



Carlo Poma

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Mantova

Il paziente adulto con autismo

Dott. Damiano Pecile

ASST «C.Poma» Mantova

CPS «B.Togliani»

Disturbi dello spettro autistico (DSA)

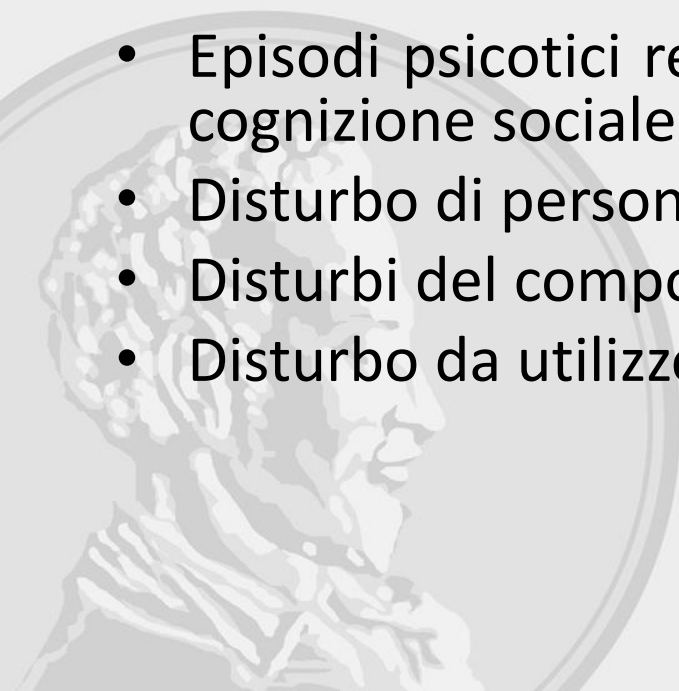
- Disturbi neuroevolutivi su base genetica a esordio precoce.
- Continuum che va da forme cliniche a basso funzionamento con maggiore compromissione intellettiva e socio relazionale a forme ad alto funzionamento con livelli intellettivi nella norma ma deficit della cognizione sociale.
- Prevalenza: 10-13/10.000 forme classiche; 40-50/10.000 intero spettro DSA

INTRODUZIONE

- I disturbi dello spettro autistico (DSA) hanno una prevalenza lifetime nella quasi totalità dei casi.
- Nel passaggio all'età adulta vi è un rischio di perdita di specificità diagnostica.
- Nei servizi psichiatrici dell'età adulta potrebbero venire diagnosticati come: ritardo mentale, psicosi, disturbo di personalità schizoide.
- Il rischio di una mancata diagnosi è la perdita della corretta indicazione e specificità di intervento.

L'incontro del DSA con il DSM

- Passaggio di consegne tra UONPIA e UOP di paziente con diagnosi di DSA al conseguimento della maggiore età;
- Richiesta di valutazione per disturbi del comportamento in pazienti con diagnosi di ritardo mentale;
- Episodi ansiosi e/o depressivi reattivi a momenti di transizione sociale in DSA ad alto funzionamento;
- Episodi psicotici reattivi a stress per l'impatto dei deficit di cognizione sociale con la realtà ambientale;
- Disturbo di personalità di tipo schizoide;
- Disturbi del comportamento alimentare;
- Disturbo da utilizzo di sostanze.

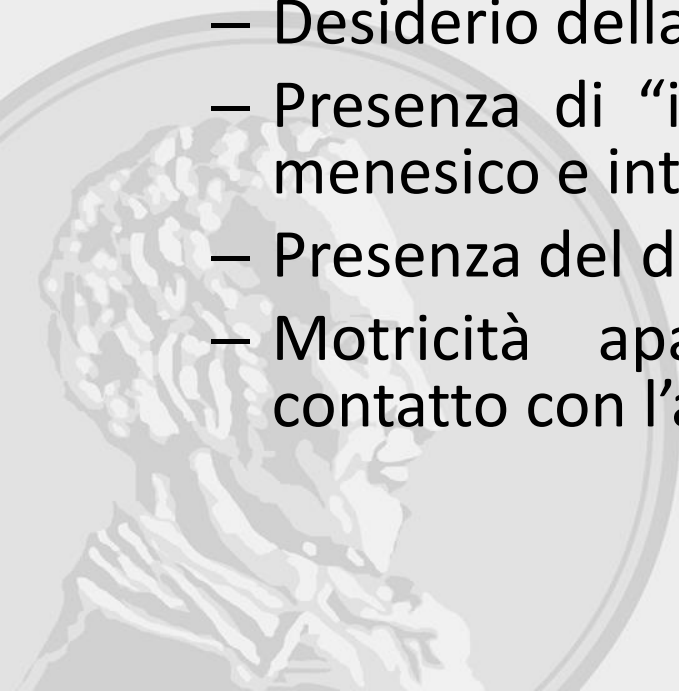


L'autismo schizofrenico

- Termine coniato da Eugen Bleuler (1857-1939) derivato dal greco “αυτος” (=sé stesso) per indicare la tendenza degli schizofrenici a chiudere i rapporti con il mondo esterno ritirandosi in sé stessi, in una vita autocentrata fondata sulla soggettività.
- Il pensiero “autistico” si autoalimenta di produzioni endogene (sogni a occhi aperti, fantasie, deliri, allucinazioni).
- Ci possono essere stati periodi della vita liberi dalla patologia.
- Durante l'infanzia può esserci acquiescenza motoria e attaccamento al corpo dell'adulto.

L'autismo infantile

- Leo Kanner (1896 – 1981) mette in evidenza alcune fondamentali differenze tra l'autismo schizofrenico e quello infantile:
 - Se lo schizofrenico ha ritirato il suo interesse dal mondo, il bambino autistico non lo ha mai instaurato.
 - Desiderio della ripetitività;
 - Presenza di “isole di capacità” (soprattutto a livello menesico e intellettivo);
 - Presenza del disturbo dalla prima infanzia;
 - Motricità apatica, rigida, distaccata rispetto al contatto con l'adulto.

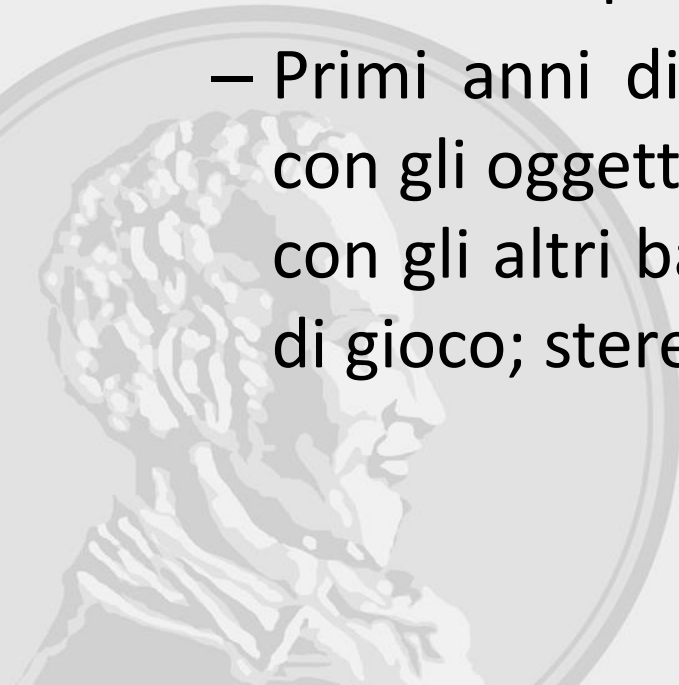


La diagnosi differenziale

- È importante che lo psichiatra che si occupa di adulti abbia una competenza nel sospettare i DSA in comorbilità con disturbi del comportamento in RM, sindromi disadattive o scompensi psicotici e, se non in grado di valutarli direttamente, inviare ai centri specialistici.
- La corretta individuazione di DSA nell'adulto permette di non perdere la corretta indicazione e specificità di intervento.

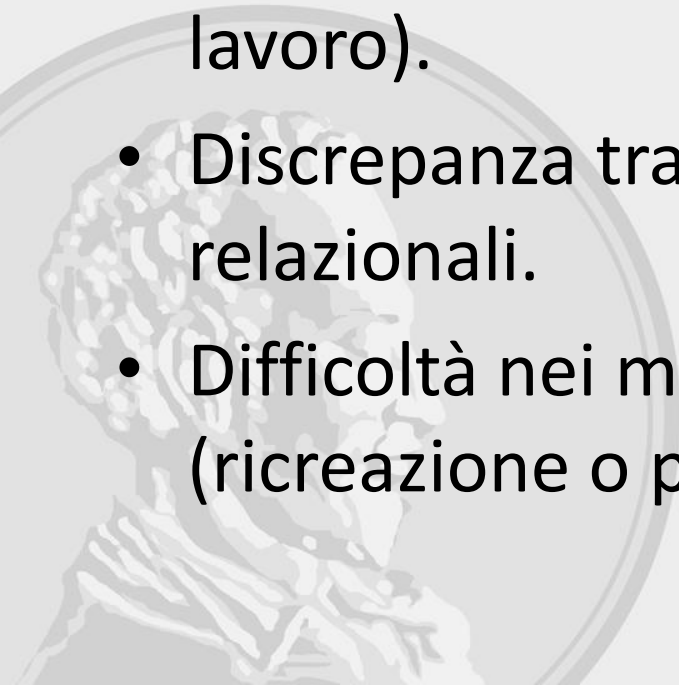
Valutazione diagnostica: anamnesi dettagliata

- Raccogliere informazioni dai genitori relative a:
 - Gravidanza: assunzione di valproato? rosolia?
 - Parto: complicanze ostetriche?
 - Primi anni di vita: risposta agli stimoli; rapporto con gli oggetti; sviluppo del linguaggio; interazione con gli altri bambini alla scuola materna; tipologia di gioco; stereotipie ; psicomotricità.



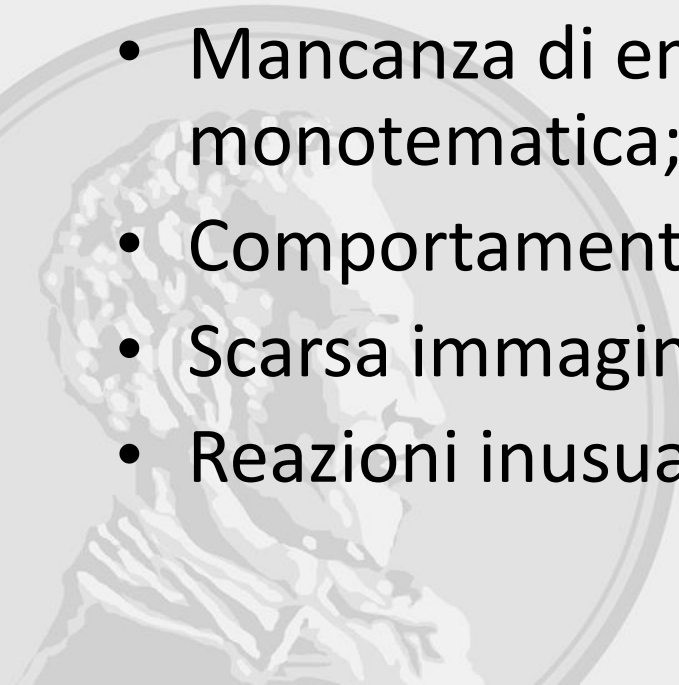
Valutazione diagnostica esame psichico diretto

- La sintomatologia autistica si presenta in modalità diversa in relazione all'età e al genere.
- In età adulta sono fattori di rischio i momenti di cambiamento (termine della scuola, cambio del lavoro).
- Discrepanza tra intelligenza e abilità socio relazionali.
- Difficoltà nei momenti non strutturati (ricreazione o pausa pranzo).



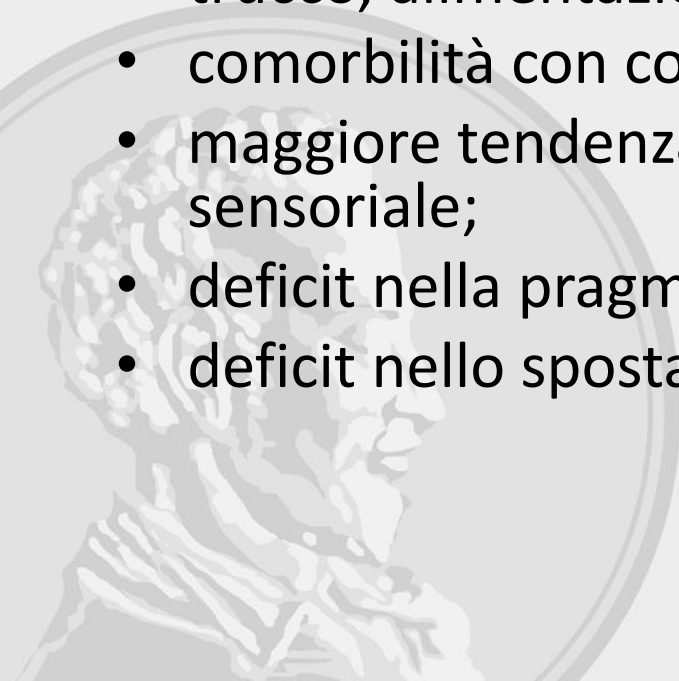
Valutazione diagnostica: esame psichico diretto

- Mancanza di buon senso comune;
- Non comprensione del linguaggio metaforico;
- Non comprensione del linguaggio non verbale;
- Tendenza all'isolamento;
- Mancanza di empatia e comunicazione monotematica;
- Comportamenti ripetitivi e ritualistici;
- Scarsa immaginazione;
- Reazioni inusuali a stimoli sensoriali.



Valutazione diagnostica: esame psichico diretto - differenze di genere

- il genere femminile presenta maggiore capacità empatica;
- sviluppa maggiori abilità compensatorie socio comunicative (tendenza all'imitazione);
- gli interessi sono mono tematici ma non bizzarri (vestiario, trucco, alimentazione);
- comorbilità con condotte anoressiche;
- maggiore tendenza alle alterazioni nella percezione sensoriale;
- deficit nella pragmatica del linguaggio (graforrea, logorrea);
- deficit nello spostare l'attenzione nei compiti multitasking.



Valutazione diagnostica di primo livello

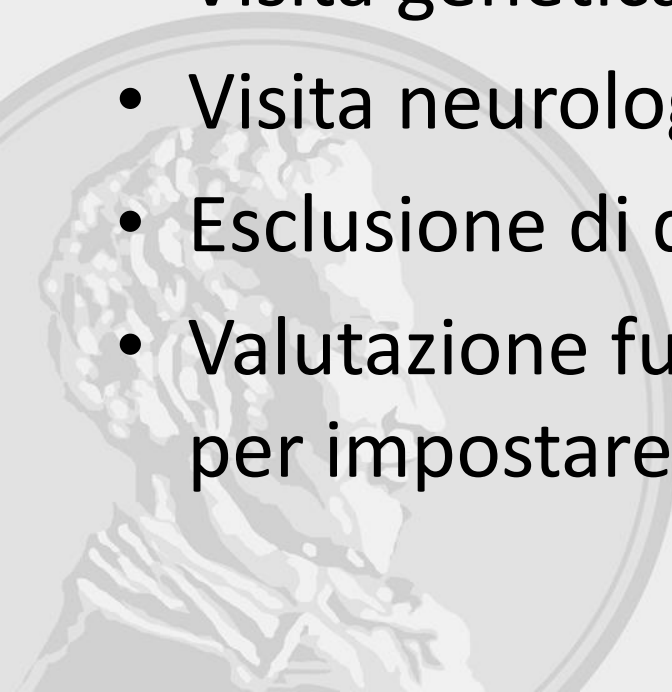
- Utilizzo di test di livello adeguati al contesto: WAIS-R, Matrici di Raven, Leiter-R
- Eventuale associazione di test di screening scelti in base al livello di compromissione intellettiva e culturale
 - Pazienti verbalmente competenti: test autosomministrato di quoziente autistico ed empatico (AQ-EQ)
 - Pazienti con disabilità intellettiva: test eterosomministrato, (STA-DI)
- Valutazione delle comorbidità psichiatriche.

Approfondimento diagnostico di secondo livello

- Ulteriori approfondimenti testistici si avvalgono di strumenti molto costosi e che richiedono formazione altamente specifica e sono pertanto realizzabili nell'ambito di centri di secondo livello dedicati ai DSA.
 - ADOS: evidenzia le modalità comunicative e interattive
 - ADI-R: raccolta anamnestica ai genitori
 - GARS: scala eterovalutativa per i pazienti con disabilità intellettiva
 - GADS, RAADS-R: scale per pazienti con DSA ad alto funzionamento

Completamento biomedico della valutazione

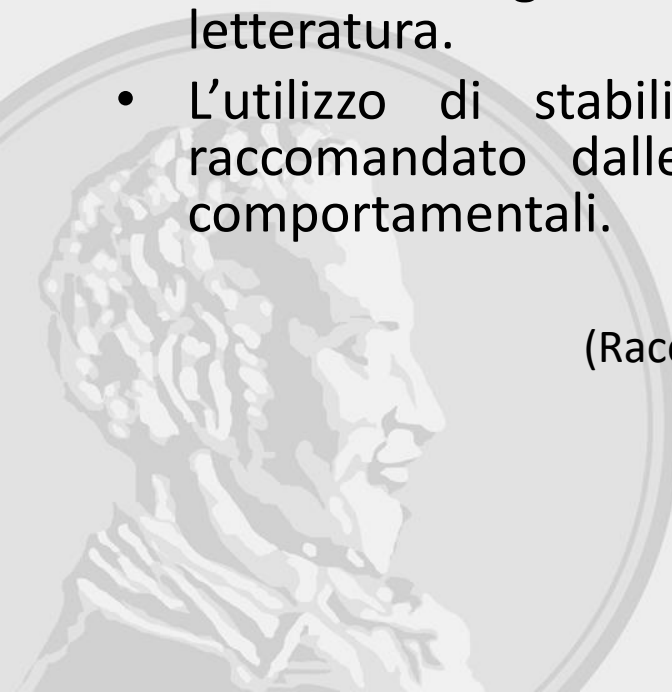
- batteria neuropsicologica completa (attenzione; memoria; funzioni esecutive, gnosiche, prassiche, cognizione sociale)
- Visita genetica (cariotipo, X-fragile, CHG-array)
- Visita neurologica (EEG, RMN cerebrale)
- Esclusione di quadri metabolici;
- Valutazione funzionale delle “isole di abilità” per impostare interventi riabilitativi.



Trattamento farmacologico

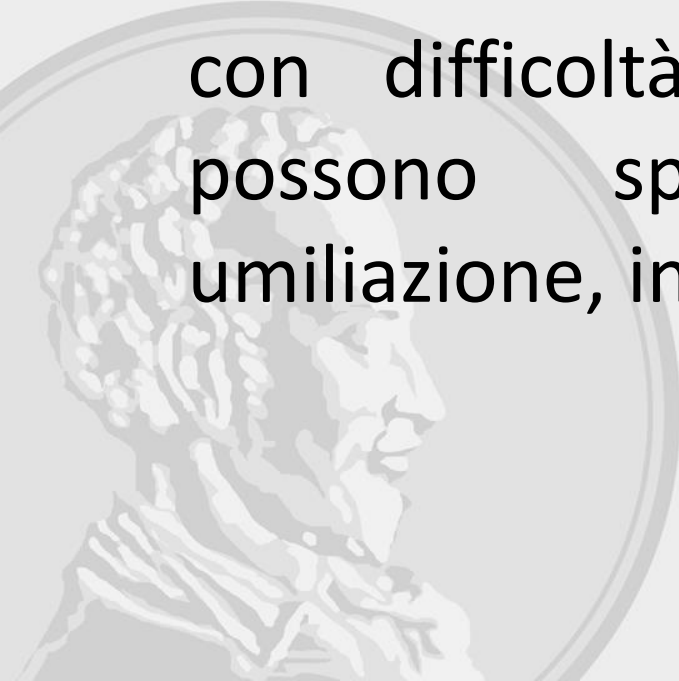
- L'uso degli antipsicotici dovrebbe essere preso in considerazione nella gestione dei disturbi comportamentali (aggressività, irritabilità, comportamenti ripetitivi).
- Data la scarsità di evidenze in questa popolazione di pazienti la scelta di quale antipsicotico prescrivere dovrebbe essere fatta caso per caso tenendo presente il differente profilo di effetti collaterali e indicazioni registrate; il risperidone è la molecola con la migliore letteratura.
- L'utilizzo di stabilizzanti dell'umore e antidepressivi non è raccomandato dalle linee guida per la gestione dei sintomi comportamentali.

(Raccomandazioni GRADE basate sulle prove di efficacia, 2014)



Gli interventi riabilitativi - 1

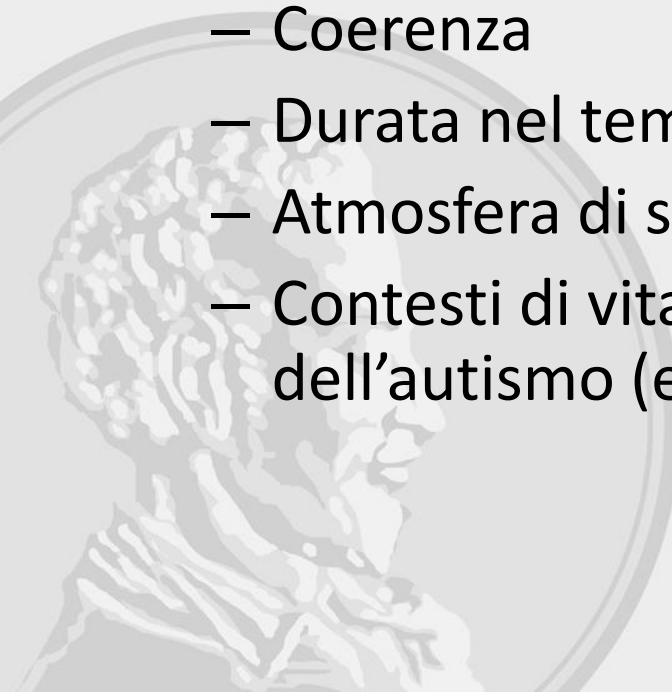
- L'autismo rappresenta un "limite estremo" per le tecniche riabilitative utilizzate in psichiatria;
- L'inserimento in gruppi sociali, cooperative, strutture di lavoro protette è vissuto spesso con difficoltà dai pazienti con DSA che possono sperimentare disorientamento, umiliazione, incapacità, confusione.



Gli interventi riabilitativi - 2

- A prescindere dalle tecniche utilizzate i fattori che rendono efficaci gli interventi sono:
 - Costanza
 - Sistematicità
 - Coerenza
 - Durata nel tempo
 - Atmosfera di sostegno
 - Contesti di vita pensati sulle caratteristiche dell'autismo (es. farm communities)

(Barale, Uccelli di Nemi, 2003)



Il Centro Psico Sociale (CPS)

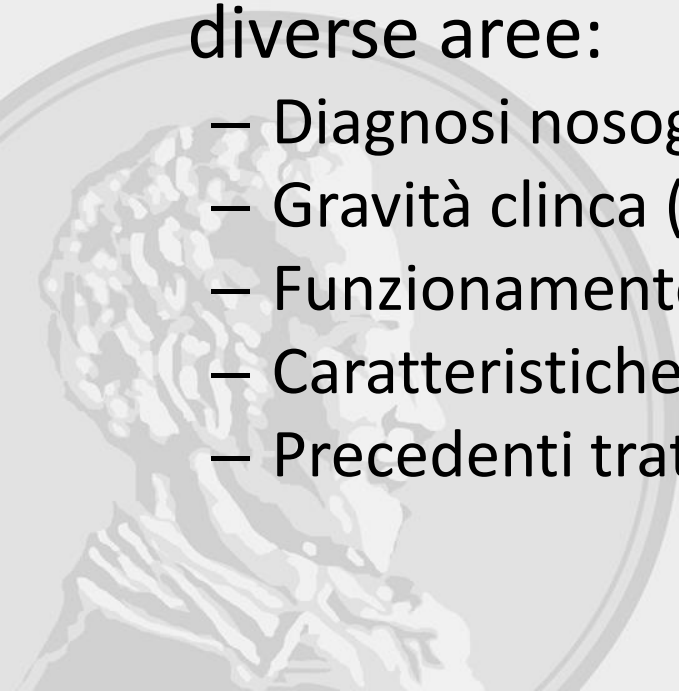
- È una struttura del Dipartimento di Salute Mentale che svolge funzioni di accoglienza rispetto alle situazioni di crisi secondo una modalità “a porta aperta”.
- Promuove percorsi di uscita dalla crisi che prevedono un utilizzo da parte degli utenti “Per quello che a loro serve e per il periodo di tempo che serve”
- Non si identifica con la mera erogazione di prestazioni specialistiche secondo modalità ambulatoriali.

CPS – caratteristiche organizzative

- Focalizzazione prioritaria sulle persone con patologie severe a rischio di emarginazione.
- Presenza di spazi di socialità funzionali alla riabilitazione e alla promozione di salute mentale.
- Differenziazione di percorsi di cura in relazione ai singoli bisogni (consulenza, assunzione in cura, presa in carico).
- Personalizzazione del trattamento.

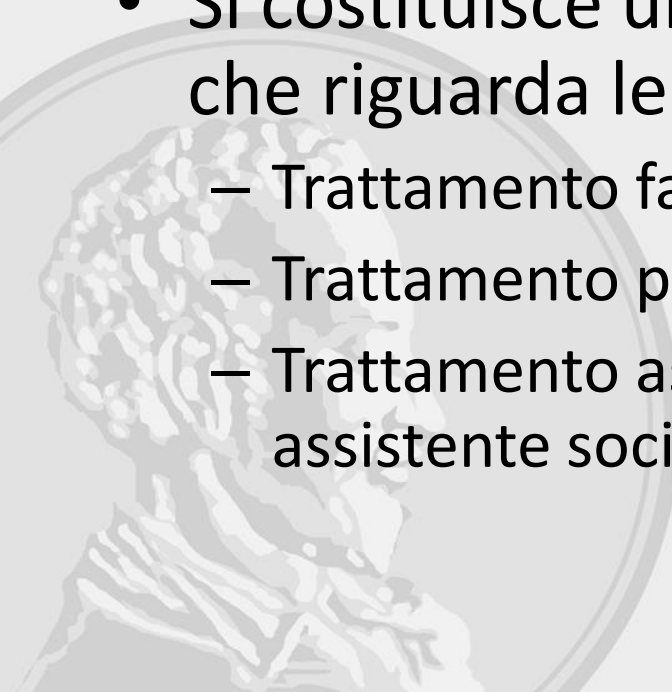
Precorsi di cura in psichiatria: la Presa in Carico (trattamento integrato)

- Percorso di trattamento integrato multidisciplinare riservato agli utenti che presentano BISOGNI COMPLESSI
- L'identificazione di tali pazienti avviene attraverso una valutazione multidimensionale che considera diverse aree:
 - Diagnosi nosografica
 - Gravità clinica (capacità di autogestione)
 - Funzionamento sociale
 - Caratteristiche della rete familiare e psicosociale
 - Precedenti trattamenti psichiatrici e psicologici



Presca in carico - La microèquipe

- La PIC viene sancita alla fine di un percorso di accoglimento e valutazione della richiesta sulla base della discussione del caso in èquipe che è la sede decisionale del trattamento integrato.
- Si costituisce una microèquipe multidisciplinare che riguarda le seguenti aree/figure professionali:
 - Trattamento farmacologico (medico psichiatra);
 - Trattamento psicologico individuale (psicologo clinico)
 - Trattamento assistenziale (infermiere professionale; assistente sociale; educatore professionale).

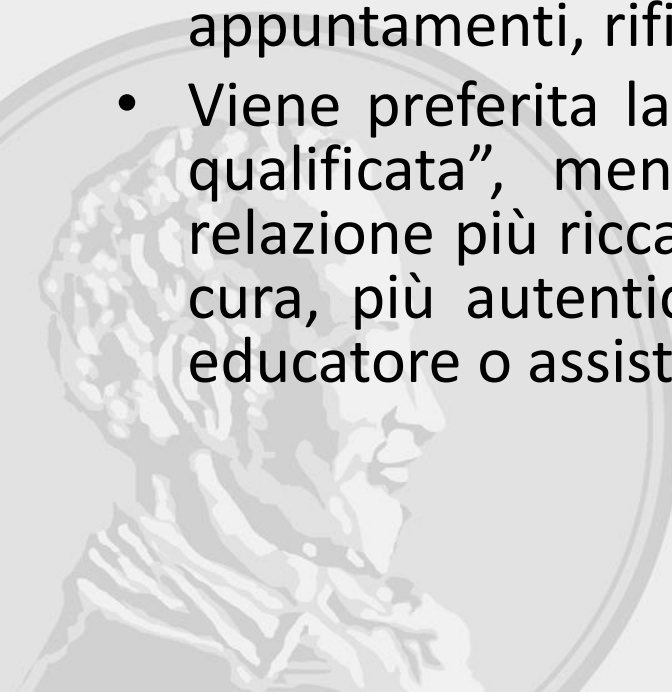


Presa in carico – la microèquipe

- La molteplicità di figure che insistono sul caso è l'espressione di un inquadramento diagnostico funzionale piuttosto che nosografico, basato cioè sui BISOGNI del paziente che sono mutevoli nel tempo e possono a seconda del momento di maggior rilievo farmacologico, psicologico o assistenziale.
- Caratteristiche della microèquipe sono quindi
 - FLESSIBILITÀ: continuo adattamento delle linee di intervento
 - COERENZA: impegno nel protarre la continuità terapeutica nei diversità dei bisogni lungo le fasi di malattia

Presa in carico – Il Case Manager

- La microèquipe nomina un operatore di riferimento che avrà funzioni di raccordare gli interventi proponendo eventuali priorità.
- Il Case Manager ha il compito di informare tempestivamente, per ogni evento significativo, tutti i componenti della microèquipe (ricoveri, mancati appuntamenti, rifiuti di terapie, problematiche sociali...).
- Viene preferita la figura vissuta dal paziente come “meno qualificata”, meno minaccioso, con cui instaurare una relazione più ricca emotivamente al di fuori del contesto di cura, più autentica e meno difesa (in genere infermiere, educatore o assistente sociale).



Presenza in carico – il Progetto Terapeutico Individualizzato

- Punto di partenza è l'osservazione del paziente sotto il profilo bio-psico-sociale.
- Viene analizzato il contesto sociale, le capacità residue, le difficoltà adattative del paziente (diagnosi funzionale).
- Viene chiarita la natura dei bisogni attuale del paziente (primitivi o evoluti; orientati verso la dipendenza o verso l'emancipazione).
- Individuati punti di forza e di debolezza vengono stabiliti obiettivi realistici e interventi appropriati.
- Sulla base dei bisogni del paziente viene stilato un progetto con indicatori di verifica.
- Il progetto viene formalizzato in un documento che viene condiviso con il paziente e i familiari.

Conclusioni

- I DSA non sono un disturbo che riguarda solo l'infanzia ma possono causare invalidità lungo tutto il corso della vita.
- Lo psichiatra che si occupa di adulti può incontrare nella sua attività clinica pazienti con DSA sia per una precedente valutazione dell'UONPIA che per comorbidità psichiatriche sopraggiunte in adolescenza/prima età adulta.
- Il paziente affetto da DSA è portatore di bisogni complessi ma che a parità di deficit funzionali richiedono risposte specifiche e differenti rispetto a quella dell'utenza psichiatrica.
- È importante che nella cultura psichiatrica vi sia maggiore attenzione a questi disturbi soprattutto in età adulta perché pongono seri problemi di diagnosi differenziale e richiedono un'elevata specificità di interventi riabilitativi.