

# INDICE

<i>Presentazione (Franco Nardocci e Dario Ianes)</i>	7
<i>Premessa</i>	9
<b>Capitolo 1</b>	
Linee guida per la diagnosi e la valutazione	21
<b>Capitolo 2</b>	
Linee guida per lo screening	61
<b>Capitolo 3</b>	
Linee guida per il trattamento	71
<i>Bibliografia</i>	107

# Presentazione

La pubblicazione delle Linee Guida per l'Autismo rappresenta una prima importante occasione di collaborazione tra le Edizioni Erickson, Casa Editrice tradizionalmente orientata a testi non medici ma di psicologia e educazione, e la Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza, SINPIA. Questa volontà di raccordo è sorta per una comune visione sull'autismo e, in particolare, per l'esigenza di rafforzare quel modello di intervento che individua nelle attività di tipo educativo uno degli assi principali dei moderni approcci abilitativi e terapeutici per le patologie dello spettro autistico.

Ma questa collaborazione deriva anche da una più generale condivisione di temi culturali e interessi scientifici che si rifanno a un filone di ricerca che da molto tempo si colloca nel solco del profondo intreccio tra psicologia dell'educazione, pedagogia e neuropsichiatria infantile negli storici approcci di queste discipline alla disabilità e a quella mentale in particolare. Da tempo numerosi insegnanti si confrontano con una certa consuetudine nelle scuole con operatori delle Neuropsichiatrie Infantili sia per le attività legate alla legge 104 per l'integrazione scolastica dei bambini con disabilità, che per interventi di prevenzione e presa in carico di minori che soffrono di difficoltà e disturbi di ordine psicologico o neuropsicologico, quando non di proprie e vere situazioni di grave rischio psicosociale.

Sono percorsi condivisi tra Servizi di Neuropsichiatria Infantile, insegnanti e famiglie che si richiamano a una storia culturale e scientifica le cui radici nascono da grandi valori ed esperienze di importanti innovatori: pensiamo fra gli altri al medico Jean Itard

del famoso Istituto per sordomuti di rue Saint-Jacques di Parigi, che applica metodologie psicoeducative per l'abilitazione e riabilitazione di Victor, il piccolo selvaggio dell'Aveyron; a Maria Montessori la quale, laureata in medicina e successivamente assistente alla Cattedra di Psichiatria dell'Università di Roma, si applica fin dagli inizi del Novecento allo studio del ritardo mentale e a quel lavoro con i bambini che ne sono colpiti che la condurrà a divenire poi una teorizzatrice e organizzatrice di un metodo generale dell'educazione infantile; a Hans Asperger che, nella Clinica Pediatrica di Vienna negli anni Quaranta, individua nella «pedagogia curativa» il centro dell'intervento terapeutico per la «psicopatia autistica».

Il rapporto tra educazione e neuropsichiatria infantile riconduce quindi a un ampio corpo dottrinario in cui la disponibilità all'approccio interdisciplinare e al lavoro tra professioni diverse si viene configurando come elemento caratterizzante per la condivisione di prospettive operative e obiettivi progettuali. Questo rapporto viene messo alla prova e si alimenta in una prassi che ormai è divenuta nel nostro Paese un valore irrinunciabile: l'integrazione scolastica e sociale, in contrasto all'emarginazione. Il numero dei bambini e delle bambine con disabilità che nelle scuole italiane frequentano percorsi integrati rappresenta con evidenza l'ampiezza raggiunta da questo progetto educativo e riabilitativo. Ma questo semplice dato ci permette anche di comprendere la complessità del funzionamento della rete operativa che deve sostenere il percorso di inclusione e abilitazione e di intendere anche la profondità delle problematiche che gli educatori della scuola e gli operatori dei Servizi di Neuropsichiatria devono affrontare.

Questa pubblicazione rappresenta quindi la prima espressione di una volontà comune di fornire e diffondere strumenti utilizzabili da tutti quegli operatori che nella Scuola e nei Servizi Sanitari e Sociali ricercano più efficienti conoscenze e indirizzi per il loro lavoro.

Abbiamo la fondata speranza che queste linee guida possano essere anche un contributo utilizzabile dalle famiglie e dalle loro associazioni, che rappresentano l'altra essenziale componente della rete per l'inclusione scolastica e sociale, affinché una cultura più adeguata ai bisogni dei bambini affetti da autismo possa affermarsi più rapidamente ed efficacemente.

*Franco Nardocci*

Presidente SINPIA  
Centro per l'Autismo AUSL Rimini

*Dario Ianes*

Centro Studi Erickson, Trento  
Università di Bolzano

# Premessa

Le conoscenze in merito al disturbo autistico si sono modificate in modo drammatico negli ultimi due decenni: il dibattito scientifico e culturale in tema di autismo si è sviluppato molto in termini sia di nuove acquisizioni, che di collaborazione e confronto tra Università, Servizi, Istituzioni e famiglie, che su questa grave patologia tendono a finalizzare le loro iniziative. Tuttavia, a 60 anni dalla sua individuazione da parte di Leo Kanner (1943), persistono ancora notevoli incertezze in termini di eziologia, elementi caratterizzanti il quadro clinico, confini nosografici con sindromi simili, diagnosi, presa in carico, evoluzione a lungo termine.

In considerazione della complessità dell'argomento, per superare il disorientamento degli operatori coinvolti nella diagnosi e nella formulazione del progetto terapeutico ed evitare che ciò si ripercuota negativamente sui genitori e sulla tempestività ed efficacia del trattamento, è emersa negli ultimi tempi da parte della Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile e Adolescenziale l'esigenza di elaborare delle *linee guida* condivisibili sul territorio nazionale.

Le *linee guida*, in generale, consistono in una serie d'indicazioni, raccomandazioni e/o suggerimenti, che si pongono come punti di riferimento per genitori e/o operatori di vario livello (medici di famiglia, pediatri di base, neuropsichiatri infantili, psicologi, terapisti, educatori, ecc.). Tali indicazioni, raccomandazioni e/o suggerimenti sono ricavati facendo riferimento alla letteratura internazionale e possono riguardare uno specifico aspetto di una situazione patologica o per contro aspetti più generali.

Le *linee guida* rappresentano inoltre dei parametri di riferimento temporanei, destinati a essere periodicamente modificati e aggiornati sulla base dei progressi tecnologici e dell'avanzamento delle conoscenze scientifiche disponibili sull'argomento.

I parametri su cui si basa il presente lavoro sono rappresentati insieme da:

- una revisione delle proposte internazionali in tema di linee guida per l'autismo e una sintesi delle raccomandazioni da esse emerse;
- una valutazione della letteratura nazionale e internazionale recente, rispetto alla quale sono stati presi in considerazione studi caratterizzati da un forte rigore metodologico;
- un'elaborazione dei contributi di professionisti che attualmente operano in Italia, limitatamente alle opinioni largamente condivise.

Nel corso del presente documento i suggerimenti che trovano maggior riscontro nell'esperienza internazionale, verranno segnalati con il seguente simbolo: **S<sub>X</sub>**

Le raccomandazioni, viceversa, vengono segnalate con il seguente simbolo: **R<sub>X</sub>**

## Definizione del disturbo

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 (Baird, Cass e Slonims, 2003; Berney, 2000; Rutter, 1978; Szatmari, 2003). L'autismo, pertanto, si configura 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.

## Epidemiologia

L'autismo non presenta prevalenze geografiche e/o etniche, in quanto è stato descritto in tutte le popolazioni del mondo, di ogni

razza o ambiente sociale. Presenta, viceversa, una prevalenza di sesso, in quanto sembra colpire i maschi in misura da 3 a 4 volte superiore rispetto alle femmine (Fombonne, 2003; Skuse, 2000; Yeargin-Allsopp et al., 2003).

Sulla base dei dati attualmente disponibili una prevalenza di 10 casi per 10.000 sembra la stima più attendibile (Fombonne, 2003; Volkmar et al., 2004). Tale dato, confrontato con quelli riferiti in passato, ha portato a concludere che attualmente l'autismo è 3-4 volte più frequente rispetto a trent'anni fa (Chakrabarti e Fombonne, 2001; Fombonne, 2003; Yeargin-Allsopp et al., 2003). Secondo la maggioranza degli Autori (Baird, Cass e Slonims, 2003; Fombonne, 2001; Prior, 2003) questa discordanza nelle stime di prevalenza sarebbe dovuta, più che a un reale incremento dei casi di autismo, a una serie di fattori individuabili in:

- maggiore definizione dei criteri diagnostici, con inclusione delle forme più lievi;
- diffusione di procedure diagnostiche standardizzate;
- maggiore sensibilizzazione degli operatori e della popolazione in generale;
- aumento dei Servizi (anche se ancora decisamente inadeguati alla richiesta, sia quantitativamente che qualitativamente).

## Meccanismi eziopatogenetici

Le cause dell'autismo sono a tutt'oggi sconosciute. La natura del disturbo, infatti, coinvolgendo i complessi rapporti mente-cervello, non rende possibile il riferimento al modello sequenziale etiopatogenetico, comunemente adottato nelle discipline mediche: etiologia → anatomia patologica → patogenesi → sintomatologia (Rapin, 2004). Va inoltre considerato che l'autismo, quale sindrome definita in termini esclusivamente comportamentali, si configura come la via finale comune di situazioni patologiche di svariata natura e con diversa etiologia (Baird, Cass e Slonims, 2003).

Per rimanere nell'ambito di una terminologia «medica», l'etiologia, l'anatomia patologica e la patogenesi si pongono — per quel che riguarda l'autismo — come tre aree di ricerca ancora distinte, in quanto i rapporti causali fra di esse restano attualmente indefiniti.

Per cercare di leggere l'immensa letteratura dedicata all'argomento è utile far riferimento a queste tre aree di ricerca, all'interno delle quali i vari studi possono essere collocati. Tale aree possono essere indicate nel modo seguente:

1. i modelli interpretativi della clinica (la patogenesi);
2. le basi neurobiologiche (l'anatomia patologica);
3. i fattori causali (l'etiologia).

### *Modelli interpretativi della clinica*

La prima area di ricerca è volta a definire le caratteristiche del funzionamento mentale di tipo autistico, da cui discendono i comportamenti che caratterizzano il quadro clinico.

Nel corso di questi ultimi anni le ipotesi interpretative che sembrano riscuotere i maggiori consensi, rientrano nei seguenti modelli:

- teoria socio-affettiva;
- teoria della mente;
- coerenza centrale;
- funzioni esecutive.

### *Teoria socio-affettiva*

La teoria socio-affettiva parte dal presupposto che l'essere umano nasce con una predisposizione innata a interagire con l'altro (Hobson, 1993).

Si tratta di un bisogno primario non inferito dalle esperienze, né condizionato o dettato da altri tipi di bisogni. È un qualcosa che appartiene al corredo genetico del bambino, come patrimonio della specie, e che viene definito con diversi termini, quali *empatia non inferenziale* o *intersoggettività primaria* (Trevarthen e Aitken, 2001). Peraltro il neonato, anche se molto attento agli stimoli sensoriali, sembra mostrare una particolare predilezione per quelli di natura sociale (Dawson et al., 1998a).

Secondo la teoria socio-affettiva, pertanto, esisterebbe nell'autismo un'innata incapacità, biologicamente determinata, di interagire emozionalmente con l'altro. Tale incapacità, secondo una reazione a cascata, porterebbe all'incapacità di imparare a riconoscere gli stati mentali degli altri, alla compromissione dei processi di simbolizzazione, al deficit del linguaggio, al deficit della cognizione sociale.

### *Deficit della teoria della mente*

Con il termine «teoria della mente» viene indicata la capacità di riflettere sulle emozioni, sui desideri e sulle credenze proprie e altrui e di comprendere il comportamento degli altri in rapporto non solo a quello che ciascuno di noi *sente, desidera o conosce*, ma in rapporto a quello che ciascuno di noi pensa che l'altro *sente, desidera o conosce* (Baron-Cohen et al., 2000; Baron-Cohen, Tager-Flusberg e Cohen, 2000). Si tratta di un «modulo» cognitivo che matura progressivamente nel tempo per realizzarsi intorno ai 4 anni. In particolare, nei primi anni di vita il bambino, attraverso lo sguardo referenziale, l'attenzione condivisa e il gioco di finzione, si approprierebbe della capacità di leggere progressivamente le emozioni, i desideri e le credenze, di sistematizzarli in un sistema di conoscenze e di giungere a effettuare delle *rappresentazioni delle rappresentazioni* mentali degli altri (*metarappresentazioni*).

Secondo questo tipo di approccio, l'autismo sarebbe legato a un'incapacità del bambino di accedere a una teoria della mente, rimanendo in una situazione di «cecità mentale» (Baron-Cohen, 1995). Il bambino autistico, cioè, sarebbe incapace di comprendere e riflettere sugli stati mentali propri e altrui e, conseguentemente, di comprendere e prevedere il comportamento degli altri.

### *Debolezza della coerenza centrale*

Il profilo cognitivo del bambino autistico permette di rilevare una serie di elementi caratterizzanti, rappresentati da:

- un'incapacità di cogliere lo stimolo nel suo complesso;
- un'elaborazione segmentata dell'esperienza;
- una difficoltà di accedere dal particolare al generale;
- una polarizzazione esasperata su frammenti di esperienza.

Tali elementi hanno indotto a formulare l'ipotesi di una debolezza della coerenza centrale (Frith e Happé, 1994; Happé e Frith, 1996).

La coerenza centrale va intesa come quella capacità di sintetizzare in un tutto coerente, o se si preferisce di sistematizzare in un sistema di conoscenza, le molteplici esperienze parcellari che investono i nostri sensi. Una «debolezza» in suddetta capacità porta il bambino autistico a rimanere ancorato a dati esperienziali parcellizzati, con incapacità di cogliere il significato dello stimolo nel suo complesso.

Un tale modello suggerisce che il funzionamento mentale di tipo autistico si caratterizza come uno stile cognitivo che investe non solo l'elaborazione degli stimoli sociali, ma più in generale di tutti i dati esperienziali (Happé, 1999).

### *Deficit delle funzioni esecutive*

Con il termine di «funzioni esecutive» vengono indicate una serie di abilità che risultano determinanti nell'organizzazione e nella pianificazione dei comportamenti di risoluzione dei problemi (Pennington e Ozonoff, 1996).

Tali abilità sono rappresentate da:

- la capacità di attivare e di mantenere attiva, a livello mentale, un'area di lavoro, una sorta di scrivania mentale, sulla quale disporre tutti gli elementi pertinenti al compito in esame;
- la capacità di formulare mentalmente un piano di azione;
- la capacità di non rimanere rigidamente ancorati, nella formulazione della risposta, ai dati percettivi che provengono dal contesto;
- la capacità di inibire risposte «impulsive»;
- la capacità di essere attenti alle informazioni di ritorno, per correggere in base ad esse il piano inizialmente formulato;
- la capacità, infine, di spostare in modo flessibile l'attenzione sui vari aspetti del contesto.

Molti dei comportamenti autistici sarebbero l'espressione di un deficit di tali abilità: per esempio, l'impulsività, per l'incapacità di inibire le risposte inappropriate; l'iperselettività, per l'incapacità di cogliere il tutto senza rimanere ancorato al particolare; la perseverazione, per l'incapacità di ridirezionare in maniera flessibile l'attenzione (Ozonoff, 1997; Pennington e Ozonoff, 1996). Anche tale modello, così come quello della coerenza centrale, individua nell'autismo un deficit cognitivo di natura «generale» e non limitato all'elaborazione degli stimoli sociali (come ipotizzato, viceversa, dal deficit della teoria della mente).

### *Basi neurobiologiche*

Si tratta dell'area di ricerca volta a individuare eventuali strutture anatomiche e/o circuiti disfunzionali coinvolti nella genesi del quadro clinico-comportamentale.

rivolge loro per chiedere o comunicare, all'aderenza alle loro richieste o alle loro proposte di interazione, ai suoi interessi e alle modalità con cui organizza le sue attività ludiche.

Per mettere in evidenza alcuni comportamenti «atipici» è necessario talvolta spiegare ai genitori le caratteristiche e il senso dei comportamenti che si cerca di approfondire, ricorrendo anche a esempi.

S13

In questa parte dell'esame va inserita la somministrazione di un'intervista strutturata con finalità diagnostiche. L'intervista maggiormente utilizzata a livello internazionale è l'*Autism Diagnostic Interview* (ADIR). Molto utile risulta anche la *Gilliam Autism Rating Scale* (GARS). Le caratteristiche di entrambe le scale sono state precedentemente descritte.

### *Definizione del funzionamento adattivo attuale del bambino*

Nella ricostruzione del quadro comportamentale del bambino vanno inoltre rivolte ai genitori domande specifiche che riguardano il livello adattivo, che si esprime attraverso le autonomie, le modalità di comunicare i suoi bisogni, la gestibilità nel quotidiano. Bisogna spesso aiutare i genitori a fornire dati attendibili, invitandoli, per esempio, a riferire una giornata tipo e stimolandoli a riflettere su alcune situazioni «significative», quali il momento dei pasti, quello dell'addormentamento, gli incontri con altri bambini, le uscite, le visite a o da parte di amici o familiari.

S14

In questa parte dell'esame va inserita la somministrazione di un'intervista strutturata che permetta di tradurre le informazioni in dati «misurabili». L'intervista maggiormente utilizzata è la *Vineland Adaptive Behavior Scales* (VABS), le cui caratteristiche sono state precedentemente descritte.

### *Incontri dedicati al bambino*

#### *Esame obiettivo*

L'esame obiettivo è finalizzato a ricercare l'eventuale presenza di segni e sintomi riferibili a condizioni mediche nosograficamente definite, con particolare riferimento a quelle più frequentemente segnalate in associazione con l'autismo (sclerosi tuberosa, sindrome dell'X fragile, ipomelanosi di Ito, ecc.). Particolarmente importante

è la misurazione di parametri auxologici, quali la statura, il peso e, soprattutto, il perimetro cranico (PC). Di riscontro frequente è un valore del perimetro cranico superiore al 90° percentile; questo dato può non essere presente alla nascita, ma evidenziarsi successivamente, con un'accelerazione del tasso di crescita tra i 2 e i 12 anni (Aylward et al., 2002; Courchesne, Carper e Akshoomoff, 2003). Circa il 25% dei bambini con disturbi dello spettro autistico presenta macrocefalia.

### *Esame neurologico*

L'esame neurologico standard, finalizzato a valutare l'integrità delle strutture nervose centrali e periferiche, dovrà tener conto non solo dei sintomi «maggiori» (spasticità, distonie, atassia, paralisi, ecc.), ma anche dei segni «minori» (*neurological soft signs*). Nell'ambito di questo ultimo tipo di segni rientrano rilievi aspecifici e di incerta definizione nosografica, quali strabismo, sfumate asimmetrie di lato dei riflessi o del tono, lievi ipercinesie coreiformi, incertezze nella coordinazione dinamica generale. Tali segni, oltre a rappresentare una testimonianza di una possibile disfunzione neurobiologica di fondo, si pongono talvolta come utili elementi per una diagnosi differenziale (come nel caso della sindrome di Asperger, in cui la goffaggine motoria rappresenterebbe un sintomo considerato patognomonico o in quello della sindrome di Rett, in cui il disturbo della coordinazione dinamica generale e le manifestazioni parossistiche sono abituali).

### *Esame psichiatrico*

L'esame psichiatrico rappresenta una fase fondamentale del processo diagnostico e, nel caso specifico, la più importante.

S15

La metodologia dell'esame è quella abitualmente adottata in Neuropsichiatria Infantile e prevede le seguenti procedure: l'osservazione, il colloquio e la somministrazione di reattivi mentali standardizzati. Vengono di seguito riportati alcuni suggerimenti operativi.

1. *L'osservazione.* L'osservazione rappresenta la modalità privilegiata e spesso esclusiva nelle situazioni in cui il bambino è molto piccolo, non verbale e/o non disponibile a un aggancio relazionale. Essa prevede due momenti: uno apparentemente non strutturato e

l'altro strutturato (seduta di gioco). L'osservazione non strutturata si riferisce al prestare particolare attenzione ai comportamenti del bambino e dei genitori dal momento in cui entrano nella sala da visita fino a quello in cui si congedano. In effetti, la semplice osservazione — intesa nel senso di limitarsi a «guardare» il bambino, il suo modo di muoversi, di chiedere, di rispondere alle richieste dei genitori, di esprimere le sue emozioni, di rapportarsi all'altro e di rapportarsi all'oggetto, senza ricorrere a manovre direttive o invasive — permette di raccogliere la maggioranza delle informazioni utili per il «processo di conoscenza».

L'osservazione strutturata si riferisce, invece, all'organizzazione di uno spazio ludico, in cui vengono proposte situazioni-stimolo in grado di attivare comportamenti «misurabili». Le situazioni-stimolo da proporre variano in rapporto all'età e al livello di sviluppo. *Per i bambini più piccoli, non verbali e/o con basso livello di sviluppo* possono essere proposti: giochi senso-motori (rincorrersi, prendersi, nascondersi); giochi con la palla, macchinine o costruzioni; attività espressive con l'uso di matite o plastilina; giochi di finzione con miniature di bicchieri, piatti o bambolotti. *Per i bambini più grandi, verbali e/o con livello di sviluppo relativamente adeguato* possono essere proposte situazioni-stimolo maggiormente strutturate, quali giochi di finzione di maggiore complessità simbolica (riproposizione di scene di vita quotidiana e drammatizzazioni) o giochi con regole.

Quanto più l'osservazione è *apparentemente* libera, in un contesto relazionale rassicurante, tanto maggiori saranno le possibilità espressive del bambino e, quindi, gli elementi che si riusciranno a cogliere. Il termine «apparentemente» viene sottolineato per indicare che, nell'organizzazione dell'osservazione, nulla è lasciato al caso o all'improvvisazione. In effetti l'esaminatore ha uno schema mentale ben preciso che lo guida. La stessa scelta di lasciare il bambino «libero» di agire e di interagire risponde a uno specifico scopo, in accordo a un protocollo predefinito.

2. *Il colloquio*. Il colloquio rappresenta la naturale integrazione dell'osservazione quando il bambino è in grado di interagire verbalmente. Per gli adolescenti verbalmente competenti esso diventa la modalità di elezione per condurre l'esame.

Il colloquio viene effettuato in accordo ai suggerimenti comunemente adottati nell'esame neuropsichiatrico infantile, riassumibili nei seguenti punti:

- organizzare adeguatamente gli spazi in cui deve avvenire il colloquio;
  - favorire la libera espressione del soggetto, creando una dimensione relazionale in cui non si senta esaminato e, soprattutto, giudicato;
  - evitare l'adozione di atteggiamenti direttivi, forzando il colloquio su tematiche che interessano l'esaminatore ma non il bambino, o nei confronti delle quali egli sembra mostrare delle resistenze;
  - guidarlo a esprimersi su alcune tematiche critiche, quali i rapporti con gli altri, i rapporti con i genitori, la scuola, la natura degli interessi e delle attività, le emozioni fondamentali (rabbia, felicità, tristezza, paura) e le situazioni in grado di attivarle.
3. *La somministrazione di reattivi mentali standardizzati.* Si riferisce agli «strumenti» abitualmente utilizzati in Neuropsichiatria Infantile per integrare l'esame psichiatrico del bambino. Come è noto, tali «strumenti» sono costituiti da prove selezionate in base a studi di validazione su ampi campioni di popolazione per una valutazione standardizzata. Essi vanno scelti in rapporto alle aree che si intendono approfondire, all'età del bambino e al suo livello di sviluppo.

### Valutazione dei comportamenti con significato diagnostico

Questa parte dell'esame prevede la valutazione di quegli aspetti che caratterizzano il comportamento autistico, così come definito dai criteri diagnostici del DSM-IV-TR:

- la compromissione qualitativa dell'interazione sociale;
- la compromissione qualitativa della comunicazione verbale e non verbale;
- le atipie del repertorio di interessi e attività per contenuto o perseverazione.

Per i bambini più piccoli e/o non verbali la tecnica di valutazione è fondamentalmente rappresentata dall'osservazione (seduta di gioco). Risulta particolarmente importante annotare aspetti quali:

- il modo in cui il bambino entra nella stanza, che può variare dal rifiuto manifesto, all'inibizione o alla completa disinibizione;
- il modo in cui investe lo spazio, che può esprimersi con la ricerca di uno spazio privilegiato in cui resta «confinato» o, al contrario, con un'attività motoria frenetica che lo porta a spaziare per tutta la stanza;

- il modo in cui esplora gli oggetti presenti nella stanza, che può variare da una completa indifferenza a una manipolazione afinalistica o a un uso ritualizzato;
- il modo in cui reagisce alla presenza dell'altro, che può essere caratterizzato da una completa indifferenza, da reazioni di evitamento o da una viscosità indiscriminata;
- il modo in cui risponde alle richieste dell'esaminatore, che può variare da un'apparente disponibilità a interagire, a un'aderenza passiva o a un completo rifiuto;
- le finalità preferenziali della comunicazione, che risulta generalmente di tipo richiestivo (rivolgersi all'altro per ottenere qualcosa) e mai — o quasi mai — di tipo dichiarativo (richiamare l'attenzione dell'altro per condividere un comune fuoco di interesse);
- il modo in cui comunica i propri bisogni, che può variare da segnalatori poco differenziati (gridare, esprimere malessere, accentuare condotte stereotipate) a comportamenti più espliciti (prendere la mano dell'altro e dirigerla *per*), fino a gesti funzionali (indicare);
- gli interessi e le attività prevalenti, che possono essere rappresentati da manierismi motori stereotipati e/o dedizione assorbente a particolari attività e/o interessi bizzarri;
- il modo in cui reagisce al cambiamento, che può variare da un'accentuazione di manierismi motori stereotipati a manifestazioni esplicite di rabbia o a situazioni di angoscia.

Per i bambini in grado di interagire verbalmente l'osservazione va integrata con il colloquio, nell'ambito del quale andranno in particolare valutati aspetti quali:

- l'iniziativa nello scambio verbale, che può essere assente o per contro «eccessiva»;
- la presenza di contenuti ideativi perseveranti, che possono esprimersi in rapporto al livello cognitivo e linguistico con espressioni verbali semplici o con periodi articolati e complessi incentrati su un'unica tematica;
- la coerenza delle risposte, che può essere qualitativamente valida, ma quantitativamente limitata a risposte molto sintetiche, spesso monosillabiche. Per contro, può rivelarsi un'aderenza alle domande scarsa o nulla, con pseudorisposte che ripropongono tematiche perseveranti;
- anomalie nell'alternanza dei turni, che sottende uno scarso riconoscimento dell'altro come partner conversazionale;

- la pragmatica, che può essere più o meno alterata, fino ad arrivare alla completa incapacità di padroneggiare le componenti non verbali del linguaggio;
- alterazioni della prosodia, dell'intonazione e/o del ritmo dell'eloquio;
- la presenza di stereotipie verbali.

**R7** Nessuno degli «aspetti» appena elencati è da solo sufficiente per formulare una diagnosi di autismo. Questo è uno dei motivi per cui viene raccomandato l'uso degli strumenti standardizzati con significato diagnostico precedentemente descritti: in particolare l'ADOS-G, le CARS e l'ABC. Tali strumenti, infatti, «combinano» i vari aspetti elencati per esprimere un punteggio su cui formulare il giudizio diagnostico.

**R8** La diagnosi finale, comunque, non può essere formulata con il solo riferimento a un punteggio, ma deve essere basata sul giudizio clinico di un neuropsichiatra infantile esperto, che sappia cioè integrare tale punteggio con tutti gli elementi che derivano dalla valutazione diagnostica generale.

### Valutazione delle competenze cognitive e linguistiche

Si tratta di un'area importante, ma complessa, che va valutata in accordo alla metodologia prevista in Neuropsichiatria Infantile.

Per quel che riguarda le competenze cognitive, la valutazione prevede non solo il calcolo del QI totale, ma più in generale la definizione del profilo cognitivo del soggetto. In particolare, oltre al livello cognitivo globale, andranno valutati i fattori che concorrono a determinarlo, quali attenzione, memoria, abilità visuo-percettive-motorie e competenze prassiche. Particolarmente importante risulta anche la definizione delle modalità senso-percettive privilegiate e delle strategie preferenzialmente utilizzate per la risoluzione dei problemi.

Per quel che riguarda le competenze linguistiche, è necessario procedere alla valutazione di tutte le componenti del linguaggio (fonarticolatoria, grammaticale, semantica, pragmatica), in espressione e in ricezione.

Quando la disponibilità relazionale del soggetto lo permette, vanno utilizzati i reattivi mentali standardizzati comunemente usati in Neuropsichiatria Infantile, scelti sulla base dell'età cronologica e del livello di sviluppo del bambino.

## La sorveglianza sullo sviluppo

La maggioranza degli autori è concorde nell'affermare che è possibile formulare una diagnosi certa di autismo all'età di 2 anni (Charman e Baird, 2002; Cox et al., 1999; Lord, 1995; Stone et al., 1999).

A fronte di questo dato va considerato che la diagnosi viene ancora oggi formulata a un'età di circa 4-5 anni (con 2 o 3 anni di ritardo rispetto alle prime manifestazioni sintomatologiche; Howlin e Moore, 1997). Sulla base di tali rilievi diverse Società Scientifiche Pediatriche hanno elaborato una serie di raccomandazioni per favorire la sensibilizzazione degli operatori di primo livello (pediatri di famiglia) nei confronti degli indicatori comunicativo-relazionali utili per un precoce orientamento diagnostico (American Academy of Pediatrics, 2001).

I pediatri, infatti, hanno l'opportunità di essere i primi sanitari contattati da genitori preoccupati per lo sviluppo o il comportamento del loro bambino.

**R9** Le preoccupazioni dei genitori non vanno mai sottovalutate.

È stato in particolare «raccomandato» ai pediatri di essere più attenti alle eventuali preoccupazioni espresse dai genitori relative alla regolarità dello sviluppo emotivo e sociale del loro bambino. Esse si sono rivelate in vari studi come fonti di informazione molto attendibili, dotate di notevole sensibilità e specificità: i genitori andrebbero sempre ascoltati con attenzione quando parlano dello sviluppo del loro bambino e di eventuali difficoltà.

In linea molto generale le preoccupazioni dei genitori a cui il pediatra dovrebbe prestare particolare attenzione possono essere raggruppate in tre aree.

Pertanto, nelle situazioni in cui i genitori riportano preoccupazioni in una di queste tre aree, dovrebbero essere sistematicamente investigate le altre aree con domande specifiche.

### 1. *Preoccupazioni legate allo sviluppo sociale:*

- «Non sorride quando gli si sorride o quando si gioca con lui»;
- «Evita o presenta scarso contatto di sguardo»;
- «Sembra vivere in un suo mondo»;
- «Si comporta come se non fosse consapevole della presenza e degli spostamenti degli altri»;

- «Sembra escludere gli altri e gli avvenimenti esterni»;
  - «È eccessivamente indipendente»;
  - «Non è interessato agli altri bambini»;
  - «Preferisce giocare da solo»;
  - «Tiene le cose per se stesso e non ama condividerle con gli altri».
2. *Preoccupazioni legate allo sviluppo della comunicazione non verbale e verbale:*
- «Non dirige l'attenzione a qualcosa che gli viene indicato»;
  - «Non fa ciao-ciao»;
  - «A volte sembra sordo»;
  - «Qualche volta sembra ascoltare, altre volte no»;
  - «Non risponde quando lo si chiama per nome»;
  - «Il linguaggio è ritardato»;
  - «Non chiede ciò che vuole»;
  - «Prima diceva alcune parole, ma ora non lo fa più».
3. *Preoccupazioni legate al modo di comportarsi:*
- «Non gioca con i giocattoli come gli altri bambini»;
  - «Odora o lecca i giocattoli»;
  - «Resta attaccato a un'attività in maniera ripetitiva»;
  - «Presenta un attaccamento esagerato a un oggetto»;
  - «Si fissa su alcuni particolari»;
  - «Mette in fila le cose»;
  - «Cammina sulle punte»;
  - «Presenta movimenti bizzarri come dondolarsi o agitare le mani»;
  - «È ipersensibile nei confronti di alcuni suoni e/o altri stimoli»;
  - «Si mostra insensibile a ustioni o contusioni»;
  - «Ha delle esplosioni di ira senza apparente motivo»;
  - «È iperattivo, poco collaborante o francamente oppositivo».

R10

Anche quando i genitori non riferiscono alcuna preoccupazione, il pediatra dovrebbe comunque valutare sistematicamente, nell'ambito dei periodici bilanci di salute, la regolarità dello sviluppo globale e l'eventuale presenza di anomalie di sviluppo dell'interazione sociale e della comunicazione.

Nell'ambito dei periodici controlli il pediatra di famiglia dovrebbe comunque rivolgere semplici domande ai genitori relative al comportamento del bambino. In particolare, possono essere suggerite per ciascuna area le seguenti domande.

«IL VOSTRO BAMBINO...

*Socializzazione*

- «vi abbraccia come gli altri bambini?»
- «vi guarda quando gli parlate o giocate con lui?»
- «sorridente in risposta al vostro sorriso?»
- «partecipa a giochi di condivisione di attività?»
- «effettua giochi di semplice imitazione, quali *batti-batti le manine o cucù-settete?*»
- «mostra interesse per gli altri bambini?»
- «preferisce giocare da solo?»
- «agisce e si comporta come se fosse in un mondo tutto suo?»

*Comunicazione*

- «fa cenni con il capo per dire sì o no?»
- «guida un adulto prendendolo per mano e lo conduce verso la cosa che desidera?»
- «indica con il dito per mostrarvi qualcosa?»
- «cerca di attirare la vostra attenzione su un oggetto o un evento interessante?»
- «vi porge mai un oggetto semplicemente per mostrarvelo?»
- «tende a mostrare le cose agli altri?»
- «è capace di comunicare ciò che vuole?»
- «sembra ignorarvi quando viene chiamato per nome?»
- «sembra ignorare i comandi?»
- «presenta difficoltà nell'eseguire semplici consegne?»
- «utilizza il linguaggio con voi o con altri bambini?»
- «parla come i bambini della sua età?»
- «presenta qualcosa di bizzarro nel linguaggio?»
- «usa il linguaggio in maniera meccanica, ripetitiva o ecolalica?»
- «memorizza stringhe di parole che ripete in situazioni inappropriate?»

*Interessi e attività*

- «presenta movimenti ripetitivi, stereotipati o bizzarri?»
- «mostra una dedizione assorbente a interessi ristretti?»
- «è maggiormente interessato solo a determinati dettagli di un giocattolo?»
- «tende a utilizzare gli oggetti sempre nello stesso modo?»
- «mostra un attaccamento esagerato a un oggetto insolito?»
- «è capace di utilizzare i giocattoli in maniera appropriata?»

- «imita le azioni delle altre persone?»
- «è in grado di effettuare giochi di finzione, quali far finta di bere o di dar da mangiare a un bambolotto (se di età superiore ai 2 anni)?»

Indicazioni assolute per un'immediata valutazione più approfondita dello sviluppo e in particolare degli aspetti sociocomunicativi e simbolici, derivano dal rilievo delle seguenti «irregolarità»:

- assenza di lallazione dopo i 12 mesi;
- assenza di gesti, quali indicare, mostrare, fare «ciao», dopo i 12 mesi;
- assenza di parole singole dopo i 16 mesi;
- assenza di associazioni spontanee di due parole dopo i 24 mesi;
- perdita di competenze già acquisite nelle aree della comunicazione, del linguaggio e/o della socialità, indipendentemente dall'età in cui essa si verifica.

**R11** Nell'ambito dei periodici bilanci di salute, all'età di 18 mesi e all'età di 24 mesi dovrebbe essere somministrato un test *screening* standardizzato per lo sviluppo comunicativo-sociale.

Sotto questo aspetto una proposta che sembra aver raccolto il maggior numero di consensi è rappresentata dall'uso della *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT; Baron-Cohen, Allen e Gillberg, 1992). Si tratta di un test *screening* elaborato in Gran Bretagna e ampiamente utilizzato in diversi Paesi. Esso va somministrato a bambini di 18 mesi, da parte del pediatra, nell'ambito dei periodici bilanci di salute (0-3 anni). Prevede 9 domande da rivolgere ai genitori e l'osservazione diretta di 5 comportamenti. I 14 item misurano vari aspetti dell'imitazione, del gioco di finzione e dell'attenzione condivisa. La CHAT è stata utilizzata su oltre 16000 bambini e ha mostrato un'alta specificità e un'elevata predittività (Baird et al., 2000). Peraltro, sulla base delle esperienze effettuate sono stati individuati alcuni item-chiave, in rapporto ai quali il punteggio ottenuto permette di esprimere un orientamento per:

- «alto rischio» di autismo (caduta in tutti gli item-chiave);
- «lieve rischio» di autismo (caduta in definiti item-chiave);
- rischio per altri problemi di sviluppo (caduta in diversi item, ma non in quelli previsti per un rischio di autismo);
- nessun rischio.

A differenza della specificità e della predittività, la sensibilità sembra insoddisfacente: ciò significa che bambini che all'età di 18 mesi sembrano presentare uno sviluppo «normale» possono poi mettere in evidenza, in epoche successive, comportamenti riferibili a un disturbo autistico (Scambler, Rogers e Wehner, 2001).

Un altro test screening molto utilizzato è la *Modified-Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT; Robins et al., 2001). Si tratta, in pratica, della versione americana della CHAT, la quale prevede una lista di 23 comportamenti a cui i genitori rispondono con un sì/no. Essa, pertanto, non prevede l'intervento del pediatra con domande specifiche né l'osservazione «diretta» di determinati comportamenti. Va somministrata a 24 mesi e, a tale età, ha dimostrato una buona validità (Wong et al., 2004).

## L'invio ai Servizi di Neuropsichiatria Infantile

Nei casi in cui il pediatra ritiene che il bambino presenti un quadro comportamentale riferibile a un disturbo autistico, deve richiedere una visita specialistica (neuropsichiatra infantile) per l'eventuale conferma diagnostica.

Nei casi dubbi, va tenuto conto delle preoccupazioni dei genitori. In particolare, possono essere previste le seguenti possibilità.

Possibilità	Provvedimento
Il pediatra ha un sospetto e i genitori sono preoccupati	Viene richiesta una visita specialistica.
Il pediatra ha un sospetto, ma i genitori non riferiscono alcuna preoccupazione	Il pediatra comunica ai genitori i suoi sospetti; fissa un controllo dopo 4 settimane; invita i genitori nel frattempo a osservare i comportamenti che gli hanno creato dei dubbi. Se dopo 4 settimane persiste il sospetto, viene richiesta una visita specialistica.
Il pediatra non individua alcun segno sospetto, ma i genitori sono preoccupati	Il pediatra prende atto delle preoccupazioni dei genitori e fissa un controllo dopo 4 settimane. Se dopo 4 settimane non si registra un'evoluzione nei comportamenti segnalati, viene richiesta una visita specialistica.

lità dell'operatore e reciprocità (viene stimolata la comunicazione attraverso giochi e attività che comportino scambio di oggetti, gesti e vocalizzi o parole tra terapisti e bambini). Prevede, inoltre, un ambiente stabile, prevedibile e rassicurante, con precise sequenze temporali delle attività.

## **Suggerimenti operativi per i Servizi di Neuropsichiatria Infantile**

L'età evolutiva va individuata come il periodo in cui vengono messi in atto una serie di interventi finalizzati a garantire la migliore qualità di vita possibile per l'adulto autistico.

La continuità e la qualità del percorso terapeutico sono garantite dal Servizio territoriale di Neuropsichiatria Infantile attraverso:

- il coinvolgimento dei genitori in tutto il percorso;
- la scelta in itinere degli obiettivi intermedi da raggiungere e quindi degli interventi da attivare (prospettiva diacronica);
- il coordinamento, in ogni fase dello sviluppo, dei vari interventi individuati per il conseguimento degli obiettivi (prospettiva sincronica);
- la verifica delle strategie messe in atto all'interno di ciascun intervento (le strategie, cioè, possono anche variare da Servizio a Servizio, ma vanno comunque periodicamente «controllate» in rapporto a indicatori di qualità che devono essere comuni ai diversi Servizi).

All'interno di ciascun intervento, facendo riferimento ai suggerimenti che derivano dalle esperienze internazionali, la scelta delle strategie è legata a una serie di caratteristiche variabili da situazione a situazione. Tali caratteristiche si riferiscono in particolare a:

- l'età;
- l'entità della compromissione funzionale nell'ambito di ciascuna delle aree considerate per definizione patognomoniche;
- il livello cognitivo.

Al fine di fornire indicazioni di carattere operativo, la variabile che assume un significato determinante è l'età (l'età cronologica). Le esperienze ormai accumulate, infatti, cominciano a fornire dati utili per definire una storia naturale del disturbo, all'interno della quale

si inscrivono alcuni periodi particolarmente «critici». Tali periodi coincidono con:

1. la formulazione di una «prima» diagnosi di autismo, a cui segue un marcato disorientamento dei genitori legato alle difficoltà di «comprendere» una diagnosi di questo genere. Attualmente, questa «prima» diagnosi avviene in epoche sempre più precoci, comunque collocabile nella fascia 2-5 anni;
2. l'inserimento nel ciclo della scuola elementare. Tale passaggio fornisce nuovi elementi di confronto, stimola bilanci su tutto il lavoro precedentemente svolto, fornisce elementi per aumentare la consapevolezza delle reali difficoltà del bambino, destabilizza equilibri precari;
3. la «crisi» puberale, che non richiede particolari delucidazioni;
4. l'accesso al mondo degli adulti.

Tali periodi «critici» portano a individuare 4 fasce di età, in cui le caratteristiche dell'intervento devono assumere connotazioni peculiari. Le 4 fasce di età corrispondono al:

- periodo dai 2 ai 5 anni, che per evitare rigide limitazioni cronologiche sarà indicato come *periodo prescolare*;
- periodo dai 6 agli 12 anni, *periodo scolare*;
- periodo dai 13 ai 18 anni, *adolescenza*;
- l'*età adulta*.

Nel presente documento verranno presi in considerazione i primi tre periodi. Il piano di intervento per soggetti adulti con autismo sarà oggetto di uno specifico documento da elaborare in collaborazione con le Associazioni di famiglie e con le altre società scientifiche che si occupano di età adulta.

### *Indicazioni di trattamento per bambini in età prescolare*

Le caratteristiche che conferiscono a tale periodo un'assoluta specificità sono rappresentate da una serie di aspetti riassumibili nel modo seguente:

- è l'età in cui viene abitualmente formulata per la prima volta la diagnosi di autismo, una diagnosi che ha un impatto emotivo fortissimo sui genitori. Essi peraltro non riescono ad avere una spiegazione sulle cause («perché»), non riescono a comprenderne

la natura («che cos'è»), non riescono a prevederne l'evoluzione («come sarà da grande»);

- è l'età in cui il «fenotipo» comportamentale risulta abbastanza omogeneo. Il quadro clinico, infatti, è dominato dalla compromissione dell'interazione sociale e della comunicazione, che peraltro in questa età si traduce in comportamenti nel complesso sovrapponibili da bambino a bambino (l'aggancio relazionale è sempre molto difficile, spesso impossibile; l'aderenza alle proposte dell'altro è sempre molto scarsa, spesso assente; la percezione dell'altro è saltuaria e sempre strumentale, in quanto limitata alla richiesta di appagamento di bisogni personali: in una parola, «il bambino vive in un mondo tutto suo»). Nella maggioranza dei casi è solo progressivamente che si renderà evidente la specificità del profilo clinico-evolutivo proprio di ciascun bambino;
- è l'età in cui i processi di maturazione e crescita del Sistema Nervoso Centrale sono particolarmente spinti e in cui non si è ancora verificata una definita differenziazione delle strutture encefaliche. Probabilmente, è proprio questo che determina la massima «pervasività» dei sintomi e, paradossalmente, la particolare omogeneità del fenotipo comportamentale;
- è l'età in cui è praticamente impossibile individuare elementi con significato prognostico e prevedere anche in termini generici l'evoluzione a lungo termine.

Gli aspetti appena esposti, recepiti ormai a livello internazionale, sono alla base di un orientamento generale, in rapporto al quale in questa fascia di età l'intervento deve essere *precoce, intensivo, curricolare* (Howlin, 1998; National Research Council, 2001).

*L'intervento deve essere precoce.* La precocità, infatti, permette una più adeguata sistematizzazione e riorganizzazione interna delle esperienze percettive che vengono facilitate, in quanto si ha la possibilità di «operare» in un periodo in cui le strutture encefaliche non hanno assunto una definita specializzazione funzionale e le funzioni mentali, pertanto, sono in fase di attiva maturazione e differenziazione (Guralnik, 1998; Dawson, Ashman e Carver, 2000).

*L'intervento deve essere intensivo.* Il termine «intensivo» si riferisce alla necessità di attivare una nuova dimensione di vita, per il bambino e per la famiglia. Per quel che riguarda il bambino, si tratta di organizzare una serie di situazioni strutturate, nell'ambito delle

quali egli possa confrontarsi con nuove esperienze, nuove attività e nuovi modelli di relazione. Ciò, soprattutto all'inizio, richiede tempo: tempo per conoscere il bambino, tempo per formulare un progetto personalizzato, tempo per verificare le sue risposte e adattare su di esse il progetto. L'indicazione che deriva dall'esperienza internazionale fa riferimento a un tempo non inferiore alle 18 ore settimanali (National Research Council, 2001).

Per quel che riguarda la famiglia, bisogna ugualmente organizzare situazioni strutturate, nell'ambito delle quali è necessario lavorare sul disorientamento dei genitori per attivare le loro naturali risorse e coinvolgerli nel progetto terapeutico. Anche questo obiettivo, soprattutto all'inizio, richiede tempo: tempo per conoscere i genitori, tempo per aiutarli a elaborare le angosce connesse al disturbo e alla scarsa prevedibilità del suo divenire, tempo per formulare insieme con loro le strategie per la realizzazione del progetto.

Il termine «intensivo», tuttavia, non è limitato a una mera dimensione temporale, ma si riferisce anche all'esigenza di un'adeguata organizzazione dei tempi, degli spazi e delle attività del bambino nel corso di una sua giornata abituale. Ciò fa sì che le esperienze quotidiane possano assumere una valenza terapeutica. In questa prospettiva la «terapia» non è solo quella che si svolge nel servizio di riabilitazione, ma è piuttosto un progetto, che deve essere elaborato dall'équipe del Servizio di NPI. Tale progetto prevede obiettivi specifici realizzabili mediante programmi con caratteristiche conformi ai contesti in cui essi devono essere implementati (famiglia, servizio di riabilitazione, scuola).

È evidente che, affinché tali programmi possano rispondere alle finalità più generali del progetto, è necessario un collegamento funzionale fra le figure cui è demandata la responsabilità di implementarli (genitori, terapeuti e insegnanti; National Research Council, 2001; Prizant et al., 2003).

*L'intervento deve essere curricolare.* Il termine «curricolare» si riferisce ai contenuti che devono caratterizzare i diversi programmi previsti dal progetto. In termini di contenuti, si ritiene che ciò di cui il bambino necessita per uno sviluppo quanto più possibile «tipico» può essere «insegnato» facendo riferimento a un ordine sequenziale di «tappe», che sono quelle che normalmente compaiono nel corso dello sviluppo. Nel concetto di «curricolare» è implicito un altro aspetto critico per la formulazione del programma, vale a dire la ne-

cessità di una definizione chiara degli obiettivi e di un monitoraggio sistematico del percorso terapeutico. In particolare è necessario:

- individuare, fra gli obiettivi possibili, quelli che si riferiscono a competenze osservabili e misurabili;
- stabilire un punto di partenza e prefissare una serie di tappe sequenziali;
- predisporre un sistema per la raccolta dei dati in itinere e la valutazione dei risultati in tempi prefissati.

### *Su cosa bisogna agire? (cosa)*

Le caratteristiche del periodo portano a individuare alcuni punti critici comuni ai diversi bambini.

Tali punti critici dettano gli obiettivi prioritari dell'intervento, che sono individuabili nei seguenti aspetti:

1. il disorientamento dei genitori;
2. il disturbo dell'interazione sociale e della comunicazione, espresso da una marcata difficoltà (o impossibilità) di aggancio relazionale e da una scarsa (o assente) disponibilità a esperienze condivise;
3. la scarsa modulazione degli stati emotivi.

Individuare questi tre aspetti quali punti critici cui deve rivolgersi il progetto non significa naturalmente ignorare eventuali altri problemi che possono essere presenti. Va, tuttavia, considerato che molti di questi «altri» problemi sono spesso «secondari» in termini di sequenza causale. È evidente tuttavia che quando gli eventuali «altri» problemi sembrano assumere una valenza preminente nel caratterizzare il comportamento disadattivo, essi vanno specificamente presi in considerazione e trattati. Pertanto, i tre «punti» descritti vanno considerati quali obiettivi irrinunciabili (obiettivi di minima) di qualsivoglia programma si vada ad applicare in questa particolare fascia di età.

### *Come si può agire su tali aspetti? (come)*

#### **Il disorientamento dei genitori**

Lavorare sul disorientamento dei genitori non ha solo lo scopo di garantire la loro «serenità», ma risponde al concetto più volte espresso di individuare la famiglia come luogo privilegiato per la