI PROBLEMI NELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE.

Si stima che nel mondo l'incidenza dell'ADHD sia pari al 5,3% della popolazione

in Italia la prevalenza è intorno al 3-4%, che corrisponde a circa 270.000-360.000 bambini.

Da esso non si guarisce totalmente; infatti chi ne è affetto da bambino si porterà dietro la malattia anche in età adulta. E questo è un dato di fatto: **in Italia, la prevalenza di malattia in questa fascia di età si aggira attorno al 2%, vale a dire che si estende a poco più di un milione di persone.**

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) è un disturbo infantile di origine neurobiologica, complesso e problematico, purtroppo ancora poco noto nel nostro Paese. È una malattia che invade tutte le sfere del vivere, infatti i bambini che ne sono affetti non riescono a controllare le loro risposte all'ambiente; sono disattenti, iperattivi e impulsivi, fino a compromettere la loro vita di relazione e scolastica.

LA DISABILITÀ NON È UN LIMITE

Tutti noi siamo stati disabili almeno una volta senza rendercene conto. La disabilità dipende dal contesto.



"Una diagnosi di autismo non è la fine del mondo ...è l'inizio di un nuovo mondo"

Per Info potete
contattarmi al seguente
indirizzo

roberto.lupo@uniba.it

Grazie