

IL DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO

di

Giampaolo La Malfa

Il termine *autismo* ha avuto una breve, ma intensa storia. Coniato nel 1908 dal celebre psichiatra tedesco Bleuler, è stato considerato il nucleo centrale della psicosi schizofrenica. *Autismo*, infatti, evoca l'immagine del ritiro, del distacco dalla realtà esterna, dal mondo comune, dagli altri. Nel 1943 un autore americano, Kanner, parlò di "*autismo precoce infantile*", per indicare una sindrome da lui osservata in undici bambini. Questi bambini, tendevano all'isolamento e si mostravano "felicissimi se lasciati soli". Presentavano un disturbo del linguaggio, che poteva andare dal mutismo, al linguaggio ecolalico (ripetere parole pronunciate da altri), ad alterazioni del senso sociale del linguaggio (incapacità di comprendere metafore, inversione dei pronomi, ecc). Era presente anche una paura ossessiva per qualsiasi cambiamento nell'ambiente. Alcuni pazienti presentavano peculiari abilità isolate, la più conosciuta delle quali è la memoria di numeri, parole, date. Per Kanner l'origine di questo disturbo era da ricercare nei genitori di questi bambini, che gli sembravano freddi, intellettuali e poco interessati alle persone ("madre frigorifero"). Quasi contemporaneamente, ma indipendentemente, un altro autore, tedesco, Asperger utilizzò un termine simile, *autistischen psychopathen*, per descrivere altri pazienti da lui osservati, sorprendentemente simili nella sintomatologia a quelli descritti da Kanner. (i due autori, a causa della II guerra mondiale non erano a conoscenza reciproca delle rispettive osservazioni cliniche). I bambini descritti da Asperger presentavano tuttavia alcune differenze: avevano un eloquio scorrevole, presentavano disturbi della motricità e venivano definiti come "pensatori astratti", con una intelligenza nella norma o superiore. Si vennero così a configurare due quadri diagnostici differenti: l'*autismo di Kanner* e la *Sindrome di Asperger*.

Nella psichiatria ufficiale, il termine "*autismo*" come entità clinica autonoma, è stato introdotto più lentamente. Per esempio in uno degli strumenti nosografici più utilizzati in tutto il mondo, il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), nelle sue due prime edizioni (1952, 1958) non compare il termine "*autismo*" e i disturbi di questo tipo sono raggruppati nel concetto di Reazione *Schizofrenica* (Tipo Infantile). Nell'edizione DSM III (1980) viene introdotta una nuova categoria diagnostica: il *Disturbo Pervasivo della Sviluppo*, che comprende una forma ad inizio nell'infanzia, l'Autismo Infantile, e l'Autismo Atipico. In una ulteriore revisione del 1987 (DSM III-Revised), nella categoria *Disturbo Pervasivo dello Sviluppo* (DPS), si consideravano sia il DPS non altrimenti classificato (atipico) sia il *Disturbo Autistico*. L'edizione del DSM-IV (1994), sostanzialmente confermata anche da quella del DSM-IV-TR (rivista, del 2000) è particolarmente importante, per giungere alla definizione moderna del concetto di "*Autismo*". Infatti nella definizione di "autismo" scompaiono due parole chiave: "*psicosi*" e "*infantile*". La scomparsa del sostantivo "*psicosi*" sancisce la definitiva distinzione dell'autismo come entità clinica dal concetto psicopatologico di sintomo della schizofrenia. La scomparsa dell'aggettivo "*infantile*" è invece la presa d'atto di un'evidenza: l'autismo non è solo "*infantile*", ma è presente nella persona anche in tutte le epoche della vita: età adulta, maturità, vecchiaia

(concetto di “arco di vita). Nella categoria DPS erano inclusi il Disturbo Autistico, il Disturbo di Asperger, il Disturbo Disintegrativo dell’Infanzia, la Sindrome di Rett e il DPS non altrimenti classificato. Nella recente edizione del DSM V (2013) viene abbandonata la dizione DPS e introdotta quella di *Disturbo dello Spettro Autistico*, abolendo le precedenti differenziazioni (specialmente la distinzione Tra Autismo e Sindrome di Asperger).

Il disturbo dello spettro autistico

Il *Disturbo dello Spettro Autistico (DSP)* è considerato, oggi, un disturbo del neurosviluppo. Secondo la letteratura internazionale presenta una prevalenza nella popolazione generale dello 0,99%. Il DPS è caratterizzato da disturbi nel dominio della comunicazione sociale e interessi ristretti e comportamenti motori ripetitivi (stereotipie, movimenti apparentemente finalistici). Questa costellazione di disturbi comporta generalmente difficoltà nell’interazione sociale. Come accennato, l’eziologia è fondamentalmente biologica e genetica, anche se sono importanti i fattori ambientali, mentre le teorie puramente psicogenetiche (“madre frigorifero”) sono ormai completamente abbandonate. Come precedentemente ricordato il Disturbo dello Spettro Autistico dura, per tutta la vita, con quadri clinici e gravità differenti; per questa ragione è stato introdotto il concetto di “Spettro”, passando da un approccio “categoriale” nella classificazione del disturbo, ad un approccio dimensionale. Varie sono le terapie proposte, ma poche hanno un’evidenza scientifica.

L’approccio cognitivo-comportamentale ed educativo rappresenta appare essere il più efficace, mentre la psicofarmacologia può trovare un utilizzo solo nel controllo di alcuni sintomi e nel trattamento delle complicazioni psicopatologiche. Altre terapie “non convenzionali” (musicoterapia, terapie di sostegno, ecc.) necessitano ancora di adeguata valutazione.

Molto importante nella SDA è la valutazione, che si articola in differenti punti. Infatti la valutazione clinica globale, si può suddividere in ulteriori domini: valutazione medica, valutazione della Disabilità Intellettiva eventualmente presente, valutazione dei comportamenti problema, valutazione della comorbidità psichiatrica (doppia diagnosi).

Valutazione medica. La valutazione clinica globale comprende, oltre all’anamnesi remota e recente e ad un eventuale studio genetico, la valutazione sia della salute fisica del soggetto che di quella mentale. Per quanto riguarda la salute fisica occorre sottolineare che, in questi pazienti, spesso è un argomento abbastanza trascurato. Bisogna tener conto che oltre a tutte le possibili malattie intercorrenti, comuni alla popolazione generale, ma di più difficile diagnosi, date le difficoltà linguistiche di questi pazienti, esistono aree della salute che necessitano di una particolare sorveglianza. Può essere utile fare riferimento a linee guida internazionali che su questo argomento individuano 11 aree che necessitano particolare sorveglianza:

1. salute dentale;
2. udito; nutrizione; prevenzione e trattamento della costipazione cronica; epilessia;

6. disturbi della tiroide;

7. disturbo da reflusso gastroesofageo (GERD) e *Helicobacter pylori*; osteoporosi; stato immunitario; attività ed esercizi fisici; la salute delle donne.

Valutazione della Disabilità Intellettiva (Ritardo Mentale). Il concetto di Disabilità Intellettiva (DI) è tutt'ora oggetto di profonda critica e revisione. Tuttavia l'attuale definizione di DI è caratterizzata da tre parametri: *ridotta performance cognitiva, (Quoziente Intellettivo) di almeno due deviazioni standard rispetto al gruppo culturale ed etnico del soggetto*);

- ✓ *ridotte capacità adattative (due deviazioni standard) valutate con opportuni strumenti validati internazionalmente;*
- ✓ *insorgenza prima dei 18 anni di età.*

Esiste un'ampia sovrapposizione tra ASD e DI, che varia dal 30 al 39,2%. Tale sovrapposizione sembra aumentare con l'aumentare della gravità della DI, anche se sono ancora necessari studi, dati i vari problemi metodologici che tale ricerca comporta.

Gli strumenti utilizzati per la valutazione del Quoziente Intellettivo nell' DSA sono quelli usati comunemente anche per la DI: il test *Wechsler*, la scala *Leiter* per soggetti non verbali, le Matrici Progressive. Occorre ricordare che l'uso di questi strumenti, in senso stretto, è improprio, perché nati per valutare l'intelligenza nella norma, e non i suoi estremi (intelligenza sopra e sotto la norma del proprio gruppo etnico e culturale). Per quanto riguarda l'ASD è anche da considerare che l'eventuale presenza di DI, sembra essere qualitativamente diversa dalla cosiddetta DI "pura".

Valutazione dei comportamenti problema. Volutamente i comportamenti sono tenuti distinti dalla patologia psichiatrica, che talvolta può accompagnare il paziente adulto con DSA. Esistono diversi studi sull'argomento (non specifici per l'autismo), tra cui si ricordano le Linee Guida Europee. Vari sono gli strumenti di valutazione proposti. Nessuno di quelli più usati clinicamente è specifico per l'ASD, nell'adulto, come avviene anche per altri campi di valutazione del settore. Recentemente Matson ha proposto uno strumento di screening per la valutazione dei comportamenti problema *l'Autism Spectrum Disorder Problem Behavior – Adult (ASD-PB-A)*, specificatamente ideato per pazienti adulti con ASD, in fase di traduzione e validazione italiana da parte del nostro gruppo.

Valutazione di comorbidità psichiatrica. Sebbene la ricerca riguardante il DSA e comorbidità psichiatrica sia ancora all'inizio, esiste una letteratura sufficiente per supportare l'importanza di valutarla nella persona adulta, per un corretto approccio terapeutico. Infatti il 25% di adulti con autismo ad alto funzionamento soddisfano i criteri internazionali (ICD10) per la diagnosi di Disturbo Ossessivo Compulsivo. Ugualmente vi sono evidenze che il DSA possa presentare una co-occorrenza con la depressione, i disturbi ansiosi, i tics ed i disturbi dell'alimentazione.

Le scale comunemente utilizzate a livello internazionale per la valutazione delle comorbidità psichiatriche nel DSA, come la *Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disabilities Checklist (PAS-ADD Checklist)*,

la *Reiss Screen for Maladaptive Behavior (RSMB)*, la *Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped, Second Edition (DASH-II)*, e la *Psychopathology Inventory for Mentally Retarded Adults (PIMRA)*, sono comunque tutte nate per valutare adulti con DI. Solo recentemente è stata sviluppata da Matson e coll. la *Spectrum Disorders-Comorbidity for Adults (ASD-CA)*, composta da cinque subscale, ottenute con uno studio di analisi fattoriale: Ansia/comportamenti ripetitivi, Problemi della condotta, Irritabilità/eccesso di comportamento, Attenzione/Iperattività/impulsività, Sintomi depressivi. Tale scala è in fase di traduzione e validazione da parte del nostro gruppo di ricerca.

Profilo funzionale. Il profilo funzionale identifica i punti di forza, di debolezza e quelli emergenti, cioè le potenzialità di un individuo, detti anche le “zone prossimali di sviluppo” secondo la definizione di Vygotsky, che vengono utilizzati per la elaborazione di progetti educativi/abilitativi individualizzati. Essenzialmente gli strumenti di valutazione maggiormente utilizzati sono due. La *Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS)*, è un'intervista semistrutturata, suddivisa in quattro sottoscale: comunicazione (espressione, ricezione, scrittura), abilità quotidiane (personale, domestico, comunità), socializzazione (relazioni interpersonali, gioco e tempo libero, regole sociali), abilità motorie (grossolane, fini). Con tale strumento si può ottenere una “età di capacità adattative”, indipendentemente dal Quoziente Intellettivo. La VABS non è specifica per l'ASD; tuttavia esiste un “profilo” delle sottoscale abbastanza tipico, per alcuni addirittura patognomonic, con le sottoscale comunicazione, abilità quotidiane e abilità motorie nettamente migliori della socializzazione. Al contrario nella DI il “profilo” appare più omogeneo. La versione italiana è stata curata da Balboni e Pedrabissi.(35). L'altro strumento è l'*Adolescent Adult Psycho Educational Profile (AAPEP)*, che deriva dall'*Educational Profile-Revised*. L'AAPEP consente di valutare le abilità in sei differenti aree evolutive: abilità professionali, funzionamento autonomo, abilità di tempo libero, comportamento professionale, comunicazione funzionale, comportamento interpersonale. Questo strumento valutativo è costituito da tre sottoscale: la scala di osservazione diretta, la scala familiare, la scala scolastica/lavorativa. La codifica delle risposte è data da tre livelli di risposte: superato (per le abilità raggiunte), non superato (abilità non ancora acquisite), emergente (abilità da potenziare).

Sviluppo emotivo. L'importanza dello sviluppo emotivo viene riconosciuta sia nel bambino che nell'adolescente. Anche nell'adulto è molto importante, specialmente per la definizione dei percorsi educativi e terapeutici. Nonostante ciò, sia nel campo dell'ASD, che in quello della DI, non sono stati elaborati specifici strumenti di valutazione (se si eccettua l'osservazione del soggetto). Recentemente Dosen ha elaborato uno strumento denominato *Scheme of Appraisal of Emotional Development (SAED)*, che può essere applicato sia a bambini che ad adulti. Tale strumento permette di evidenziare cinque differenti fasi di sviluppo emozionale, esplorando differenti aree:

- ✓ rapporto della persona con il proprio corpo;
- ✓ interazione con il caregiver;
- ✓ interazione con i pari;
- ✓ manipolazione di oggetti materiali;
- ✓ differenziazione affettiva;

- ✓ *comunicazione verbale;*
- ✓ *ansia;*
- ✓ *permanenza dell'oggetto;*
- ✓ *esperienza del Sé;*
- ✓ *regolazione dell'aggressività.*

Per ogni fase di sviluppo è possibile sia stabilire i bisogni emotivi del soggetto che si trova in quella fase, sia i possibili comportamenti “disadattativi” che possono comparire se tali bisogni non sono correttamente soddisfatti. La SAED è stata tradotta e validata in italiano (39) ed è interessante sottolineare come, in soggetti con DI e/o ASD, senza problematiche psichiatriche/comportamentali, essa sia fortemente correlata a livello statistico con la sopracitata VABS.

Valutazione sindromi genetiche. La valutazione del DSA nel paziente adulto con sindrome genetica, rappresenta un campo piuttosto recente e di non facile approccio. Tra le varie sindromi genetiche, meritano particolare attenzione:

- ✓ *Sindrome X Fragile (FXS).* È riportata una prevalenza molto varia di comorbidità con DSA, da 0 a 60%. Sembra che la gravità della DI incrementi il rischio di DSA. Analisi più raffinate hanno però identificato specifiche aree del comportamento, che sebbene appaiano inizialmente DSA-correlate, sembrano essere qualitativamente differenti da quelle dell'autismo idiopatico. Individui con FXS mostrano maggiormente ansia sociale, estrema timidezza ed esitamento dello sguardo, con una eccessiva sensibilità all'emozione e all'interazione, rispetto ai pazienti con DSA idiopatico. Recenti ricerche suggeriscono che nella FXS vi sia un deficit prevalentemente nell'interazione sociale. Inoltre la traiettoria dello sviluppo del DSA nella FXS è differente da quella dell'autismo idiopatico: i comportamenti di esitamento sociale si incrementano nel tempo, specialmente nei maschi. Gli studi sulle caratteristiche DSA in FXS forniscono un buon esempio del perché sia necessaria una dettagliata valutazione ed identificazione delle caratteristiche DSA-correlate per evitare conclusioni erranee riguardo l'associazione tra autismo sindromi genetiche.
- ✓ *Sindrome di Rett (RS).* In tale sindrome tutte le bambine hanno un comportamento di “ritiro sociale” durante la fase di regressione. Successivamente gran parte di loro perde questi aspetti del comportamento, ma non sviluppa un linguaggio, restando alaliche con l'eccezione della variante a linguaggio conservato, nella quale, peraltro, spesso si osserva un comportamento autistico.
- ✓ *Sclerosi Tuberosa (ST).* Viene riportata una associazione con DSA tra il 24% e il 60%. Sebbene ricerche suggeriscano una stretta associazione tra ASD e ST a livello diagnostico, vi sono pochi studi che considerano la precisa natura della fenomenologia DSA in questa condizione. Non è chiaro quanto il grado di DI contribuisca all'associazione tra DSAD e ST, ma recenti studi indicano che in questa sindrome la prevalenza di ASD aumenta con l'aumentare della gravità della DI.
- ✓ *Sindrome di Down(DS).* Recenti ricerche indicano che la comorbidità con ASD può essere più comune di quanto precedentemente si credeva, variando tra il 5% e il 39%. Difficoltà nella cognizione sociale, specialmente nelle aree correlate con la Teoria della mente (ToM) e la percezione emozionale, sembrano caratteristiche dei pazienti con DS.

Una ridotta capacità di interazione sociale è riportata nei familiari di soggetti con DS e ASD in confronto a quelli di soggetti con DS senza ASD. Tuttavia rimane non chiaro quanto l'incremento della DI possa spiegare l'incremento della sintomatologia ASD in questo sottogruppo. Saranno necessarie ulteriori ricerche per investigare la fenomenologia del DSA nella SD, per chiarire se questi aspetti autistici sono solo superficialmente simili all'autismo idiopatico o se sono associati a differenti eziologie sottostanti.

- ✓ *Fenilchetonuria (PKU)*. La prevalenza dell'ASD nella PKU può essere più alta del 20%. Viene riportata una sostanziale sovrapposizione nel profilo cognitivo tra individui con autismo e soggetti con grave sintomatologia della sindrome PKU, comparati per età e Quoziente Intellettivo. Questo suggerirebbe che la presenza di caratteristiche DSA, possano rappresentare uno stato finale di differenti vie patogenetiche.
- ✓ *Sindrome di Angelman (AS)*. Viene riportata una prevalenza di ASD nella AS tra il 50% e l'81%. Esistono significative differenze tra individui con AS con e senza DSA; il primo gruppo presenterebbe una significativa maggiore gravità di DI. Ciò rende probabile che la presenza di ASD nella AS sia associata con la gravità della DI.

Quanto riportato mostra che la diagnosi di ASD e la identificazione di sintomatologia DSA sia particolarmente problematica in individui affetti da sindromi genetiche, nei quali le difficoltà sociali, comunicative e comportamentali sono spesso presenti, particolarmente in quelle sindromi associati a gradi gravi e gravissimi di DI. È quindi importante che la valutazione sia meticolosa a livello classificativo/diagnostico e comportamentale.

Disturbo dello spettro autistico e abusi

Numerose sono le situazioni in cui la persona con Disturbo dello Spettro Autistico è oggetto di abusi fisici e psicologici. Per esempio la recente cronaca del 2013 riporta, nel vicentino, il caso di un ragazzo di quindici anni oggetto da parte di una insegnante di sostegno, di una assistente sociale e di una bidella, di ripetute ingiurie e comportamenti violenti. Al ragazzo, se non inghiottiva la saliva (era presente scialorrea, cioè perdita di saliva dalla bocca) e non colorava senza uscire dai bordi gli veniva detto: "Smettila animale, abbassa quella mano e mettiti a colorare. Altrimenti sai quante botte ti prendi". Sono state poi evidenziati dai Carabinieri, ematomi e lesioni e questi stessi comportamenti sono poi stati videoregistrati (colpito con vari oggetti, anche con delle forbici). Ciò che deve far riflettere su questa terribile vicenda, sono le giustificazioni, che le stesse imputate hanno addotto: "È proprio un toso che te istega" («È un ragazzo che ti istiga»); Proprio per contrastare questo fenomeno, purtroppo largamente diffuso, già nel 1997 l'associazione internazionale *Autisme Europe* aveva approntato un progetto per la redazione di un "Manuale di buone pratiche" nei confronti delle persone con autismo. Caratteristiche comportamentali delle persone con Disturbo dello Spettro Autistico, sia bambini, che adolescenti, quali i deficit del linguaggio, la tendenza all'isolamento, un'apparente indifferenza agli altri e alle cose, l'intolleranza al cambiamento, comportamenti fortemente oppositivi, possono rendere stressanti i rapporti relazionali del paziente con l'ambiente, creando dei veri e propri circoli viziosi che possono favorire (ma non giustificare) comportamenti abusanti. Gli ambienti in cui più facilmente vengono perpretati comportamenti abusanti, sono le istituzioni e la famiglia. Nelle istituzioni, possono essere presenti vari tipi di violenze, oltre a quelle fisiche e psichiche più grossolane, più "sottili" anche se non meno patogene. Prescrizioni farmacologiche inappropriate,

al solo scopo della contenzione del comportamento, trascuratezza dei problemi di salute fisica (fra cui il mal di denti o le coliche addominali che spiegano molti problemi di comportamento); negligenza dell'igiene personale, ignoranza degli interessi della persona e delle specifiche preferenze (per esempio quelle alimentari); attività inesistenti o ripetitive o inadeguate alle difficoltà e alle competenze del paziente, sono tutte forme di comportamenti abusanti. Anche nelle relazioni interpersonali, possiamo avere comportamenti abusanti (linguaggio offensivo, minacce di cessazione dell'aiuto fornito, controllo assoluto sull'intimità della persona). Particolare importanza è rivestita dalle problematiche del "burnout" (esaurimento) degli operatori o dei familiari. Esiste ormai un'ampia letteratura scientifica che dimostra come l'attività di *caregivers* (accudimento) di persone con autismo, senza un'adeguata preparazione e supporto, determini facilmente uno stato di stress-correlato al lavoro che può favorire la comparsa di comportamenti inadeguati. È già stato detto che la seconda possibilità di evenienza di comportamenti abusanti è nell'ambito familiare. Le famiglie, in generale, sono abbandonate e non ricevono supporti né sociali, né psicologici. Spesso i rapporti tra la famiglia e i servizi sono conflittuali e accrescono l'isolamento della famiglia stessa, che già può avere difficoltà di integrazione nella vita della comunità. Occorre anche tener presente il fattore della incertezza per il futuro, che la famiglia sperimenta costantemente: il problema del "dopo di noi" assume oggi una enorme importanza sociale, sanitario, politica ed economica. Esiste un'altra forma di "abuso" che viene spesso perpetrato ai danni della persona con DSA: quella frode tramite pubblicità di terapie, rimedi "miracolosi", spesso ammantati di un linguaggio pseudoscientifico e salvifico. È facile immaginare come le famiglie in questo settore siano facilmente vulnerabili e, nell'ottica di rincorrere guarigioni insperate, possano aderire a "trattamenti" sicuramente costosi e talora dannosi. Inoltre questi "progetti terapeutici", senza nessun riscontro scientifico, inducono le famiglie e i pazienti ad abbandonare le "tradizionali" terapie, considerate negative.

Strategie di contrasto

Quali possono essere le strategie di prevenzione dei maltrattamenti verso le persone con Disturbo dello Spettro Autistico? Molte sono le aree che devono essere prese in considerazione.

- ✓ *Informazione*: la corretta conoscenza del disturbo, delle sue caratteristiche e dei bisogni del paziente è di fondamentale importanza sia per gli operatori, che per i familiari. Ancora oggi molti professionisti non hanno una conoscenza adeguata di questa problematica, o la hanno in modo molto parziale. È importante un'informazione corretta anche per i genitori, sia per evitare lo stigma connesso a questa diagnosi, da un lato, sia per evitare false credenze e aspettative dall'altro.
- ✓ *Formazione*: direttamente connessa al precedente punto, deve riguardare sia i diversi tipi di operatori (medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori, ecc.) sia i familiari. Devono essere compresi aspetti terapeutici, educativi ed assistenziali connessi con la problematica del Disturbo dello spettro Autistico. Di particolare importanza è la diffusione del concetto di *promozione della Qualità di Vita*, fine ultimo di ogni intervento educativo/terapeutico.

- ✓ *Valutazione*: come già detto, la valutazione della persona con Disturbo dello Spettro Autistico non deve limitarsi alla diagnosi e all'andamento clinico, ma interessare anche lo sviluppo e il benessere emotivo, le funzioni cognitive, adattative e, aspetto principale la qualità di vita.
- ✓ *Coinvolgimento nella presa in carico della famiglia*: i percorsi terapeutici-educativi-assistenziali per la persona con Disturbo dello Spettro Autistico devono essere ecologici, cioè riguardare tutti gli aspetti della vita. Pertanto il coinvolgimento della famiglia, dove possibile, è della massima importanza. In tal modo si ottimizzano i risultati delle cure e si promuove la qualità di vita, della persona e del nucleo familiare.
- ✓ *Pianificazione e coordinamento dei servizi*: i servizi, a vari livelli, terapeutico, educativo, di supporto sociale, devono essere pensati e organizzati in base ai bisogni della persona e devono operare in sinergia per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

In conclusione appare evidente che le strategie di prevenzione degli abusi sulle persone con Disturbo dello Spettro Autistico, coincidono con l'ottimizzazione dei servizi e dei percorsi terapeutici assistenziali a loro dedicati. Forse mai come in questo caso, negligenza, assenza di supporti e violenza appaiono il contraltare di una corretta promozione della qualità di vita, che ogni società civile deve assicurare ad ogni cittadino, in particolare a quelli più disagiati.

Bibliografia

Baron-Cohen S., Wheelwright S., Robinson J., Woodbury-Smith M. (2005), *The Adult Asperger Assessment (AAA): A Diagnostic Method*, Journal of Autism and Developmental Disorders

DeBildir A., Sytema S., Ketelaars C., Kraijer D., Mulder E., Volkmar F., et al. (2004), *Interrelationship between Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G), Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R), and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) classification in children and adolescents with mental retardation*, Journal of Autism and Developmental Disorders, 34, 129–137

Kraijer D. (1997), *Autism and autistic-like conditions in mental retardation*. Lisse: Swets & Zeitlinger

Kraijer D.W., La Malfa G.P., Lassi S. (2006), *STA-DI Scala di valutazione dei tratti autistici nelle persone con Disabilità Intellettiva*, Erickson

La Malfa G.P., Rossi Prodi P. (2009), *L'autismo in età adulta: una nuova sfida per un vecchio problema nella psichiatria* Giorn Ital Psicopat; 15:315-31

Lunsky Y, Gracey C., Bradley E., *Adults with Autism Spectrum Disorders using psychiatric hospitals in Ontario: Clinical profile and service needs*, Research in Autism Spectrum Disorders in press

Muratori F. (2009), *La diagnosi precoce di autismo – Una guida pratica per pediatri* Stampa Centro stampa Giunta Regione Toscana

Nylander L., Gillberg C. (2001), *Screening for autism spectrum disorders in adult psychiatric out-patients: a preliminary report*, Acta Psychiatr Scand; 103: 428–434

Royal College of Psychiatrist DC-LD (2001), *Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learnin disabilities/mental*, Retardation Gaskell