

GIUNTA REGIONALE

Verbale n. 162

Adunanza 29 novembre 2016

L'anno duemilasedici il giorno 29 del mese di novembre alle ore 13:00 in Torino in una sala di Palazzo Lascaris, via Alfieri n.15, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Sergio CHIAMPARINO Presidente, Aldo RESCHIGNA Vicepresidente e degli Assessori Francesco BALOCCO, Monica CERUTTI, Giuseppina DE SANTIS, Augusto FERRARI, Giovanni Maria FERRARIS, Giorgio FERRERO, Giovanna PENTENERO, Antonino SAITTA, Alberto VALMAGGIA, ~~Antonella PARIGI,~~ con l'assistenza di Roberta BUFANO nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

E' assente l' Assessore: PARIGI

(Omissis)

D.G.R. n. 2 - 4286

OGGETTO:

D.G.R. n. 26-1653 del 29.6.2015. Intervento regionale a sostegno della cura dei pazienti cronici con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico.

A relazione dell' Assessore SAITTA:

La DGR n. 26-1653 del 29.6.2015 "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.", in coerenza con le indicazioni nazionali (L. n. 189/2012, Patto per la Salute), intende riorganizzare il modello di governance del territorio al fine di realizzare un approccio più adeguato ai bisogni del cittadino.

La cura dei pazienti cronici richiede risposte integrate e multidisciplinari, trasversali ai diversi ambiti di assistenza e di vita, che pongano attenzione alla centralità del paziente e della persona, alla prossimità dei percorsi, alla tempestività di intervento ed efficienza, al coordinamento degli interventi, specie per quanto attiene ai processi di integrazione socio-sanitaria, all'elaborazione di percorsi basati su evidenze scientifiche, alla semplificazione e trasparenza organizzativa, alla garanzia dell'informazione e della partecipazione del paziente e delle famiglie al processo di cura, al miglioramento delle modalità di integrazione con i servizi sociali comunali e del terzo settore.

L'orientamento è verso logiche organizzative prioritariamente fondate sulla sinergia tra le reti sanitarie e socio-sanitarie attraverso la programmazione dei fabbisogni e delle adeguate risposte da erogare e l'interazione gestionale in funzione della continuità assistenziale.

La cronicità rappresenta per il sistema sanitario una sfida ove ad oggi è impossibile giungere a una vittoria definitiva, ma dove si può concretamente agire dando "qualità agli anni": ovvero ritardando l'insorgenza dei sintomi e controllandone l'evoluzione al fine di ritardare la medicalizzazione del paziente e conseguentemente ottenere anche un processo virtuoso di ottimizzazione delle risorse.

Il lavoro avviato a livello regionale in materia di Disturbi dello spettro autistico costituisce un ambito di attività territoriale su pazienti cronici che è stato impostato per consentire una governance e un orientamento compatibili con quanto richiesto dalla DGR n. 26-1653 del 29.6.2015. Il presente provvedimento intende rafforzare quest'ambito in termini di capacità di risposta sanitaria al fine di rendere più efficace anche la risposta integrata socio-sanitaria, scolastica ed educativa.

In materia di Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS) sono intervenute:

- le Raccomandazioni regionali “Programma di Governo clinico sull’Autismo e i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo della Regione Piemonte”, inviate ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie in data 20/4/2009, con le quali sono state definite procedure e modalità di lavoro in rete, finalizzate ad assicurare una diagnosi accurata e precoce nonché una corretta valutazione funzionale, premessa indispensabile per un appropriato orientamento dei trattamenti;
- la D.D. n. 205 del 4.05.2009 che ha istituito il Coordinamento Regionale per l’Autismo e Disturbi Pervasivi dello Sviluppo costituito dalle Aziende ASLCN1, AOU Città della Salute di Torino – SCU NPI OIRM S. Anna, AO di Alessandria e AOU di Novara, con il compito di monitorare i percorsi assistenziali, in attuazione delle indicazioni regionali contenute nel documento di raccomandazione, rinnovato con successivi provvedimenti dirigenziali;
- l’Accordo Stato-Regioni del 22.11.2012 “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico”, che indica specificamente la creazione di una rete coordinata di intervento, quale strumento indispensabile per poter affrontare la complessità ed eterogeneità delle sindromi autistiche, nel rispetto dei vigenti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- la DGR n. 22-7178 del 3.03.2014 avente ad oggetto “Disturbi pervasivi dello sviluppo: recepimento dell’Accordo Stato Regioni del 22 novembre 2012 “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico”;
- la D.D. n. 504 del 23 maggio 2014 avente per oggetto: “Definizione del percorso diagnostico e del programma di trattamento per minori con Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, in applicazione della DGR n. 22-7178 del 3.03.2014 ha introdotto l’utilizzo delle schede relative alla “Diagnosi Clinica e Valutazione Funzionale” e “Programma di Percorso di Presa in Carico Globale (sanitaria, sociale, educativa);
- la Legge nazionale n. 134 del 18 agosto 2015 “Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie”.

L’Accordo Stato-Regioni del 22.11.2012 e la D.G.R. n. 22-7178 del 3.03.2014 indicano specificamente la creazione di una rete coordinata di intervento, che si snodi lungo il percorso esistenziale della persona con autismo e che garantisca un approccio multi professionale, interdisciplinare ed età specifico, quale strumento indispensabile per poter affrontare la complessità ed eterogeneità delle sindromi autistiche, nel rispetto dei vigenti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

La rete coinvolge i servizi sanitari, sociali ed educativo-formativi, la famiglia e le associazioni presenti sul territorio ed ha come obiettivo l’inclusione scolastica e sociale, il rafforzamento del supporto alla famiglia per renderne maggiormente sostenibile l’impegno, il raggiungimento della migliore autonomia possibile negli ambienti di vita normali (scuola, lavoro e famiglia) e nell’età adulta il mantenimento e potenziamento delle abilità acquisite. In quest’ottica, gli interventi proposti debbono porsi come obiettivo la massima efficacia, per essere compatibili con la complessiva sostenibilità del sistema.

Caratteristiche fondamentali di questo processo sono il suo carattere olistico (si rivolge alla persona nella sua globalità fisica, mentale, affettiva, comunicativa e relazionale) ed ecologico (coinvolge la famiglia e il contesto ambientale e sociale). Elementi imprescindibili per la sua corretta realizzazione sono le competenze professionali specifiche; l'organizzazione multi professionale ed interdisciplinare dell'attività; l'orientamento dell'intervento all'ambiente di vita; l'alto coinvolgimento e partecipazione della famiglia. L'efficacia degli interventi indicati aumenta se tutte le persone che interagiscono con la persona adottano le stesse modalità di comunicazione e di comportamento : è importante che i genitori e le persone che passano molto tempo con questi bambini siano sempre attivamente coinvolti e guidati dai professionisti.

La DGR n. 22-7178 del 3.03.2014, per quanto riguarda l'età evolutiva, ha istituito in ogni ASR uno o più nuclei di operatori formati - "Nucleo DPS (Disturbi pervasivi dello sviluppo)", composto da tutti gli operatori di riferimento per la presa in carico di minori con autismo (neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista, terapeuta neuropsicomotricità, educatore) secondo il principio dell'integrazione multi-professionale (e del superamento del criterio della consulenza) deputato alla gestione del percorso diagnostico ed alla definizione del progetto personalizzato di trattamento. Il Nucleo DPS costituisce un nodo fondamentale della rete regionale dei servizi per l'autismo. In base al principio della sussidiarietà, i Nuclei DPS delle ASR potranno avvalersi anche della competenza dei centri ubicati presso le Aziende ASL CN1 - Centro Autismo e Sindrome di Asperger dell'Ospedale di Mondovì, AOU Città della Salute di Torino - SCU di Neuropsichiatria Infantile OIRM S. Anna, in collaborazione con l'ASL TO1, AO di Alessandria e AOU di Novara - S.C. Neuropsichiatria Infantile. Tali centri, come già previsto nel Programma di Governo clinico sull'Autismo e i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo della Regione Piemonte del 2009, hanno funzione di sostegno nei confronti dei Nuclei DPS territoriali. In particolare, potranno offrire consulenza sulla diagnosi clinica e funzionale e collaboreranno, se necessario, con i Nuclei di territorio alla definizione di progetti abilitativi individualizzati. Potranno, inoltre, compatibilmente con le risorse disponibili, svolgere attività di informazione, formazione e parent training in collaborazione con le associazioni del territorio anche a favore delle altre ASR del territorio regionale. Inoltre, la Direzione Sanità può avvalersi, per il monitoraggio e la valutazione del complessivo progetto autismo, della collaborazione del centro ubicato presso ASL CN1 in cooperazione con il Coordinamento regionale per l'autismo.

La citata delibera ha individuato l'ambulatorio del DSM dell'ASL TO2 quale Centro Pilota regionale per l'età adulta, orientato a:

- favorire la continuità terapeutica in pazienti affetti da Disturbi dello Spettro Autistico già diagnosticati in età evolutiva presso i Servizi di Neuropsichiatria Infantile
- fornire un supporto ai Centri di Salute Mentale che hanno in carico pazienti con Disturbo dello Spettro Autistico o che necessitino di una valutazione diagnostica-differenziale in situazione di sospetto clinico;
- effettuare una valutazione diagnostica dei pazienti per i quali non è stata ancora formulata una diagnosi, attraverso strumenti standardizzati validati (test psicodiagnostici specifici) per i Disturbi dello Spettro Autistico. La valutazione comprende l'inquadramento cognitivo del soggetto, le esigenze familiari, il supporto dei servizi in funzione della individuazione di un percorso di cura;
- redigere una consulenza finale per il Centro di Salute Mentale inviando le informazioni utili alla costruzione del progetto di intervento individualizzato e specifico alle esigenze del paziente;
- promuovere, nell'ottica di un miglioramento del servizio al cittadino, in collaborazione con le istituzioni Universitarie, gli Enti Pubblici, le Associazioni dei Familiari, e le Fondazioni, i trattamenti e la conoscenza dei Disturbi dello Spettro Autistico anche programmi formativi, informativi e di ricerca.

Infine, ha istituito il Coordinamento integrato regionale per l'autismo e i DPS rivolto all'età evolutiva e all'età adulta e composto dal Coordinamento regionale per l'Autismo in età evolutiva e dal Coordinamento regionale per l'Autismo in età adulta, formati in modo da assicurare la

rappresentanza dei diversi ambiti di vita (sanità, sociale, istruzione, formazione, lavoro) e la partecipazione delle associazioni delle famiglie che hanno lo scopo di tutelare le esigenze delle persone con disturbo dello spettro autistico, ponendosi come interlocutori attivi all'interno dei vari percorsi.

Il Coordinamento regionale per l'Autismo in età evolutiva ha avuto mandato di effettuare: la revisione del documento di raccomandazione regionale alla luce delle normative nazionali e regionali con particolare attenzione al percorso diagnostico e terapeutico e assistenziale per minori con autismo; il monitoraggio sull'attuazione dei provvedimenti nazionali e regionali in materia; definizione di proposte in merito alle modalità di passaggio della presa in carico ai Servizi per l'età adulta; il monitoraggio e le proposte sul lavoro integrato tra i Servizi Socio Sanitari ed educativi-formativi.

Il Coordinamento regionale per i Disturbi dello Spettro Autistico in età adulta (D.D. n. 438 del 25 luglio 2016) ha mandato di:

- elaborare le raccomandazioni regionali per la presa in carico integrata (sanitaria, socio-educativa, scolastica, formativa) delle persone con Disturbo dello Spettro Autistico in età adulta
- collaborare alla valutazione dei percorsi di presa in carico da parte dei DSM e degli Enti Gestori per le funzioni socio assistenziali
- realizzare un percorso condiviso integrato tra tutte le diverse competenze presenti al tavolo che garantisca la presa in carico in età adulta.
- proporre azioni per valutare il monitoraggio per l'attuazione delle recenti normative nel campo dei Disturbi dello Spettro Autistico
- promuovere la realizzazione di percorsi formativi per gli operatori.

Ogni DSM ha provveduto, in base alla nota prot. n. 5038/A 1402.A del 26.02.2016, ad individuare un referente medico psichiatra al fine di avviare un gruppo di lavoro tecnico nell'ambito dei Disturbi dello Spettro Autistico in età adulta che consenta di estendere la competenza della presa in carico sanitaria a tutta la rete territoriale. Ad ora sono stati organizzati tre seminari di aggiornamento clinico nell'ambito dei Disturbi dello Spettro Autistico in età adulta.

Il Coordinamento regionale per l'Autismo in età evolutiva ha effettuato la revisione del documento di raccomandazione regionale secondo le indicazioni fornite dalle normative nazionali e regionali. E' stato così predisposto il nuovo documento che contiene precise indicazioni in merito alla presa in carico sanitaria ed integrata dei minori con disturbo dello spettro autistico e che è allegato al presente provvedimento (Allegato A) quale parte integrante e sostanziale.

Alla luce dei dati forniti dal Sistema Informativo Multidisciplinare per l'Infanzia e l'Adolescenza SMAiL, è stato possibile effettuare una lettura delle attività svolte dalle Strutture NPI negli anni 2015 e 2016 (dato all'11.11.2016), in particolare per quanto riguarda i disturbi dello spettro autistico. Dalla lettura è emersa l'assoluta necessità di potenziare la risposta sanitaria ed integrata a favore dei minori con disturbo dello spettro autistico in particolare sulla fascia d'età 0-3. Infatti, il trattamento precoce, condotto secondo le raccomandazioni delle Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, è correlato con migliori esiti e va garantito in tutti i casi. Il trattamento precoce è prevalentemente sanitario, ma si integra sin dall'inizio con gli interventi educativi condotti dai genitori (formati e supervisionati) e con quelli degli eventuali educatori dei Nidi; e, dal momento di ingresso nella scuola dell'infanzia, con le attività scolastiche e con quelle educative socio sanitarie.

Ritenuto opportuno adottare le Raccomandazioni regionali "Progetto Integrato: Disturbi dello Spettro Autistico" allegate al presente provvedimento (Allegato A) quale parte integrante e sostanziale.

Dato atto che a supporto delle attività sostenute dalla rete dei servizi sanitari territoriali a favore dei minori ed in particolare dei minori con disturbo dello spettro autistico, nonché dell'avvio

e consolidamento del Centro Pilota per l'età adulta, la Regione Piemonte interviene per l'esercizio 2017 con un contributo, pari complessivamente a € 2.000.000,00 annui, che con successivi provvedimenti sarà assegnato a ciascuna ASR in sede di riparto delle risorse da fondo sanitario 2017 in coerenza con quanto riportato nell'Allegato B) parte integrante e sostanziale al presente provvedimento.

Ai servizi sanitari territoriali e ospedalieri per l'età evolutiva, a sostegno delle attività a favore dei minori ed in particolare in attuazione delle Raccomandazioni di cui all'Allegato A), per l'esercizio 2017, il contributo regionale pari a € 1.800.000,00 annui è così ripartito :

per le AA.SS.LL.

- per il 50% su base di popolazione 0 – 17 residente;
- per il 50% sulla base dei pazienti con disturbo dello spettro autistico in carico. Tale dato è corretto in difetto sulla base della distribuzione percentuale della quantità di prestazioni mediamente erogate;

per le AO (cui è assegnata la quota risultante dalla distribuzione alle AA.SS.LL)

- per il 50% in base al totale delle prestazioni (SDO, File C e File C2) ;
- per il 50% sulla base dei pazienti con disturbo dello spettro autistico in carico.

All'ASL TO 2, presso cui ha sede il Centro Pilota per l'età adulta, viene riconosciuto per l'esercizio 2017 a sostegno dell'attività svolta a favore dell'avvio della rete regionale e a sussidio della presa in carico territoriale da parte dei competenti DSM il contributo pari a euro 200.000,00. Detto contributo sarà assegnato con successivi provvedimenti di giunta regionale all'ASL TO2 in sede di riparto delle risorse da fondo sanitario 2017.

Dato atto che la spesa prevista dal presente provvedimento trova copertura nello Stanziamento del Bilancio Pluriennale anno 2017 della Missione 13 - Programma 01.

Stabilito che le Aziende Sanitarie Regionali che non avranno costituito i Nuclei DPS previsti dalla DGR n. 22-7178 del 3.03.2014 entro il 31.12.2016 non potranno accedere ai finanziamenti previsti per l'anno 2017 di cui all'Allegato B).

Ribadito che le ASR richiamate nel presente provvedimento, in coerenza alla normativa regionale vigente, dovranno conseguire nell'attuazione delle disposizioni in oggetto un risultato di sostanziale pareggio dei bilanci d'esercizio, anche con riferimento ai principi contenuti nella Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 recante "Introduzione del principio del pareggio di bilancio nella Carta costituzionale" e la legge n. 243/2012 di attuazione del principio del pareggio di bilancio, con particolare riferimento all'art. 9;

visto l'Accordo Stato-Regioni del 22.11.2012;

vista la DGR n. 22-7178 del 3.03.2014;

vista la D.D. n. 504 del 23.05.2014;

vista la D.G.R n. 26-1653 del 29.06.2015;

vista la Legge n. 134 del 18.08.2015;

la Giunta Regionale unanime

d e l i b e r a

per i motivi espressi in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- di approvare le Raccomandazioni regionali per l'età evolutiva "Progetto Integrato: Disturbi dello Spettro Autistico" allegate al presente provvedimento (Allegato A) quale parte integrante e sostanziale;
- di stabilire che in sede di riparto delle risorse da fondo sanitario 2017, con successivi provvedimenti di giunta regionale, si provvederà ad assegnare a ciascuna ASR, le seguenti risorse:
 - € 1.800.000,00 annui, da assegnare pro quota alle ASR in coerenza con quanto riportato nell'Allegato B) parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;
 - € 200.000 annui, da assegnare all'ASL TO 2 presso cui ha sede il Centro Pilota per l'età adulta a sostegno dell'attività svolta a favore dell'avvio della rete regionale e a sussidio della presa in carico territoriale da parte dei competenti DSM.
- di stabilire che le risultanze della ripartizione economica sono dettagliate nello specifico nell'Allegato B) parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;
- di dare atto che la spesa prevista dal presente provvedimento trova copertura nello Stanziamento del Bilancio Pluriennale anno 2017 della Missione 13 - Programma 01;
- di stabilire che le Aziende Sanitarie Regionali che non avranno costituito i Nuclei DPS previsti dalla DGR n. 22-7178 del 3.03.2014 entro il 31.12.2016 non potranno accedere ai finanziamenti previsti per l'anno 2017 di cui all'Allegato B);
- di dare mandato alla Direzione Sanità di provvedere all'aggiornamento delle Raccomandazioni di cui all'Allegato A).

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso giurisdizionale avanti al TAR entro 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla suddetta data.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(Omissis)

Il Presidente
della Giunta Regionale
Sergio CHIAMPARINO

Direzione Affari Istituzionali
e Avvocatura
Il funzionario verbalizzante
Roberta BUFANO

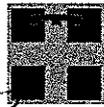
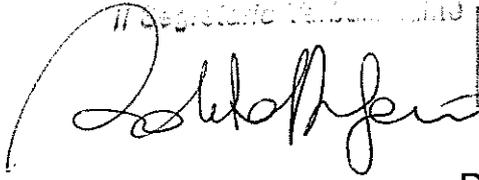
Estratto dal libro verbali delle deliberazioni assunte dalla Giunta Regionale in adunanza 29 novembre 2016.

cr/en

2. 4286

28-11-2016

Il Segretario Regionale



REGIONE
PIEMONTE

DIREZIONE SANITA'
Settore Assistenza Territoriale

PROGETTO INTEGRATO : Disturbi dello Spettro Autistico.

Il presente documento, elaborato e discusso con il Coordinamento Regionale per l'Autismo istituito presso l'Assessorato e valutato con il contributo dei Direttori delle SC di Neuropsichiatria Infantile, costituisce l'aggiornamento del documento di indirizzo del 2009 contenuto nella Raccomandazione regionale "Programma di Governo clinico sull'Autismo e i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo della Regione Piemonte", inviato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie in data 20/4/2009.

Il percorso descritto, dettagliato in fasi, va letto alla luce dell'Accordo Stato-Regioni del 22/11/2012 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS), con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico", che prevede la creazione di una rete coordinata di intervento, che si snodi lungo il percorso esistenziale della persona con autismo e che garantisca un approccio multi professionale, interdisciplinare ed età specifico, quale strumento indispensabile per poter affrontare la complessità ed eterogeneità delle sindromi autistiche, nel rispetto dei vigenti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Tale Accordo è stato recepito dalla Deliberazione della Giunta Regionale 3 marzo 2014, n. 22-7178 a cui anche si fa riferimento.

A livello organizzativo la DGR 3 marzo 2014 ha previsto l'individuazione, in ogni ASR, di uno o più nuclei di operatori formati, definito "Nucleo DPS (Disturbi pervasivi dello sviluppo)". Il Nucleo DPS, istituito con specifico provvedimento in ogni ASR, è composto da tutti gli operatori di riferimento per la presa in carico di minori con autismo (neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista, terapeuta neuropsicomotricità, educatore) secondo il principio dell'integrazione multi-professionale (e del superamento del criterio della consulenza) e concorre alla formulazione della diagnosi, alla presa in carico ed alla definizione del progetto personalizzato di trattamento. Al fine dell'integrazione scolastica, il Nucleo DPS si integra con il GDM (Gruppo Disabilità Minori) cui compete l'avvio e la presa in carico clinica ed istituzionale degli alunni con disabilità. I servizi sociali, dell'educazione/istruzione/formazione e del lavoro concorrono alla definizione del profilo di funzionamento completo definito dalla DGR n. 15-6181 del



29.07.2013, che fornisce indicazioni per l'individuazione dell'alunno/studente come soggetto in situazione di handicap. Il Nucleo DPS costituisce un nodo fondamentale della rete regionale dei servizi per l'autismo. In base al principio della sussidiarietà, i Nuclei DPS delle ASR potranno avvalersi, per quanto riguarda i minori, anche della competenza dei centri ubicati presso le Aziende ASL CN1 - Centro Autismo e Sindrome di Asperger dell'Ospedale di Mondovì, AOU Città della Salute di Torino - SCU di Neuropsichiatria Infantile OIRM S. Anna, in collaborazione con l'ASL TO1, AO di Alessandria e AOU di Novara - S.C. Neuropsichiatria Infantile.

FASE 1. INDIVIDUAZIONE PRECOCE

Sospetto diagnostico, ruolo del PLS e del MMG e sensibilizzazione degli operatori dei nidi

Le Linee Guida internazionali raccomandano l'individuazione precoce dei soggetti a rischio e la diagnosi precoce.

Si definisce bambino "a rischio" quel bambino che presenta un ritardo nello sviluppo socio comunicativo che può essere dedotto da: assenza o ridotto contatto oculare, assenza dell'indicazione per chiedere o condividere, ridotta o assente risposta al nome, scarsa reciprocità sociale. Facendo riferimento alle "bandiere rosse per l'autismo" (Filipeck e al., 1999) vanno considerati bambini a rischio quelli con: nessuna lallazione entro i 12 mesi, nessuna gestualità (indicare, muovere la mano, salutare, ecc.) entro i 12 mesi, nessuna parola entro i 16 mesi, nessuna frase spontanea (non ecolalia) di due parole entro i 24 mesi di età, qualunque perdita di qualsiasi abilità linguistica o sociale a qualunque età. Sono infine soggetti a rischio i bambini che risultano positivi alle Scale CHAT, M-Chat o Q-Chat. Si raccomanda una particolare attenzione nei confronti dei fratelli e gli alti pretermine.

Il sospetto diagnostico è formulato dal PLS o dal MMG che si configurano quali primi operatori del percorso di presa in carico. Negli ultimi anni è cresciuta l'attenzione dei PLS circa i fattori di rischio e in diverse ASL sono state utilizzati questionari e scale di valutazione come la CHAT, la M-Chat e la Q-Chat per l'individuazione precoce di bambini con difficoltà sul versante socio comunicativo. Questi strumenti devono essere diffusi in tutte le ASL anche attraverso campagne di informazione mirata rivolte ai PLS e ai MMG.

È quindi importante, al fine di migliorare la tempestività delle diagnosi, rafforzare il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta e aumentarne la sensibilità sul tema: si invitano le ASL a far entrare il tema dello spettro autistico nell'aggiornamento obbligatorio, con cadenza almeno ogni 3 anni ed in accordo con le associazioni dei pediatri. Parallelamente, si raccomanda la sensibilizzazione degli operatori dei Nidi in accordo con l'Assessorato regionale all'Istruzione.



FASE 2. INVIO AL SERVIZIO SPECIALISTICO E FASE DI ACCOGLIENZA

Invio e prenotazione della prima visita

Il PLS o MMG inviano il bambino e la sua famiglia al centro territoriale specialistico per l'inizio dell'iter diagnostico-terapeutico previsto. La prima visita viene fissata secondo le modalità organizzative del Servizio a cui viene fatto l'invio. La prima visita, nei casi di sospetto disturbo dello spettro autistico deve essere garantita, presso l'ASL di residenza, in tutti i casi entro 30 giorni, definendo questi invii con un criterio di priorità.

Ove l'accesso non avvenga presso la struttura di Neuropsichiatria Infantile della ASL di residenza, ma direttamente ad una ASO o altro centro con funzioni sovrazionali, devono essere concordati tra i servizi coinvolti (servizio di NPI dell'ASL di territorio e ASO o centro con funzioni sovrazionali) gli eventuali approfondimenti diagnostici, le modalità di restituzione e deve essere garantita la continuità della presa in carico del paziente in stretto collegamento tra tutti i servizi coinvolti. In ogni caso la titolarità del percorso e del governo clinico complessivo rimane in carico alla ASL di residenza del minore.

Accoglienza e restituzione della prima visita

L'accoglienza consiste in una prima visita neuropsichiatrica infantile o colloquio da parte dello psicologo. È formulato un sospetto di disturbo e il paziente è quindi avviato alle valutazioni clinica neuropsichiatrica e psicodiagnostica.

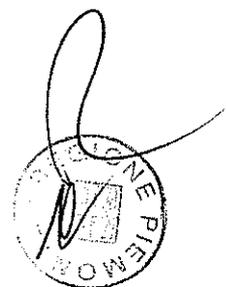
Il Servizio informa in modo scritto, attraverso la famiglia, il PLS o MMG circa gli esiti della prima visita e circa il percorso di valutazione che verrà avviato. Fornisce, inoltre, ai genitori prime indicazioni sulle modalità educative più adeguate da utilizzare con il bambino.

FASE 3 LA VALUTAZIONE CLINICA MULTIPROFESSIONALE

Valutazione clinica neuropsichiatrica

La valutazione clinica neuropsichiatrica prevede:

- Esame obiettivo e neurologico;
- Esami strumentali (secondo i criteri indicati in Appendice).



Valutazione psicodiagnostica

La valutazione psicodiagnostica, a cui collabora il Nucleo DPS dell'ASL, prevede:

- Anamnesi;
- Osservazione di gioco libero e strutturato, se possibile videoregistrate;
- Compilazione di una scala o utilizzo di uno strumento standardizzato specifico (ad esempio CARS2, CASD, GARS, ECA, ADOS/G, ADOS/2 e ADI R o altre scale standardizzate utilizzate nei Disturbi dello spettro autistico ad alto funzionamento, come GADS, KADI, CAST, ASAS, RADS);
- Valutazione del profilo sensoriale in accordo con DSM 5;
- Valutazione del livello cognitivo e/o dello sviluppo e del livello del comportamento adattivo (si raccomanda l'uso della Scala Vineland) e rilevazione della diagnosi di disabilità intellettiva.

Nei casi in cui la diagnosi sia dubbia e sia necessario un periodo di monitoraggio dello sviluppo prima di giungere ad una diagnosi definitiva, si raccomanda di avvalersi di una valutazione del TNPEE o del Logopedista o dell'educatore professionale sanitario con formazione specifica, e di osservazioni del bambino nei contesti di vita (casa e scuola, anche avvalendosi di scale standardizzate, per esempio, ASRS, ASDBI), con particolare attenzione a momenti di interazione con i coetanei.

In alcuni casi, la diagnosi potrà essere definita "dubbia" o "da approfondire". Ciò potrà accadere nei casi dei bambini più piccoli o con sintomatologia lieve e in quelli in attesa del completamento degli esami clinici strumentali (si veda valutazione neuropsichiatrica infantile).

Il percorso che porta alla formulazione della diagnosi deve essere garantito con criteri di priorità entro 120 giorni dalla prima visita (gradualmente in fase di prima applicazione del percorso e comunque entro il 31 12 2018), anche tenendo conto dell'eterogeneità dello spettro autistico e dei diversi livelli di gravità indicati dal DSM 5. In tutti i casi, ove riscontrate significative difficoltà nello sviluppo socio comunicativo, il bambino va avviato ad un programma di presa in carico in previsione del trattamento (si veda Fase 6). Per rispettare i tempi della formulazione della diagnosi i servizi territoriali possono avvalersi dei servizi pubblici con valenza sovrazonale (Hub).



FASE 4. RESTITUZIONE DELLA DIAGNOSI

Classificazioni di riferimento per la diagnosi

La diagnosi è multidisciplinare e multiprofessionale ed è fatta sulla base dei criteri diagnostici DSM 5, e codificata nel sistema informativo secondo i criteri ICD OMS.

Modalità di restituzione

La restituzione è fatta anche in forma scritta dal neuropsichiatra infantile e/o psicologo del Servizio che ha fatto la diagnosi congiuntamente alle altre figure professionali della riabilitazione dell'età evolutiva. Durante la restituzione si raccomanda la consegna ai genitori la Scheda Diagnosi prevista dalla Determinazione n. 504 del 2014.

La restituzione deve essere fatta al termine della valutazione clinica multiprofessionale anche nei casi di diagnosi "dubbia" o "da approfondire".

Contestualmente alla restituzione, la diagnosi deve essere comunicata con modalità adeguate e devono essere consigliate le strategie più opportune per l'approccio educativo al bambino, anche attraverso la consegna o la segnalazione di materiali informativi sui disturbi dello spettro autistico e sulle modalità raccomandate di approccio educativo al bambino.

Alla restituzione, o in un opportuno momento successivo, va garantita l'informazione sui diritti previsti dalla legge per la disabilità.

FASE 5. LA VALUTAZIONE FUNZIONALE

Tempi e strumenti della valutazione funzionale

La valutazione (e ri-valutazione) funzionale è un atto indispensabile per la formulazione di un progetto di trattamento e avviene in modo multi professionale (psicologo, NPI, logopedista, educatore, TNPEE). La valutazione funzionale viene aggiornata ai passaggi di scuola o in presenza di particolare necessità e al momento del passaggio all'età adulta.

La valutazione funzionale prevede:

- Utilizzo del PEP-3 o del PEP/r oppure del VB-MAPP o, in casi di bambini più piccoli, della Check List dell'Early Star Denver Model. Possono inoltre essere utilizzate altre checklist come quella del Metodo Portage oppure, per gli adolescenti, il TTAP.



Può prevedere inoltre:

- Valutazione del comportamento adattivo con scala Vineland almeno ai passaggi di scuola o in caso di relazioni medico legali;
- Valutazione logopedica (che va intesa in senso ampio come “valutazione della comunicazione”);
- Valutazione neuropsicomotoria (offre elementi prognostici fondamentali e utili alla definizione di priorità negli interventi);
- Valutazione dell'educatore professionale sanitario.

Si raccomanda una verifica degli obiettivi, almeno semestrale, in età pre-scolare e, successivamente, annuale.

Luoghi della valutazione funzionale

La valutazione funzionale deve essere fatta presso il servizio territoriale di competenza o presso altri centri pubblici della rete regionale. Solo in caso di carenza di specifiche e qualificate risorse professionali, il servizio territoriale può avvalersi per la valutazione funzionale del supporto di centri pubblici o privati accreditati (con i quali sia stipulato specifico accordo finalizzato a definire l'esistenza delle competenze necessarie, i tempi ed i modi della presa in carico del paziente).

A seguito dell'iter diagnostico-valutativo prosegue la presa in carico del minore da parte dell'ASL con la stesura del piano terapeutico di trattamento abilitativo/educativo individualizzato.

FASE 6. IL TRATTAMENTO

Come indicato nella DGR 3 marzo 2014, n. 22-7178 *Tra i requisiti irrinunciabili di qualsiasi progetto di trattamento, che deve comunque intendersi come integrato, vanno menzionati anche la formazione dei genitori (parent training) e la consulenza alla scuola, in un'ottica di rete di servizi. La stessa DGR afferma inoltre che: La scuola ed in particolare il lavoro svolto dagli insegnanti si configura quale intervento educativo/formativo inserito a tutti gli effetti nel progetto terapeutico e psico/educativo.*

A livello organizzativo e operativo possiamo distinguere tra: *trattamento sanitario*, che viene attuato dai servizi sanitari e *trattamento integrato*, che comprende oltre all'intervento degli operatori sanitari, tutte le attività di carattere educativo effettuate da operatori socio assistenziali, insegnanti e



genitori, all'interno di uno specifico progetto individualizzato condiviso, condotto secondo metodologie educative raccomandate dalle Linee Guida.

6.1 Trattamento sanitario

Metodologie di trattamento

Il trattamento deve essere condotto secondo le Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità. Tutti i progetti di trattamento devono essere in linea con le Raccomandazioni delle Linee Guida. Il trattamento può essere condotto presso le ASR o presso Enti accreditati (in seguito a definizione dell'accordo specifico di cui sopra). La titolarità della presa in carico resta in ogni caso in capo all'ASL di residenza. Il programma di trattamento viene proposto al genitore con la modulistica prevista dalla Determina 504 del 2014, quest'ultima sarà soggetta ad aggiornamenti e revisioni sulla base dell'evidenza scientifica delle Linee Guida.

La verifica dell'efficacia del trattamento deve essere fatta al massimo con cadenza semestrale nei bambini di età prescolare e, dopo, al massimo con cadenza annuale attraverso l'uso di strumenti standardizzati di valutazione funzionale e, per i bambini maggiori di 6 anni, anche attraverso altre modalità di verifica del PEI redatto dalla scuola.

Attori del trattamento e Formazione

In tutti i casi gli *operatori sanitari* coinvolti nel trattamento devono avere una specifica formazione sulle strategie di intervento per l'autismo raccomandate dalle Linee Guida ISS, documentata da una comprovata esperienza nel campo dell'autismo, con formazione sulle metodologie raccomandate dalle Linee Guida.

In particolare, si raccomandano le seguenti formazioni:

- per tutte le fasce d'età, formazione di tipo cognitivo comportamentale;
- per la fascia 0-6 anni: formazione sulle metodologie evolutive, formazione sulla CAA;
- per la fascia 7-17 anni: formazione sull'educazione strutturata; formazione sulla CAA.

Gli operatori che fanno parte dei Nuclei DPS previsti dalla DGR 22 del 3 marzo 2014 devono aggiornarsi sulle metodologie raccomandate dalla Linee Guida almeno ogni tre anni.

Si precisa che le figure professionali degli operatori delle ASL sono, oltre a quello di Medico NPI e Psicologo: Logopedisti, Neuropsicomotricisti dell'Età



evolutiva, Fisioterapisti, Educatori Professionali e Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica.

Modalità di conduzione e intensità del trattamento sanitario

Il *trattamento precoce*, in particolare quello rivolto a bambini che non frequentano ancora la scuola dell'infanzia, si connota come *trattamento sanitario*. Il trattamento nelle fasce d'età successive all'inserimento nella scuola dell'infanzia, va inteso come *trattamento integrato*.

Il trattamento precoce, deve prevedere un monte ore indicativo di 5 ore settimanali (di intervento diretto e indiretto), fino al momento dell'inserimento nella scuola dell'infanzia. La Regione garantisce ai Servizi le risorse necessarie per adempiere a questa raccomandazione.

L'intensità del trattamento precoce deve, inoltre, essere garantita dalla supervisione dell'attività educativa condotta dai genitori e da altri eventuali caregiver. Tali attività, se supervisionate e monitorate da personale sanitario esperto contribuiscono, insieme a quelle effettuate da personale sanitario, al monte ore complessivo del trattamento precoce. In ogni caso, si raccomanda il maggior coinvolgimento possibile dei genitori nel trattamento.

Nelle fasi successive, il trattamento sanitario verrà condotto sulla base delle esigenze emerse durante i periodici aggiornamenti della valutazione funzionale e sarà parte del più ampio trattamento integrato.

Il trattamento sanitario, così come quello integrato, deve prevedere in tutti i casi il coinvolgimento dei genitori che devono essere formati sull'autismo e sulle strategie di intervento educativo specifiche.

6.2 Trattamento Integrato

Il trattamento integrato comprende le attività abilitative sanitarie e le attività educative effettuate dai genitori, dagli insegnanti e dagli operatori socio sanitari, opportunamente formati e supervisionati.

Modalità di conduzione e intensità del trattamento integrato

I trattamenti che comprendono attività a valenza e carattere socio sanitario vengono validati in sede di UMVD minori ai sensi della DGR 26/2010. Gli interventi socio sanitari contribuiscono al progetto globale di trattamento e di presa in carico della persona ed è opportuno che vengano condotti da operatori con una formazione almeno di base sull'autismo.

Le attività educative condotte dai genitori e supervisionate da personale sanitario esperto vanno considerate a tutti gli effetti all'interno del monte ore del *trattamento integrato*. Il trattamento integrato comprende le attività



educative condotte a scuola: gli insegnanti e gli assistenti devono essere formati sull'autismo e sulle strategie di intervento educativo specifiche. La formazione degli insegnanti deve essere garantita dal sistema scolastico; gli insegnanti possono inoltre fare riferimento agli Sportelli Autismo del proprio territorio istituiti dal MIUR.

Il monte ore del trattamento integrato, nei casi di bambini con insegnante di sostegno ed eventuale assistente comunale, deve comprendere le ore di intervento educativo individualizzato effettuate a scuola.

Si ricorda che per i bambini inseriti nella scuola dell'infanzia, primaria e secondaria, con insegnante di sostegno, il trattamento integrato prevede l'elaborazione del PEI o (ove non richiesta la figura del docente di sostegno) del PDP (Piano Didattico Personalizzato), secondo il modello biopsicosociale, e la messa in atto di adeguate e mirate strategie pedagogiche e didattiche specifiche, in un'ottica inclusiva.

Per quanto riguarda l'approccio pedagogico - didattico inclusivo, al fine di favorire i processi di apprendimento e di partecipazione degli allievi con disturbo dello spettro autistico e di migliorare il livello di inclusività, a vantaggio di tutta la classe, saranno proposte in seguito Indicazioni approfondite (Linee Guida Pedagogiche) rivolte a tutti gli insegnanti, con particolare riferimento ai docenti curricolari.

Gli assistenti comunali devono essere formati sull'autismo almeno ad un livello di base: i Comuni o i Consorzi dei Servizi Sociali possono avvalersi di Enti del privato sociale con competenze specifiche e documentate nell'autismo.

Il trattamento nel caso di soggetti che frequentano la scuola primaria o secondaria prevede l'inclusione scolastica e la messa in atto di strategie di pedagogia e didattica speciale in linea con le Raccomandazioni dell'ISS.

Le ASL (direttamente o attraverso enti accreditati, con criteri di committenza che prevedono uno specifico accordo orientato al presente documento) partecipano al trattamento attraverso interventi abilitativi, anche condotti a cicli da operatori sanitari con la formazione indicata sopra, se finalizzati al raggiungimento di precisi obiettivi abilitativi.

Nel caso di soggetti di livello di gravità 1 secondo i criteri del DSM-5 o "ad alto funzionamento" si raccomanda di orientarsi, come indicato nelle Linee Guida, verso trattamenti cognitivo comportamentale di seconda e terza generazione.

Durante il percorso di trattamento si raccomanda di mettere in atto iniziative, in ambito sanitario o educativo, per favorire la consapevolezza e l'autodeterminazione.



FASE 7. PASSAGGIO DAI SERVIZI PER L'ETÀ EVOLUTIVA AI SERVIZI PER L'ETÀ ADULTA

Le ASL devono individuare, in collaborazione con gli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali, le modalità attraverso cui deve avvenire il passaggio ai 18 anni della presa in carico dei pazienti dai servizi per l'età evolutiva a quelli per l'età adulta, passaggio che deve garantire la continuità del percorso sanitario-educativo-assistenziale.

Nel passaggio in età adulta deve essere garantita la continuità dell'intervento abilitativo già iniziato in età evolutiva secondo le modalità che verranno indicate dal Coordinamento regionale per l'Autismo in età adulta.

MONITORAGGIO DEL PERCORSO

Il percorso sopra indicato verrà monitorato dalla Direzione Sanità che potrà avvalersi, come indicato nella DGR 22 del 2014, della collaborazione del Centro ubicato presso l' ASL CN1 in cooperazione con il Coordinamento regionale per l'autismo e i DPS rivolto all'età evolutiva.

Nel corso degli anni 2017 e 2018 verranno monitorati i seguenti indicatori:

- n. di pazienti residenti in carico per ASL (complessivi e con disturbi dello spettro artistico monitorati in base alla quantità di prestazioni)
- n. di pazienti diagnosticati entro i 3 anni e relativa percentuale sul totale delle nuove diagnosi
- n di pazienti con nuova diagnosi per i quali è stata compilata almeno una delle scale standardizzate raccomandate e percentuale sul totale delle nuove diagnosi
- tempo che intercorre tra la prima visita e la diagnosi in ogni ASL
- n. di pazienti inferiori ai 6 anni con diagnosi funzionale (prima valutazione o aggiornamento) nell'anno considerato
- n. medio di prestazioni annue (dirette e indirette) a favore di bambini di età fino a tre anni (compresi)
- n. medio di prestazioni annue (dirette e indirette) a favore di bambini di età 4 -6 anni



- n. medio di prestazioni annue (dirette e indirette) a favore di bambini di età 7 – 11 anni
- n. medio di prestazioni annue (dirette e indirette) a favore di bambini di età 11– 15 anni

Per il 2017 si prevede l'avvio della rilevazione del dato e la messa a punto del Sistema SMAIL per consentire il monitoraggio.



A handwritten signature or mark, possibly a stylized letter 'e' or a similar symbol, located in the bottom right corner of the page.

APPENDICE

Gli esami strumentali che possono essere proposti sono quelli indicati di seguito (con modifiche e priorità e tempi a seconda delle caratteristiche, dell'età, della compliance familiare e individuale), a giudizio del clinico e in modo motivato

Possibili prescrizione esami ematologici I livello

esami ematologici

- Emocromo con formula
- Creatinina, Ac.Urico
- Glicemia
- AST, ALT, GGT, LDH, Fosfatasi alcalina
- VES, PCR,
- Proteine totali
- Bilirubina totale e frazionata,
- Enzimi pancreatici
- LDH, CPK,
- Na, K, Cl, Ca, Mg
- Fe, Transferrina, Ferritina
- B12, Folati
- Colesterolo totale, HDL, Trigliceridi

Esame urine

- Esame urine completo

Indagini genetiche

- Cariotipo e ricerca Mutazione S. X-fragile
- Consulenza genetica (in base alla quale indagini di II livello)



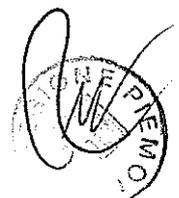
- Gene MECP2 nelle femmine
- CGH Array almeno del probando

Esami strumentali

- Valutazione audiometrica comportamentale
- EEG (con deprivazione di sonno ed eventuale somministrazione di melatonina, se sospetto di crisi; diversamente in base all'età del bambino)
- RMN encefalo + tronco (se ritardo cognitivo associato)
- EKG QTc (se assunzione di farmaci)

Possibile prescrizione esami ematologici II livello (in base a quando emerso dagli esami di I livello e le condizioni cliniche individuali e l'eventuale presenza di familiarità specifiche)

- Ig totali, sottoclassi Ig
- Ig antitransglutaminasi, Ig antiendomio
- TSH reflex
- PRL, cortisolemia
- Amino acidi plasmatici,
- Omocisteina totale plasmatica
- Cupremia , ceruloplasmina
- ASLO
- Acidi organici urinari
- Porfirine urinarie
- Ammoniemia , uricemia
- Mucopolisaccaridi urinari
- Acido orotico
- Acilcarnitine
- VLCFA



Il livello es. urine (in base a quando emerso dagli esami di I livello e le condizioni cliniche individuali e l'eventuale presenza di familiarità specifiche)

- Acidi organici urinari
- Aminoacidi urinari

Altri esami di II livello (in base a quando emerso dagli esami di I livello e le condizioni cliniche individuali e l'eventuale presenza di familiarità specifiche)

- Es.feci completo + copro cultura
- Calprotectina fecale
- ECP
- Potenziali Evocati Uditivi

