

REGIONE ABRUZZO

IN BREVE

La Regione ha definito la rete di servizi per l'autismo, che fa capo al "Centro Regionale di Riferimento per l'Autismo" (CRRA) del Presidio Ospedaliero S.Salvatore Coppito-Aquila che si occupa dell'età pediatrica, e si articola sul territorio in otto Centri Diurni di trattamento educativo-riabilitativo per bambini e ragazzi affetti da disturbi dello spettro autistico. La L.R. n. 92 del 1997 definisce organico e funzioni di ciascun Centro.

La Regione ha adottato nel 2004 apposite Linee guida per l'autismo per la diagnosi ed il trattamento basate sulle Linee Guida della NAS (National Autistic Society); il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2008-2010 indica i principi ispiratori per la creazione di una rete di servizi per l'autismo e ulteriori obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione.

Nella fase attuale il Centro regionale di Riferimento è temporaneamente inagibile a causa del terremoto del 2009.

La persona adulta affetta da autismo è seguita dai Dipartimenti di Salute Mentale delle singole ASL.

DESCRIZIONE DELLA NORMATIVA

Con la legge regionale n. 92/1997 è stato istituito il *Centro Regionale per le Psicosi infantili* partendo dalla constatazione di una grave carenza assistenziale nel territorio abruzzese per i bambini ed adolescenti affetti da disturbi generalizzati dello sviluppo, precedentemente definiti psicosi infantili, facendone *un punto di riferimento di alta specializzazione per la diagnosi dei disturbi dello spettro autistico* e per le attività di studio, ricerca e supervisione clinica e terapeutica.

La stessa legge prevede che nella Regione Abruzzo siano istituiti Centri Diurni per la prevenzione, la cura e il trattamento educativo di persone affette da disturbi dello spettro autistico in numero pari ad uno ogni 150 mila residenti, gestiti in collaborazione e convenzione fra le Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti e Fondazioni del privato-sociale caratterizzate da acquisita esperienza nel trattamento educativo-riabilitativo di soggetti affetti da autismo e costituite prioritariamente da loro familiari in aderenza alla L.R. 10 marzo 2008, n.5 – Un sistema di garanzie per la salute – Piano sanitario regionale 2008-2010.

L'attività del Centro Regionale integra le risorse esistenti sul territorio ed in particolare quelle fornite dai *Servizi territoriali di Neuropsichiatria infantile di ogni singola ASL* previsti dal PSR 1998-2001 e dal *Progetto Obiettivo regionale per la Tutela della Salute Mentale in età evolutiva* di cui alla L.R. n. 93/2000 (questa legge prevede di destinare l'1% del fondo sanitario regionale per la tutela della salute mentale in età evolutiva).

L'iniziale "Centro Regionale per le Psicosi Infantili", è stato successivamente ridenominato "*Centro Regionale di Riferimento per l'Autismo*" (CRRA) ed opera come *Unità Operativa Complessa della Azienda USL di L'Aquila*, Unità operativa neuropsichiatria Infantile del presidio ospedaliero *S.Salvatore Coppito-Aquila*, erogando attività in regime ambulatoriale e in day service e di ricovero ospedaliero diurno (day hospital).

Nell'anno 2002 si avvia anche la collaborazione tra l'Associazione delle famiglie e il servizio pubblico (Centro di riferimento regionale).

Nel settembre 2003 è attivato il Centro specialistico per la diagnosi e cura dei disturbi comunicativi-relazionali (0-2 anni), nell'ambito del Centro di riferimento regionale dell'Aquila.

Nel 2004 la Regione ha adottato *Linee guida per la diagnosi ed il trattamento dell'autismo* (basate sulle Linee Guida della NAS, National Autistic Society) e pubblicate sul Bollettino Ufficiale speciale n. 55 del 9 giugno 2004. Le Linee guida stabiliscono le modalità per la diagnosi precoce, per l'intervento terapeutico (comunicazioni chiare alle famiglie; valutazione clinico-biologica con accertamenti laboratoristici e strumentali per l'eventuale trattamento farmacologico; interventi abilitativi ed educativi strutturati; aiuto pratico e sostegno psicologico alle famiglie; continuità dei servizi per l'intero ciclo di vita della persona; coordinamento degli interventi e dei servizi) e affrontano gli aspetti di organizzazione e di gestione socio-sanitaria delle problematiche connesse alla patologia autistica. Contengono una serie di indicazioni, raccomandazioni e/o suggerimenti che si pongono come punti di riferimento per genitori e/o operatori di

diverso livello (medici di famiglia, pediatri di base, neuropsichiatri infantili, psicologi, terapisti, educatori, etc.).

Nel 2006 è realizzata una rete di servizi (Centri diurni) sulla base di progetti obiettivi presentati dalle associazioni familiari, D.G.R. n. 469 del 03 Maggio 2006 e D.G.R. n. 817 del 03 Agosto 2007.

Nello stesso anno la Regione riconosce la CHAT (di Baron Cohen, S.Allen J., Gilberg C.), come screening per l'individuazione dei casi a rischio da parte dei pediatri della Regione Abruzzo nel contratto integrativo, con la D.G.R. n. 532 del 22 maggio 2006.

Nel 2007 si potenziano le attività per l'Autismo Infantile grazie alla partecipazione attiva al gruppo di lavoro per la tutela della salute mentale, finalizzato a definire le priorità per il Piano Sanitario Regionale 2008-10.

Nel *Piano Sanitario regionale 2008-2010*, sono indicati i principi ispiratori per la creazione di una rete di servizi per l'autismo: continuità tra momento diagnostico e terapeutico, precocità e intensità del trattamento educativo-abilitativo, lavoro con i familiari per la gestione dei comportamenti problematici, attivazione di equipe multidisciplinare per l'integrazione scolastica.

Il Piano prevede il potenziamento delle attività per l'Autismo: conferma il Centro Regionale di Riferimento per l'Autismo (CRRRA) dell'Azienda USL di L'Aquila, che costituisce il riferimento per la rete degli interventi, e l'attivazione di *otto Centri Diurni (due per ASL provinciale) di trattamento educativo-riabilitativo per bambini e ragazzi affetti da disturbi dello spettro autistico*, con le seguenti finalità:

- facilitare lo sviluppo psicologico degli utenti presi in carico in un contesto naturale e stimolante;
- migliorarne l'interazione sociale e la comunicazione verbale e non verbale;
- consolidarne le abilità e competenze cognitive acquisite e potenziarne quelle esistenti;
- svilupparne l'adattamento emozionale e sociale, l'autonomia e l'indipendenza correggendone i comportamenti disadattativi;
- consentire agli adolescenti un progressivo distacco dalla famiglia e, quando possibile, l'inserimento lavorativo.

Tali Centri sono gestiti in collaborazione e convenzione fra le Aziende USL territorialmente competenti e Fondazioni del privato-sociale della Regione Abruzzo caratterizzate da acquisita esperienza nel trattamento educativo-riabilitativo di soggetti affetti da autismo e costituite prioritariamente da loro familiari.

Il PSR 2008-2010 prevede anche il potenziamento del Centro Regionale di riferimento per l'autismo infantile (Ex Centro Regionale per le psicosi infantili) con le seguenti finalità:

- diagnosi e cura dei disturbi dello spettro autistico;
- collaborazione con le strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale e Materno – Infantile delle Aziende USL della Regione Abruzzo nonché con la Medicina di famiglia (PLS e MMG);
- coordinamento delle attività socio-sanitarie dei centri diurni di trattamento educativo – riabilitativo per bambini e ragazzi affetti da disturbo dello spettro autistico;
- promozione delle attività di ricerca ed istituzione di borse di studio per lo sviluppo delle conoscenze in materia di disturbi pervasivi dello sviluppo;
- implementazione di adeguate attività di “audit” clinico e civico.

Inoltre la Regione ha promosso o sostenuto iniziative di informazione, formazione e ricerca, in collaborazione tra Regione, operatori sanitari e sociali, l'Università e l'Associazione dei familiari tra cui:

Progetto di ricerca 2002-2005 sulla valutazione dei servizi e dei programmi di abilitazione psicoeducativa per l'autismo;

- Progetto obiettivo 2006 “Cura e riabilitazione dei bambini e ragazzi affetti da autismo” per l'assistenza alle persone autistiche in ambito territoriale con la costituzione di Centri diurni cogestiti tra ASL ed associazione dei familiari Il Cireneo Onlus per l'autismo (come previsto dalla delibera regionale n. 469 del 3 maggio 2006 e successiva determinazione DG 7/21 del 26/6/2006 della Direzione Sanità – Servizio Programmazione Sanitaria);
- Progetto “Alleanza educativa” tra centro, scuola e famiglia per la provincia di Chieti per la formazione degli insegnanti e l'integrazione scolastica dei bambini e ragazzi con autismo per insegnanti c/o la Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università degli studi di Chieti (anno accademico 2006-2007).

LE NORME:

Legge regionale 20 agosto 1997, n. 92 - Istituzione del Centro Regionale per le psicosi infantili

Art. 1

È istituito nella Regione Abruzzo il Centro Regionale per le Psicosi Infantili.
Il Centro ha sede in L'Aquila, presso la Divisione Clinicizzata di neuropsichiatria infantile della locale USL, convenzionata con l'Università degli Studi de L'Aquila.

Art. 2

L'attività del Centro è finalizzata alla eliminazione di ogni forma di disagio ai soggetti affetti da patologia psicotica infantile ed ai loro familiari, offre un servizio per il trattamento del paziente in maniera globale. Il Centro razionalizza ed integra le risorse già esistenti sul territorio, a tal fine configurando un punto di riferimento di alta specializzazione per tutti i cittadini.

Il Centro si avvale della collaborazione della clinica pediatrica e delle associazioni di volontariato operanti nel settore.

È autorizzato altresì alla istituzione di borse di studio per lo sviluppo della ricerca e delle conoscenze.

Art. 3

Il Centro si occupa della fase preventiva in collaborazione con il Servizio Prevenzione Handicap Neuropsicosensoriali della Regione Abruzzo (L.R. n. 54 del 1987), della fase diagnostica in collaborazione con la divisione clinicizzata di Neuropsichiatria infantile della USL de L'Aquila e del trattamento globale in collaborazione con i costituenti servizi territoriali di neuropsichiatria infantile della Regione Abruzzo, prevedendo anche attività di formazione professionale.

Art. 4

Il Centro è diretto sotto il profilo sanitario dal responsabile della Divisione clinicizzata di Neuropsichiatria infantile de L'Aquila e, sotto il profilo amministrativo-gestionale, dal Direttore Generale della USL de L'Aquila.

Art. 5

Il Direttore Generale deve prevedere la tenuta di una contabilità analitica che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati.

Al Centro sono assegnati almeno un Dirigente Medico NPI di I livello e un assistente amministrativo.

Al Centro si applicano, in materia di compensazione della mobilità sanitaria, le disposizioni di cui all'art. 12, 3° comma, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 5021 e successive modificazioni ed integrazioni.

Art. 6

La Regione Abruzzo, per sovvenire alle esigenze finanziarie del Centro, concede per l'anno 1997 un contributo di L. 200.000.000 da erogarsi secondo le modalità previste dalla L.R. n. 34 del 1996.

All'onere di cui al comma che precede si provvede mediante utilizzazione del Fondo Globale - Cap. 323000, con quota parte della partita n. 1, elenco n. 3 del bilancio per l'esercizio in corso.

Nello stato di previsione della spesa del bilancio per l'esercizio finanziario 1997 sono apportate le seguenti modifiche in termini di competenza e cassa:

- Cap. 323000 denominato: "Fondo globale occorrente per far fronte ad oneri conseguenti a nuovi provvedimenti legislativi riguardanti spese correnti".

- in diminuzione L. 200.000.000;

- Cap. 81527 di nuova istituzione ed iscrizione al Sett. 08, Tit. 1, Ctg. 5, Sez. 08, denominato "Contributo all'Azienda USL di L'Aquila per l'istituzione di un Centro Regionale per la psicosi infantile"..

- in aumento L. 200.000.000

La partita n. 1 dell'elenco n. 3 è corrispondentemente ridotta.

¹ D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. (Pubblicato nella Gazz. Uff. 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.).

La Regione Abruzzo, per sovvenire alle esigenze finanziarie del Centro in oggetto, assegna con la presente legge un contributo annuo di lire 300.000.000 con imputazione al Cap. 323000, partita n. 25, del fondo globale del Bilancio regionale 1997 che presenta la necessaria disponibilità².

Art. 7

La presente legge è dichiarata urgente ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel "Bollettino Ufficiale della Regione".

È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Abruzzo.

“ISTITUZIONE DI CENTRI PER LA PREVENZIONE, LA DIAGNOSI, LA CURA ED IL TRATTAMENTO EDUCATIVO DI PERSONE AFFETTE DA DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO”

Articolo 1

Modifiche all’articolo 1 della L.R. 20.8.1997, n. 92

1. L’articolo 1 della L.R. 20.8.1997, n. 92 (Istituzione del Centro Regionale per le psicosi infantili) è abrogato e sostituito in:

“a) “Istituzione del Centro Regionale di Riferimento per l’Autismo” (di seguito denominato CRRA).

b) il comma 2 è sostituito dal seguente:

“Il CRRA ha sede in L’Aquila ed è una Unità Operativa complessa con autonomia organizzativa e finanziaria della Azienda Sanitaria Locale de L’Aquila e opera in regime ambulatoriale e di ricovero alternativo all'ordinario (day hospital, day-service)”.

c) dopo il comma 2 sono aggiunti i seguenti commi:

“3. Nella Regione Abruzzo sono istituiti Centri Diurni per la prevenzione, la cura e il trattamento educativo di persone affette da disturbi dello spettro autistico in numero pari ad uno ogni 150 mila residenti, gestiti in collaborazione e convenzione fra le Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti e Fondazioni del privato-sociale della Regione Abruzzo caratterizzate da acquisita esperienza nel trattamento educativo-riabilitativo di soggetti affetti da autismo e costituite prioritariamente da loro familiari in aderenza alla L.R. 10 marzo 2008, n.5 – Un sistema di garanzie per la salute – Piano sanitario regionale 2008-2010.

“4. I centri diurni sono istituiti dalla Giunta Regionale, sentiti il CRRA e le Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti, nel rispetto delle vigenti normative di autorizzazioni e accreditamento”.

² Articolo così riformulato dall'art. 1 della L.R. n. 117 del 1997. Il precedente testo così recitava:

"La Regione Abruzzo, per sovvenire alle esigenze finanziarie del Centro in oggetto, assegna con la presente legge un contributo annuo di lire 300.000.000 con imputazione al Cap. 323000, partita n. 25, del fondo globale del Bilancio regionale 1997 che presenta la necessaria disponibilità".

Articolo 2

Compiti del Centro Regionale di Riferimento

1. Il CRRA svolge i seguenti compiti:

- a) prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi dello spettro autistico;
- b) collegamento funzionale con le strutture dei Dipartimenti di Neuropsichiatria Infantile, Materno-Infantile e di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie Locali, nonché con i Pediatri di Libera Scelta ed i Medici di Medicina Generale;
- c) coordinamento delle attività socio-sanitarie dei centri diurni di prevenzione, diagnosi e trattamento educativo per persone affette da disturbi dello spettro autistico;
- d) verifica dei risultati ottenuti dai centri diurni mediante somministrazione di un test specifico standardizzato, come da protocollo prestabilito;
- e) promozione delle attività di ricerca ed istituzione di borse di studio per lo sviluppo delle conoscenze in materia di disturbi dello spettro autistico;
- f) implementazione di adeguate attività per un processo di miglioramento della qualità assistenziale basato sulla revisione della documentazione clinica e degli indicatori disponibili di qualità dell'assistenza sia a livello clinico che civico, come previsto dall'EBM;
- g) esecuzione di studi epidemiologici e di valutazione della risposta assistenziale socio-sanitaria ai bisogni delle persone affette da disturbi dello spettro autistico e residenti nella Regione Abruzzo;
- h) formazione degli operatori socio-sanitari coinvolti nelle problematiche dei disturbi dello spettro autistico anche attraverso il ricorso alle competenze di professionisti di provenienza nazionale ed internazionale in collaborazione con i gestori dei centri diurni e l'associazione delle famiglie più rappresentativa;
- i) supervisione delle metodiche educative fondate su evidenze scientifiche garantite attraverso le indicazioni del Ministero della Sanità DPR 128/69.

Articolo 3

Compiti ed organizzazione dei Centri Diurni

1. I Centri diurni devono garantire i seguenti servizi:

- a) facilitare lo sviluppo psicologico in un contesto naturale e stimolante;
- b) migliorare l'interazione sociale e la comunicazione verbale e non verbale;
- c) consolidare le abilità e competenze cognitive acquisite e potenziare quelle esistenti;
- d) sviluppare l'adattamento emozionale e sociale, l'autonomia e l'indipendenza correggendo comportanti disadattivi;
- e) consentire agli adolescenti ed adulti, un progressivo distacco dalla famiglia e quando possibile l'inserimento lavorativo;
- f) sottoporre a verifica almeno annuale i progressi degli utenti mediante test standardizzati secondo il protocollo prestabilito dal CRRA.

2. Le prestazioni vengono erogate con modalità diurne semiresidenziali di tre ore al giorno in età scolare e pre-scolare e sei ore per i ragazzi e gli adulti che hanno terminato il ciclo obbligatorio scolastico.

3. Per raggiungere gli obiettivi di cui al precedente comma i centri diurni devono erogare un numero minimo di quindici ore di attività settimanale in età scolare e pre-scolare e trentasei ore settimanali in età post-scolare e adulta per ogni utente. Le ore di trattamento devono essere svolte obbligatoriamente nelle ore pomeridiane per gli utenti età scolare e pre-scolare in ossequio alla Legge 104 di integrazione scolastica, mentre possono essere svolte anche nelle ore mattutine per gli utenti che hanno terminato l'obbligo scolastico.

3. I trattamenti devono seguire un programma educativo personalizzato elaborato dall'equipe e verificato ed eventualmente modificato dalla stessa una volta raggiunti gli obiettivi o per modificare

il trattamento a fronte di nuovi strumenti di lavoro e metodiche scientificamente ed empiricamente validate in ossequio a quanto dettato dal Ministero della Sanità in ordine ai disturbi dello spettro autistico.

4. Dovranno essere implementati i protocolli di cura dettati dal CRRA secondo quanto previsto dall'EBM e tenuto conto dell'età cronologica, mentale e del grado di autismo (severo-grave-medio o lieve) di cui è affetto la persona affetta da autismo;

5. Le prestazioni devono contenere le seguenti attività:

a) attività educative per il miglioramento della relazione dell'attenzione e della comunicazione;

b) logopedia;

c) psicomotricità;

d) colloqui psicoterapeutici per la gestione delle emozioni e dei vissuti in assenza o lieve ritardo mentale;

6. Possono essere inserite attività opzionali per un massimo di tre su quindici ore e sei su trentasei ad utente. Tali attività opzionali possono comprendere:

a) musicoterapia;

b) laboratorio di ceramica;

c) laboratori manipolativi;

d) attività motorie.

7. I Centri Diurni devono integrarsi con la famiglie ed i circuiti sociali e scolastici per condividere le modalità di comunicazione ed interazione mediante le seguenti attività:

a) fornire una formazione ai genitori coordinata e continuativa prevedendo dei moduli intensivi per i genitori presi in carico che hanno ricevuto una diagnosi recente;

b) fornire, mediante colloqui individuali con le famiglie ogni due mesi e secondo richiesta, le informazioni sul percorso riabilitativo ed educativo come anche le nozioni necessarie alla gestione quotidiana del proprio figlio;

c) supporto psicoterapeutico e pedagogico attraverso incontri di piccoli gruppi di familiari di persone affette da autismo;

d) formazione ed informazione del personale scolastico ed educativo garantito attraverso incontri e corsi oltre a quanto già disposto dalla 104/94 e DPR 24.02.1994;

8. Ciascun centro diurno può ospitare un massimo di ventidue utenti per modulo e deve avere la dotazione organica prevista dal successivo articolo 4;

9. Il rapporto educatori-figure sanitarie e utenti deve essere di 1 a 2 e, quando necessario, 1 a 1.

Articolo 4 **Dotazione organica**

1. La responsabilità sanitaria e la direzione del CRRA è affidata ad un Dirigente Medico Neuropsichiatra Infantile dell'Azienda USL de L'Aquila.

2. La dotazione organica del CRRA è costituita dalle seguenti figure: Neuropsichiatra Infantile, psicologo, terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva o figure equivalenti, logopedista, assistente sociale, infermiere e amministrativo. Il numero delle figure sarà definito in funzione delle effettive necessità del CRRA e nel rispetto dell'autonomia organizzativa e di bilancio assegnata dal Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 – Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421 al Direttore Generale della ASL.

3. La dotazione organica di ciascun Centro Diurno è costituita per ogni modulo da una équipe specialistica così composta: un neuropsichiatra infantile, uno psicologo, un terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva o figure equivalenti, un educatore professionale, un assistente sociale, una logopedista ed educatori con provata formazione in ossequio a quanto stabilito dal

manuale di autorizzazione e accreditamento. Deve essere garantito il rapporto educatori-figure sanitarie e utenti di 1 a 2 e, quando necessario, 1 ad 1.

Articolo 5 **Norma finanziaria**

1. Per il corrente esercizio finanziario la presente legge non comporta oneri finanziari.
2. Per gli esercizi successivi al corrente anno si provvede con legge di Bilancio.
3. I fondi resi disponibili dalla presente legge verranno assegnati alla ASL di L'Aquila che provvederà a ripartirli al CRRA e ai Centri Diurni secondo un programma annuale condiviso tra gli stessi.

Articolo 6 **Abrogazione di norme**

1. Vengono abrogate tutte le norme incompatibili con la presente legge ed in particolare gli articoli da 1 a 6, della Legge Regionale 20 agosto 1997, n. 92 – Istituzione del Centro Regionale per le psicosi infantili.

Delib.G.R. 5 aprile 2004, n. 205 - Presa d'atto delle linee-guida per l'autismo - Regione Abruzzo

La Giunta regionale

Visto l'art. 12-bis - del *D.Lgs. n. 502/1992* e successive modificazioni ed integrazioni, riguardante i Programmi di Ricerca del Piano Sanitario Nazionale, realizzati con somme a destinazione vincolata assegnate dal Ministero della Salute, sentita la Commissione Nazionale per la Ricerca Sanitaria, che al punto f) del comma n. 4 recita che la Ricerca scientifica "favorisce... l'implementazione delle linee-guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici per l'autovalutazione dell'attività degli Operatori, la verifica e il monitoraggio dei risultati conseguiti";

Rilevato che con nota n. DGR SVE/CRS/A.1 2002/1645 del 24/10/2002, il Ministero della Salute ha comunicato, fra gli altri, l'approvazione del Programma e la conseguente ammissione al finanziamento del Progetto di Ricerca - anno 2002 di che trattasi proposto dalla Regione Abruzzo dal titolo "*La Valutazione dei Servizi e dei Programmi di abilitazione psico-educativa per bambini e adolescenti artistici*";

Considerato che l'indagine conoscitiva "sull'Autismo" in esame è stata effettuata con appositi "*Questionari*" su tutto l'ambito regionale da parte di professionisti esperti delle ASL d'Abruzzo, nell'anno 2003, e che a conclusione dei lavori della ricerca il Gruppo di esperti, coadiuvato dal Servizio "Assetto Istituzionale ed Organi Collegiali" della Direzione Sanità, a seguito di appositi incontri, ha redatto "*Le linee-guida per l'Autismo - Regione Abruzzo*" e che pertanto, *dato il valore delle stesse è necessario prenderne atto* per poterle pubblicare e pubblicizzare per tutti i Servizi competenti delle ASL d'Abruzzo, al fine di migliorare le risposte alle necessità delle persone affette da autismo;

Ritenuto pertanto di dover prendere atto delle "Linee-guida sull'Autismo Regione Abruzzo" - di che trattasi, parte integrante e sostanziale del presente atto;

Dato atto che sulle regolarità-tecnica e amministrativa, nonché sulla legittimità del presente atto - è stato acquisito il parere favorevole del Dirigente del Servizio "Assetto Istituzionale ed Organi Collegiali" e del Direttore Regionale della Direzione "Sanità";

Rilevato che il presente provvedimento non è soggetto a controllo ai sensi della *L. n. 127/1997*;

A voti espressi nelle forme di legge,

Delibera

Per le motivazioni indicate in narrativa:

- di prendere atto delle *"Linee-guida sull'Autismo - Regione Abruzzo"* - parte integrante e sostanziale del presente atto;
- di stabilire che la presente deliberazione sia pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. Speciale, con congruo numero di copie (n. 1000) da trasmettere alla Direzione Sanità per il seguito di competenza.

Linee-guida per l'autismo - Regione Abruzzo

Le linee-guida consistono in una serie di 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, etc.). 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 strategie comunemente e generalmente accettate per la gestione e la presa in carico, che aiutano il clinico e il paziente (o la sua famiglia) nel processo decisionale. L'adozione delle raccomandazioni espresse all'interno di tali linee-guida in termini di diagnosi e di trattamento non esclude la possibilità (talvolta l'opportunità) che, sulla base della valutazione del singolo caso, si possano di volta in volta prendere decisioni alternative alle raccomandazioni prescritte, basate sulla considerazione di specifiche circostanze e variabili coinvolte in quel caso, purché si adottino metodologie e procedure ragionevoli. Le linee-guida rappresentano inoltre dei parametri di riferimento temporanei, destinati ad essere periodicamente modificati e aggiornati, sulla base dei progressi tecnologici e dell'avanzamento delle conoscenze scientifiche disponibili sull'argomento. Queste linee-guida affrontano soprattutto gli aspetti di organizzazione e di gestione sanitaria delle problematiche connesse alla patologia autistica in quanto per le raccomandazioni tecniche-operative per gli operatori dei servizi territoriali si rinvia alle linee-guida per l'autismo recentemente stilate a livello nazionale dalle società scientifiche con cui il presente documento è interconnesso.

Premessa

L'autismo è un disturbo cronico dello sviluppo ad esordio nella prima infanzia che colpisce la capacità di comunicare ed interagire con gli altri. Si manifesta in un range di gravità da moderato a severo e comporta in ogni caso nelle persone che ne soffrono una significativa compromissione dello sviluppo della maggior parte delle funzioni mentali con la conseguenza di una grave disabilità. Questo inquadramento supera la visione dell'autismo come disturbo principalmente affettivo e relazionale, facendo emergere l'espressione di una patologia neuropsichiatrica ad andamento cronico e fortemente disabilitante.

La compromissione della capacità di conoscere l'altro, di rappresentarsi mentalmente l'altro (con le sue emozioni, desideri ed intenzioni) e di rappresentare se stessi in rapporto all'altro, costituisce un nodo patogenetico cruciale che differenzia l'autismo dal ritardo mentale e conseguentemente ne differenzia il tipo di intervento necessario.

Di fatto, l'autismo inteso come deficit dell'interazione sociale è la condizione specifica di uno spettro di disturbi (spettro autistico) nel quale si includono disturbi in parte diversi tra loro con disabilità molto

differenti (presenza o assenza di linguaggio verbale, di ritardo mentale, di disturbi del comportamento, di deficit prassicomotorio, di deficit nelle autonomie personali, ecc) definibili come Disturbi Generalizzati dello Sviluppo (DSM IV), Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DSM III-R), Sindromi da Alterazione Globale dello Sviluppo Psicologico (ICD 10), Psicosi Infantili (ICD9-CM, CFTMEA), ecc.

Infine i disturbi dello spettro autistico sono un gruppo di sindromi che condividono aspetti clinici e patogenetici ma riflettono probabilmente eziologie diverse.

Diagnosi

La diagnosi di Autismo infantile è attualmente formulata facendo riferimento ai criteri del DSM IV redatto dall'American Psychiatric Association simile alla classificazione dell'Organizzazione mondiale della Sanità (ICD 10) che prevede la presenza di almeno sei sintomi di cui almeno due riferibili ad una compromissione qualitativa dell'interazione sociale, almeno uno riferibile alla compromissione qualitativa della comunicazione verbale e non verbale e almeno uno riferibile ad una compromissione dell'area dell'attività e degli interessi.

Ne deriva che la diagnosi di autismo e di altri DGS è esclusivamente clinica.

La sola presenza di anche uno dei criteri descritti 1) compromissione quantitativa dell'interazione sociale, 2) compromissione qualitativa della comunicazione, 3) modalità di comportamento, interessi ed attività ristretti, ripetitivi e stereotipati, comporta l'inclusione nei Disturbi Generalizzati dello Sviluppo non altrimenti specificati (autismo atipico).

A causa dell'estrema variabilità della gravità e dei sintomi l'autismo può essere misconosciuto. Una diagnosi attendibile richiede l'intervento di un'équipe professionale multidisciplinare e l'uso di strumenti clinici validati (ADOS-G, ADI-R, ABC, CARS, ECA, CHAT, ecc).

A causa delle menomazioni sociali e linguistiche che possono interferire sul funzionamento globale risulta difficile valutare il funzionamento intellettuale e le abilità cognitive delle persone con autismo senza l'utilizzo di modalità di rapporto e di osservazione specifiche.

Inoltre poiché l'autismo è a volte associato a condizioni mediche che possono riflettere eziologie diverse di tipo neurologico, genetico, metabolico o altro, diviene necessario l'utilizzo di esami clinici e di esami strumentali specifici alle differenti patologie quando si sospetti la presenza delle stesse.

La valutazione deve quindi coprire sistematicamente diverse aree: storia dello sviluppo della patologia, valutazione psicologica e delle abilità sociali e personali, esami strumentali e laboratoristici, neuropsicologici, neuromotori, ecc.

L'osservazione dell'interazione del bambino con i componenti della famiglia e la valutazione degli stili di attaccamento forniscono importanti informazioni anche sui livelli di stress provati dalla famiglia.

Certamente la fase di definizione dell'iter diagnostico e del conseguente progetto terapeutico riabilitativo deve poter prevedere l'apporto di contesti di alta e specifica competenza e deve essere la risultante delle attività di approfondimento medico, psicologico e sociale integrato fra i diversi ambienti dei servizi territoriali, ospedalieri, scolastici e familiari (valutazione clinica e trattamento integrato).

Diagnosi precoce

Il Disturbo Autistico solitamente esordisce nei primi tre anni di vita e spesso le modalità di esordio sono subdole e mal definite. L'operatore di I livello (pediatra o anche operatore di asilo nido) deve pertanto essere sempre attento alle preoccupazioni e ai dubbi riferiti dai genitori circa lo sviluppo della comunicazione e della socializzazione del bambino. Infatti, seppur a volte sia difficile, è molto importante diagnosticare l'autismo in età precoce identificando i segnali di rischio di un alterato sviluppo comunicativo-relazionale

entro il secondo anno di vita del bambino, perché un intervento precoce può migliorare sensibilmente la qualità della vita della persona autistica. Formulare una diagnosi tempestiva di autismo è importante anche perché:

- Consente una migliore valutazione dei dati epidemiologici di cui attualmente disponiamo, permettendo una reale stima della prevalenza del disturbo, che attualmente corrisponde a 4-5/10000, ma che potrebbe, invece, essere valutata nell'ordine di 1-3/1000. L'autismo, quindi potrebbe essere ritenuto molto più frequente che in passato;

- Consente di prevenire quella situazione di malessere che si genera all'interno del sistema famiglia, quando i genitori appaiono disorientati di fronte alla evidenza di anomalie nello sviluppo sociale e comunicativo del bambino. I genitori ricevono solitamente in questa fase risposte evasive circa la natura del problema, oppure risposte rassicuranti o addirittura colpevolizzanti, mentre è importante fornire loro delle spiegazioni adeguate e soprattutto guidarli nel processo di approfondimento diagnostico;

- Facilita l'accesso dei familiari del bambino colpito a indagini genetiche per eventuali futuri figli, così da garantire un maggior livello di attenzione e sorveglianza per i fratelli del bambino interessato (il rischio di ricorrenza del disturbo nella stessa famiglia è da 50 a 100 volte superiore rispetto alla prevalenza nella popolazione generale);

- Permette la programmazione di un intervento precoce: in proposito una serie di ricerche hanno evidenziato che la possibilità di organizzare in maniera adeguata tempi, spazi ed attività del bambino nella fascia di età precoce (2-4 anni) riesce ad incidere significativamente e nell'immediato sulle potenzialità del bambino e in prospettiva sulla qualità delle sue capacità adattive, da cui dipende la qualità di vita dell'intero sistema familiare.

Per quanto fin qui esposto, appare indispensabile la sensibilizzazione dei pediatri di base e l'inserimento, nei bilanci di salute dei primi anni di vita, di valutazioni dello sviluppo comunicativo-relazionale e di strumenti diagnostici di screening dell'autismo come la CHAT di Baron-Cohen già utilizzata in molti Paesi europei. Nei casi in cui, in base ad un test standardizzato o all'osservazione effettuata, sembri verificarsi un serio sospetto di Autismo l'operatore di I livello deve richiedere una visita specialistica (Neuropsichiatra Infantile) per l'eventuale conferma diagnostica. Nei casi dubbi l'operatore di I livello, d'accordo con i genitori, organizza un controllo a distanza di quattro settimane per una rivalutazione dei segni "sospetti".

Epidemiologia

Sul piano epidemiologico tenendo conto delle differenze che emergono dall'uso di diverse classificazioni, è possibile affermare che mentre i disturbi dello spettro autistico (DGS) hanno una prevalenza dello 0,1-0,3% nell'intera popolazione infantile, la prevalenza dell'autismo nucleare è stimata intorno allo 0,04-0,05%, costituendo circa il 3% di tutta la popolazione psichiatrica in età evolutiva. Alcuni studi recenti sostengono che la prevalenza dell'autismo sia addirittura maggiore, tenendo conto che sono comunque aumentati i disturbi attualmente considerati inclusi nello spettro autistico.

Prognosi

L'autismo è una condizione che una volta instauratasi perdura tutta la vita seppure può essere soggetta a delle modificazioni in senso migliorativo (sviluppo di autonomie personali e sociali, linguaggio e altre funzioni cognitive) ma anche in senso peggiorativo (comparsa di disturbi del comportamento e di altri comportamenti problematici).

La prognosi in termini di sviluppo di autonomie personali e sociali e in genere di qualità della vita è fortemente condizionata dal grado di compromissione del funzionamento cognitivo ed in particolare di sviluppo del linguaggio ma anche dalla presenza di disturbi comportamentali gravi. Attualmente solo un terzo dei soggetti affetti da autismo raggiunge un grado di autonomia soddisfacente mentre il restante numero di soggetti necessita di assistenza continuativa. Il miglioramento della prognosi appare legato

principalmente alla precocità e all'adeguatezza dell'intervento abilitativo e quindi alla possibilità di effettuare una diagnosi precoce e di ricevere adeguati trattamenti.

Interventi terapeutici

Attualmente si ritiene che non esista "il trattamento" che risponda alla complessità dei disturbi generalizzati dello sviluppo, ed in particolare dell'autismo. La pervasività del disturbo, la molteplicità dei quadri clinici e la possibile cronicità del disturbo richiedono l'integrazione dei vari modelli di intervento. La struttura portante al momento più accreditata si individua all'interno di un approccio psico-educativo che preveda:

- la diagnosi precoce e comunicazioni chiare alla famiglia sia durante il percorso diagnostico e sia nella valutazione dell'efficacia dei progetti psico-educativi;
- la valutazione clinico-biologica con accertamenti laboratoristici e strumentali, con eventuale trattamento farmacologico, in particolare per i soggetti affetti da epilessia;
- gli interventi abilitativi e educativi strutturati ed incentrati sul potenziamento delle risorse del bambino;
- l'aiuto pratico ed il sostegno psicologico alla famiglia;
- la continuità di servizi per l'intero ciclo di vita della persona;
- il collegamento e coordinamento degli interventi e dei servizi.

La formulazione della diagnosi rappresenta il punto di partenza di un percorso da fare insieme (bambino, operatori dei servizi sanitari e sociali, famiglia, scuola). Tutti gli spazi esperenziali del soggetto possono e devono assumere una valenza terapeutica. La terapia, infatti, non è solo quella che si fa nel presidio terapeutico, ma sono terapie anche tutte le opportunità offerte al soggetto di agire ed interagire nei diversi contesti. Pertanto, la collaborazione tra le diverse figure che interagiscono con il bambino non può prescindere anche dalla organizzazione specifica del contesto, così che il percorso terapeutico risulti costante e sempre adeguato alle problematiche del soggetto autistico. Questo aspetto assume una rilevanza fondamentale se si considera la cronicità del disturbo stesso e la sua elevata pervasività.

L'obiettivo principale di ogni percorso terapeutico deve essere il raggiungimento del maggior grado di autonomia e di indipendenza possibile per l'integrazione sociale

I programmi di trattamento che sembrano produrre i migliori risultati sono quelli che:

- Risultano da una scelta effettuata a monte tra più terapie efficaci disponibili, ed un'eventuale integrazione tra metodi e strumenti scientificamente valicati per il trattamento;
- Prevedono non un singolo trattamento, ma un sistema integrato di interventi coordinati che garantiscano la globalità della presa in carico per il bambino e il suo contesto;
- Riconoscono tutti gli spazi che abitualmente il bambino frequenta come opportunità terapeutiche, quindi associano alla presa in carico del bambino, quella del nucleo familiare e delle situazioni scolastiche-sociali (interventi per l'integrazione scolastica, sociale, per l'inserimento lavorativo);
- Coinvolgono la famiglia nel contesto diagnostico e terapeutico;
- Prevedono un collegamento e un coordinamento tra interventi e servizi, scuola, famiglia;
- Garantiscono una continuità di servizi per l'intero ciclo di vita della persona autistica;

- Si basano sulla conoscenza della storia naturale del disturbo e sulla storia individuale di quel disturbo in quel bambino e nel suo contesto; forniscono servizi individualizzati per il bambino e il suo contesto;
- Iniziano quanto più precoce possibile;
- Utilizzano insegnamenti strutturali e sistematici;
- Si avvalgono di contesti specificamente organizzati tramite modificazioni strutturali degli ambienti di vita, che rendano il percorso terapeutico costante e leggibile per il bambino nei diversi contesti;
- Sono incentrati sul rafforzamento delle risorse presenti e sullo sviluppo delle competenze potenziali;
- Sono in grado di incidere sull'integrazione e sullo sviluppo delle competenze cognitive, neuropsicologiche, simbolico-comunicative ed affettive compromesse nel bambino;
- Offrono un progetto con obiettivi a breve e medio termine;
- Indicano gli obiettivi da raggiungere attraverso una serie di semplici gradini;
- Prevedono la programmazione di verifiche periodiche dell'efficacia degli interventi riabilitativi.

*Nell'esperienza scientifica internazionale, gli interventi più utilizzati e validati sono quelli **educativo-abilitativo**, basati su un approccio globale alla situazione individuale, familiare, scolastica del soggetto autistico allo scopo di individuarne le risorse recuperabili e di facilitare cambiamenti adeguati dei contesti di vita.*

Le strategie fornite da questi approcci danno anzitutto grande importanza ad un training altamente strutturato e spesso intensivo, adattato individualmente al bambino, per insegnargli a sviluppare le capacità sociali e comunicative. L'intervento deve essere più precoce possibile per avere migliori possibilità di riuscita.

Le statistiche dei Centri in cui si utilizzano questi metodi hanno visto ridursi negli anni il numero dei soggetti che da adulti vengono istituzionalizzati per mancanza di autonomia.

Il Prof. Schopler, ideatore del programma TEACCH, usato da 30 anni nel North Carolina come programma di Stato per l'autismo, in una ricerca catamnestica riferisce, nel 96% dei soggetti autistici seguiti, un buon livello di integrazione nel proprio ambiente sociale in situazioni lavorative più o meno protette. Studi effettuati su popolazioni autistiche a cui non viene applicato tale programma riferiscono che la maggior parte di soggetti autistici adolescenti e adulti (in percentuale dal 39 al 74%) è inserita generalmente in programmi residenziali (Mesibov, '97).

La strategia di fondo delle metodologie psico-educative è quella di modificare nel modo adatto ai disturbi del bambino autistico l'ambiente di vita, per rendere leggibili le routines, l'organizzazione della vita quotidiana e facilitare la comunicazione, l'interazione sociale e l'apprendimento.

Quale che sia l'intervento scelto per rispondere alle esigenze del caso, nella formulazione del progetto terapeutico, devono essere definiti gli **obiettivi** e le **strategie** possibili per il conseguimento degli stessi.

Gli **obiettivi** terapeutici e assistenziali possibili sono:

- Rendere leggibili le routines, l'organizzazione della vita quotidiana;
- Individuare le risorse recuperabili e quelle potenzialmente espandibili;

- Migliorare le performances e facilitare gli apprendimenti,
- Sostituire comportamenti disfunzionali con altri più appropriati;
- Sviluppare le capacità comunicative;
- Sviluppare capacità di interazione sociale;
- Migliorare le autonomie personali;
- Conquistare un maggior grado di indipendenza;
- Facilitare l'integrazione sociale;
- Raggiungere una migliore qualità della vita per i soggetti colpiti e per le loro famiglie.

Le **strategie** fornite da questi approcci danno grande importanza a:

- Modificare l'ambiente di vita nel modo adatte alle caratteristiche del soggetto;
- Effettuare training intensivi precoci;
- Personalizzare l'intervento a misura di ogni bambino;
- Occupare l'attenzione del bambino in attività altamente strutturate;
- Creare un contesto di apprendimento stimolante;
- Facilitare apprendimenti in contesti naturali e routinari;
- Attivare gli interessi del soggetto;
- Arrivare allo sviluppo delle potenzialità partendo dal consolidamento delle capacità presenti;
- Fornire un rinforzo del comportamento, variando il rinforzo a seconda delle attività proposte;
- Coinvolgere più persone, anche coetanei, nelle procedure di insegnamento.

In generale, per il trattamento dei bambini tra i 0-5 anni è prioritario privilegiare un intervento abilitativo volto a sviluppare le capacità di interazione del bambino, tramite un progetto di lavoro incentrato sull'area dell'intersoggettività e sulle abilità sociali e sulla capacità di comunicazione sia espressiva sia ricettiva.

In questa prima fase è essenziale la collaborazione dei genitori, per l'elaborazione delle priorità del programma d'intervento e per la generalizzazione degli apprendimenti. Gli operatori coinvolti nel trattamento dei bambini devono essere adeguatamente formati su differenti versanti: autismo, modalità di comunicazione e di relazionale con i bambini più piccoli, tecniche per favorire lo sviluppo delle competenze psicomotorie, psico-linguistiche, cognitive e psico-sociali.

Dopo i 5 anni e per gli adolescenti l'intervento psico-educativo rappresenta, come detto sopra, l'aspetto centrale del progetto terapeutico-riabilitativo, focalizzato sull'educazione secondo un programma strutturato per lo sviluppo delle autonomie. Le programmazioni e le verifiche continue sono indispensabili come la disponibilità di attività semiresidenziali e di programmi estivi, giacché i soggetti con questo tipo di disturbi spesso regrediscono in assenza di tali servizi.

Gli interventi psico-sociali vanno rivolti alle attività di ricreazione, alla formazione professionale e all'inserimento lavorativo sempre nell'ottica dell'approccio psico-educativo che prevede la continuità dei servizi per l'intero periodo di vita del soggetto.

In ogni età è fondamentale che il progetto terapeutico sia altamente personalizzato e dunque elaborato sulla base di un profilo che definisca le aree di forza e di debolezza e i reali bisogni del bambino e del contesto.

La scelta terapeutica, pertanto, non deve essere legata a rigidi schemi prestabiliti, ma deve essere dettata esclusivamente dalle esigenze del bambino, tenendo conto dell'età, del livello di sviluppo, dell'eventuale presenza di comorbidità e delle caratteristiche dell'ecosistema. Infine, va tenuta in considerazione l'eterogeneità della sintomatologia e la sua variabilità nel corso del tempo. Questo rende necessarie periodiche valutazioni, verifiche e rivalutazioni del progetto terapeutico in rapporto alle esigenze che di volta in volta si vengono a determinare per valutare a distanza l'idoneità degli obiettivi a breve e medio termine scelti e la validità delle strategie utilizzate.

Trattamento controversi sono invece quelli:

- Basati su teorie scientifiche semplificate;
- Indicati per più di una condizione;
- Non individualizzati sulla base del profilo del bambino;
- Non indicanti comportamenti target e obiettivi specifici;
- Garantiti come assolutamente efficaci, non aventi effetti collaterali e quindi non necessitanti di studi controllati;
- Ritenuti efficaci sulla base di *case reports* o di dati aneddotici, piuttosto che sulla base di ricerche rigorose caratterizzate dal confronto con gruppi di controllo.

L'intervento rivolto ai genitori

Un intervento per il soggetto con Disturbo Autistico soprattutto se precoce deve configurarsi come un progetto centrato sulla famiglia. L'intervento sulla famiglia, tuttavia, non deve ridursi ad un generico sostegno psicologico, né tanto meno ad un addestramento dei genitori perché possano continuare a casa gli "esercizi". Affermare la centralità della famiglia significa riconoscerle il valore di uno spazio privilegiato, in cui il soggetto possa interagire e partecipare.

Gli interventi rivolti alla famiglia si prefiggono, quindi, in primis che i genitori raggiungano un adeguato livello di conoscenza dell'autismo, quale disabilità evolutiva. Ciò comporta che i genitori del bambino siano informati su che cos'è l'autismo, sulle cause del disturbo, sulle ricerche che vengono effettuate in proposito a livello internazionale e sulle possibili indagini aggiuntive che possono essere effettuate. Inoltre, è importante informarli sulle terapie proposte a livello internazionale, illustrare loro il percorso terapeutico che si prospetta a breve e medio termine e dunque sulle risorse territoriali, in relazione al territorio di appartenenza. È evidente che tutte queste informazioni non possono essere date in un singolo incontro e bisogna dunque prevedere nella fase immediatamente successiva alla diagnosi, una serie di incontri nell'ambito dei quali si dà la possibilità ai genitori di ritornare eventualmente su argomenti già discussi per favorire una graduale metabolizzazione delle spiegazioni che vengono loro fornite. Solo quando questa fase si consideri conclusa si può passare alla successiva, che consiste nell'attivare le risorse genitoriali nella gestione quotidiana del bambino. Le strategie da attuare in proposito sono:

- Guidare i genitori alla conoscenza del bambino;

- Modificare il setting ambientale e le richieste al bambino, per ottenere il massimo in termini di intervento e sviluppo;
- Fornire loro consigli su possibili atteggiamenti educativi alternativi a quelli abitualmente utilizzati;
- Incoraggiare i genitori a scegliere in maniera autonoma strategie educative alternative;
- Sostenerli nelle scelte effettuate (se valide);
- Favorire una riorganizzazione del sistema famiglia;
- Insistere sulla necessità di un'adeguata organizzazione del tempo libero.

Trattamento farmacologico

Si sottolinea che non essendo disponibili farmaci "curativi" per l'autismo, l'approccio psicofarmacologico attualmente ha valenza sintomatica e deve essere utilizzato solo quando la gravità del sintomo compromette eccessivamente la qualità di vita del bambino ed interferisce pesantemente con il suo programma abilitativo-educativo. L'intervento farmacologico non può pertanto rappresentare il trattamento unico o di elezione, bensì va inserito nell'ambito del progetto definito per quel bambino. Per i trattamenti dietetici e per quelli "alternativi" non è stata comprovata una chiara efficacia.

Integrazione scolastica

La scuola rappresenta un momento fondamentale di integrazione dei disabili così come garantito dalla legislazione scolastica (*L. n. 517/1977*) e dalla *legge n. 104/1992* che hanno fatto dell'Italia uno dei Paesi più avanzati a livello mondiale, grazie all'istituzione dell'équipe multidisciplinare (ai sensi del *D.P.R. 24 febbraio 1994*). Considerando l'età, il livello di sviluppo e la natura del problema, l'ambiente scolastico, infatti, va inteso come uno spazio preposto a facilitare le autonomie personali e ad attenuare i comportamenti disturbanti. Si ripropone quindi anche in quest'ambito la necessità di definire, a monte dei contenuti dell'intervento, la strutturazione del contesto all'interno del quale tali contenuti vanno poi inseriti, nonché personale maggiormente specializzato e che possa usufruire di momenti di formazione ed aggiornamento caratterizzati da competenze specifiche per l'autismo acquisite e riconosciute a livello regionale. Si deve, inoltre, programmare la possibilità di permanenze più prolungate in ambito scolastico, per garantire l'esplicitazione massima di tutte le capacità potenziali del bambino con autismo, che spesso richiede tempi diversi. Affinché poi lo "spazio scuola" possa assumere una valenza terapeutica è necessario che gli operatori vengano coinvolti attivamente nel progetto terapeutico globale.

Gli interventi psicopedagogici, che sono competenza della scuola, vanno quindi elaborati all'interno di un programma educativo individualizzato (PEI), nel quale vanno stabiliti gli obiettivi educativi in accordo tra Scuola, Famiglia e Servizi. Il servizio di medicina delle Comunità oltre a garantire le attività preventive dei consultori familiari e di medicina scolastica ha le funzioni previste dal Piano Sanitario Regionale in attuazione del *D.P.R. 24 febbraio 1994* per l'integrazione scolastica anche attraverso intese e collaborazioni con i servizi territoriali di neuropsichiatria infantile per una adeguata e reale presa in carico globale (famiglia, scuola, servizi sanitari, servizi sociali, etc.) del bambino e adolescente autistico.

I parametri generali di solito utilizzati nell'ambito della programmazione del PEI sono:

- Identificare le priorità (di quali competenze il bambino ha in quel momento maggior bisogno);
- Stabilire quali sono i comportamenti che vanno scoraggiati e soppressi, perché perturbanti rispetto alle possibilità di sviluppo e apprendimento;

- Focalizzare quali sono le abilità critiche per un buon funzionamento attuale e per lo sviluppo futuro del bambino;

- Porsi come obiettivo non tanto il raggiungimento di abilità accademiche, ma la possibilità di facilitare lo sviluppo del bambino sul piano delle autonomie, delle relazioni, delle capacità di comunicazione, per cercare di aiutarlo ad integrarsi nella società.

Una risorsa che va particolarmente utilizzata è l'inserimento nell'ambito di un gruppo di coetanei. Essi, infatti, con la spontaneità che li caratterizza, la naturalezza del loro modo di rapportarsi e la capacità di una sintonizzazione empatica, si pongono come figure particolarmente idonee per attivare sequenze di interazione in grado di facilitare la crescita sociale del bambino autistico. È evidente che questo ruolo che possono svolgere i coetanei è soprattutto potenziale. Si rende pertanto necessario un loro coinvolgimento attivo, attraverso la sensibilizzazione nei confronti di tematiche, che per la loro complessità, devono essere affrontate con modalità e strumenti adeguate al livello di sviluppo.

Integrazione oltre la scuola

Con l'adolescenza molti comportamenti possono subire un drastico miglioramento, mentre altri possono peggiorare notevolmente. Come per tutti gli adolescenti, anche gli autistici crescendo fanno i conti con le difficoltà di adattamento al corpo che cambia, alla sessualità emergente, alle trasformazioni nei processi pensiero e nelle capacità di osservazione e valutazione di sé e del mondo circostante. Le tensioni e il senso di confusione che accompagna lo sviluppo puberale, possono determinare nell'adolescente autistico un incremento dell'isolamento, di comportamenti stereotipati, o la comparsa di aggressività. Allo stesso tempo, per la maggiore sensibilità agli aspetti di confronto sociale che la fase di sviluppo comporta, l'adolescente con autismo, soprattutto se meno compromesso dal punto di vista cognitivo, può fare i conti per la prima volta, con la consapevolezza delle proprie differenze rispetto ai coetanei (mancanza di amici, di interessi condivisibili, di progetti per il futuro). Questo aspetto può fare emergere disturbi dell'umore, che necessitano spesso di un trattamento specifico.

La maggiore attenzione agli aspetti psico-sociali della vita degli adolescenti autistici condiziona la scelta di alcuni interventi specifici:

- Programmi di training per l'attività sociale e l'indipendenza (organizzazione e gestione del tempo libero, con attenzione per gli interessi personali; incontri protetti rivolti all'integrazione sociale);

- Programmi mirati alla formazione professionale e all'inserimento lavorativo (scuole di formazione professionale con classi specializzate; inserimento lavorativo protetto).

Troppi bambini e adolescenti con autismo sono ancora esclusi dal mondo dell'educazione, anche dell'educazione specializzata, e non possono contare su alcuna forma di assistenza al di fuori delle cure parentali. Le conseguenze della mancanza di un sostegno adeguato peggiorano con l'avvento dell'adolescenza e dell'età adulta. L'assenza di prospettive adeguate di una vita adulta dignitosa può ben presto trasformare lo stress della famiglia in disperazione, e non esiste genitore di persona autistica che non si sia augurato di sopravvivere al proprio figlio, per non doverlo abbandonare ad un futuro di emarginazione.

Questi sentimenti non fanno che incrementare il senso di colpa e di impotenza delle famiglie, e nel caso in cui i genitori vengano lasciati soli senza il supporto di servizi specializzati possono comportare in casi estremi dei rischi per la vita stessa della persona con autismo.

La particolare pervasività della triade sintomatologica autistica e l'andamento cronico del quadro patologico, possono configurare nell'età adulta condizioni di disabilità assai profonde, con gravi limitazioni nelle autonomie e nella vita sociale. Queste condizioni hanno notevoli ripercussioni sul carico economico e esistenziale che la famiglia deve assumersi, e che richiedono anche costi finanziari elevatissimi per la comunità, per i servizi socio assistenziali che vanno in questi casi organizzati. Attualmente un'altissima

percentuale (dal 60 al 90%) di autistici diventano adulti non autosufficienti, e continuano ad avere bisogno di cure per tutta la vita.

Un numero molto minore di soggetti autistici (15-20%) è in grado di vivere e lavorare all'interno della comunità con vari gradi di indipendenza.

Le persone con autismo hanno un'aspettativa di vita normale ed è fondamentale che siano adottate delle politiche sociali e sanitarie per le quali sia rispettato il diritto fondamentale ad una vita piena e soddisfacente nei limiti delle possibilità individuali.

Situazione attuale con priorità di intervento:

1 - nella maggior parte dei casi gli adulti non hanno ricevuto una diagnosi con conseguente mancata presa in carico riabilitativa e sociale;

2 - non vi sono Centri residenziali protetti e/o semiprotetti per adulti autistici;

3 - nella terminologia e nella diagnostica sembra scomparire il termine di "autismo" per l'adulto prendendo il posto di quadro psichiatrico ad esordio precoce e cronico. Eppure l'autismo perdura per tutta la vita;

4 - è necessaria la formazione e l'informazione in psichiatria con conseguente organizzazione dei servizi per il riconoscimento e la presa in carico dell'autistico adulto, attualmente in cerca del medico di riferimento.

5 - è necessario che i Dipartimenti di salute mentale garantiscano la continuità dei percorsi di presa in carico tra l'età evolutiva e l'età adulta.

Le necessità e la qualità della vita delle persone autistiche e delle loro famiglie

Nessuna persona con autismo dovrebbe essere privata della libertà di sviluppare le capacità indispensabili a condurre una vita indipendente nei limiti delle proprie possibilità. Il futuro delle persone con autismo dipende dalla gravità individuale della disabilità, ma anche dal livello di consapevolezza dei professionisti e dalla disponibilità di adeguati servizi sociosanitari. Le persone autistiche ed i loro familiari hanno la necessità di disporre di una rete di servizi accessibili già dai primi anni di vita del bambino, specifici per patologia, rigorosi per metodologia e flessibili nell'erogazione delle prestazioni. I servizi sanitari dovrebbero fornire un supporto medico, psicologico, abilitativi, educativo e sociale in modo adeguato per fascia di età (infanzia, adolescenza ed età adulta) in stretta collaborazione con la famiglia, la scuola e se possibile il mondo del lavoro. I genitori dovrebbero ricevere al più presto informazioni dettagliate sulla diagnosi e sulle caratteristiche dell'autismo in modo da poter capire meglio ed affrontare i problemi specifici del bambino e dell'adolescente. Se i servizi sociosanitari non offrono informazioni esaurienti fin dai primi incontri la famiglia si vede spesso costretta a cercare informazioni per proprio conto e può incappare in risposte inutili se non dannose. Ogni servizio sociosanitario dovrebbe fornire alla famiglia una descrizione chiara e dettagliata dell'approccio generale che viene adottato e informazioni che ne dimostrino l'attendibilità scientifica. Inoltre coinvolgere la famiglia e la scuola nel programma di trattamento aumenta le possibilità del bambino di sviluppare al meglio le proprie potenzialità anche per la profonda conoscenza che i genitori e in parte gli insegnanti hanno del loro bambino. I familiari delle persone autistiche, genitori e fratelli, dovrebbero essere aiutati a mantenere lo stile di vita ed i rapporti sociali che avevano prima della scoperta della patologia.

(Stralcio del testo ufficiale elaborato dal comitato direttivo di Autisme Europe con la consulenza dei suoi membri e approvato dal Consiglio di Amministrazione a Bruxelles, 7 aprile 2001 - divulgato da Angsa Abruzzo Onlus Affiliata ad Autismo Italia).

L'organizzazione sanitaria

I servizi sanitari, educativi e sociali dovranno attrezzarsi culturalmente ed operativamente per affrontare questa patologia in un'ottica di collaborazione e supporto alla famiglia, anche attraverso interventi che contrastino e riducano il più possibile gli esiti disabilitanti dell'affezione, ponendo tra gli obiettivi terapeutici ed assistenziali la conquista delle autonomie e il raggiungimento di una migliore qualità della vita sia dei soggetti colpiti sia delle loro famiglie.

Va qui richiamata l'importanza di poter disporre di una ben articolata rete di servizi sanitari, sociali e educativi per l'infanzia e l'adolescenza, nell'ambito della quale collocare anche gli interventi a favore dei soggetti con disturbi pervasivi dello sviluppo. Anche relativamente all'età adulta vanno pensate politiche sanitarie che individuino percorsi specifici per l'integrazione sociale evitando l'istituzionalizzazione delle persone autistiche ed il loro progressivo deterioramento a causa dell'assenza di strutture socio sanitarie adeguate.

- La programmazione sanitaria deve inoltre focalizzare l'attenzione dei Servizi sulla fascia 0-2 anni allo scopo sia di fare diagnosi precoce di autismo sia di individuare altrettanto precocemente disturbi o distorsioni di personalità, deficit motori sensoriali o cognitivi o il fondato rischio di evoluzione di sviluppo patologico, al fine di mettere in campo in tempo utile interventi specifici e adeguati di carattere terapeutico ed abilitativo. Di conseguenza, allo scopo di assicurare la valutazione globale del bambino, i Servizi dovranno attrezzarsi sul piano delle procedure, dotandosi di protocolli diagnostici e terapeutici, nonché su quello delle competenze, assumendo le opportune iniziative nel campo della formazione e aggiornamento.

Con riferimento a quanto precedentemente esposto le strutture preposte alla realizzazione del progetto sono fondamentalmente: il Servizio di Neuropsichiatria Infantile, il Centro Regionale per le Psicosi infantili e le strutture semiresidenziali e residenziali accreditate per l'abilitazione dei soggetti autistici.

Servizi di Neuropsichiatria infantile

I Servizi territoriali di NPI Previsti dal Piano Sanitario Regionale vigente svolgono un ruolo centrale di continuità nei percorsi diagnostici, preventivi, terapeutici e di successiva presa in carico e di attenzione alla qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie e di follow up sull'efficacia complessiva del trattamento.

Questi compiti possono essere svolti anche con la collaborazione delle Unità operative di neuropsichiatria infantile ospedaliere ed universitarie, come previste dal piano sanitario regionale, per le funzioni di livello diagnostico, di partecipazione alla definizione del progetto terapeutico e per tutto ciò che riguarda gli esami strumentali e per le terapie necessitanti in regime di ricovero.

Nell'ambito di questo sistema, il pediatra di base e il medico di medicina generale devono diventare primi attivatori della rete e riferimento obbligato per i servizi di neuropsichiatria infantile. In questa prospettiva il servizio di neuropsichiatria Infantile si pone come uno spazio che svolge una molteplice funzione:

- Svolgere attività di prevenzione;
- Formulare la diagnosi, provvedendo anche all'effettuazione delle indagini che si rendono necessarie;
- Provvedere alla realizzazione degli interventi diretti sul bambino;
- Provvedere agli interventi diretti sulla famiglia;
- Attivare la progettazione educativo-terapeutica in modo integrato;
- Coordinare le attività terapeutiche negli altri spazi individuati (famiglia, scuola, centro di riabilitazione) per garantire continuità e coerenza al progetto;

- Mantenere un collegamento funzionale con gli operatori preposti a facilitare l'inserimento del bambino in ambito scolastico;
- Mantenere un collegamento funzionale con il pediatra di famiglia per gli aspetti organizzativi della presa in carico;
- Organizzare periodici controlli finalizzati alla verifica del progetto.

La pianificazione del trattamento deve coinvolgere genitori e membri della famiglia come anche gli operatori della scuola ed altri professionisti.

Le figure coinvolte sono le seguenti: Neuropsichiatra Infantile, Psicologo, Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, Logopedista, Assistente Sociale, Educatore.

In base a quanto esposto, tutte le figure menzionate devono aver maturato specifiche competenze sul Disturbo Autistico e sui disturbi ad esso correlati, per uniformarsi alle raccomandazioni riportate a livello internazionale.

Centro Regionale per le Psicosi Infantili (autismo ed altri DGS)

Il Centro Regionale per le Psicosi infantili è stato istituito con *L.R. n. 92/1997* partendo dalla constatazione di una grave carenza assistenziale nel territorio abruzzese per i bambini ed adolescenti affetti da disturbi generalizzati dello sviluppo precedentemente definiti psicosi infantili, facendone un punto di riferimento di alta specializzazione per la diagnosi dei disturbi dello spettro autistico e per le attività di studio, ricerca e supervisione clinica e terapeutica.

L'attività del Centro Regionale non sostituisce ma piuttosto integra le risorse esistenti sul territorio ed in particolare quelle fornite dai servizi territoriali di neuropsichiatria infantile di ogni singola ASL previsti dal Piano Sanitario Regionale 1998-2001 e successive modificazioni (Progetto Obiettivo per la Tutela della Salute Mentale in età evolutiva *L.R. n. 93/2000*).

Il Centro Regionale per le Psicosi infantili è collocato nel Presidio Ospedaliero "S. Salvatore" Coppito-L'Aquila presso l'U.O. di Neuropsichiatria infantile convenzionata con l'Università degli Studi de L'Aquila. Le attività del centro sono effettuate sia in regime ambulatoriale e sia in regime di Day Hospital. Il Centro Regionale per le Psicosi Infantili deve:

- Raccogliere dati per indagini epidemiologiche;
- Coordinare la ricerca scientifica;
- Provvedere alla formazione degli operatori;
- Fornire indicazioni per la riorganizzazione dei servizi;
- Garantire l'omogeneità dei percorsi diagnostico-terapeutici su tutto il territorio.

Per la complessità dei temi, per l'esigenza di favorire uno sviluppo omogeneo delle competenze su tutto il territorio regionale, per garantire una diffusione delle formazioni di maggiore livello specialistico adeguato allo svilupparsi delle conoscenze ma anche ai bisogni del territorio regionale, si ritiene necessario istituire un "Comitato di consulenza scientifica", facente riferimento all'Assessorato alla Sanità, con il compito di monitorare le attività dei servizi per l'autismo infantile, fornire indicazioni per la riorganizzazione del servizio, garantire l'omogeneità dei percorsi diagnostico terapeutico su tutto il territorio e riformulare le presenti linee, a cadenza annuale, sulla base dell'evidenza dei risultati raccolti e delle nuove conoscenze scientifiche nazionali e internazionali.

Centri Diurni e Case Famiglia

È ormai acquisito che gli interventi abilitati e educativi per l'autismo devono iniziare precocemente in età infantile e continuare durante l'adolescenza e l'età adulta con l'obiettivo di sviluppare e mantenere nel tempo le abilità personali e sociali e incrementare l'autonomia e l'indipendenza. Tali interventi deve essere modulato sull'età del soggetto, personalizzato, intensivo, costante e continuativo. Inoltre l'intervento abilitativo-educativo deve mirare al consolidamento delle abilità acquisite ed al potenziamento di quelle emergenti, deve facilitare gli apprendimenti in un contesto naturale e stimolante, deve attivare gli interessi del bambino e pertanto essere strutturato in modo adeguato rispetto ai tempi (3-6 ore giornaliere) ed ai luoghi necessari (struttura specificamente organizzata per la patologia). Gli adolescenti e gli adulti dovrebbero continuare quindi a poter usufruire di programmi educativi individualizzati nelle aree funzionali come la comunicazione, le abilità sociali, le capacità lavorative e di tempo libero nella prospettiva di un progressivo distacco dalla famiglia di origine. Tali interventi possono essere svolti solo in strutture semiresidenziali e residenziali specificamente organizzate per fascia di età (infanzia, adolescenza, età adulta) e in gruppi non superiori a 20 utenti per fascia di età.

L'esperienza del Centro per l'Autismo di Vasto, centro pilota nel trattamento abilitativo-educativo dell'autismo ed altri DGS, nato dalla collaborazione tra l'ANGSA Abruzzo Onlus e la Fondazione Padre Alberto Mileno, rappresenta il modello organizzativo a cui le singole ASL devono far riferimento per la pianificazione delle strutture educative-abilitative necessarie in tutto il territorio regionale.

Ricerca, aggiornamento e formazione degli operatori

L'integrazione delle funzioni assistenziali, di competenza dei Servizi dei dipartimenti sanitari, e di quelle di ricerca e di didattica, proprie dell'Università, deve avvenire nell'ambito della programmazione regionale e aziendale e della convenzione Università-Regione.

Nel rispetto dell'autonomia universitaria deve essere riconosciuta ai dirigenti dei servizi dipartimentali l'idoneità allo svolgimento delle attività di formazione e ricerca, in modo da facilitare l'integrazione e il coordinamento delle rispettive attività.

a) Formazione

Scopo delle attività di formazione è quello di consentire:

- Ai clinici, l'acquisizione delle competenze necessarie per la valutazione diagnostica e la presa in carico secondo le linee più sopra esposte;
- Ai terapisti della riabilitazione ed agli educatori l'acquisizione di adeguate ed aggiornate informazioni circa i Disturbi di Sviluppo;

Un ulteriore livello di formazione dovrà riguardare i pediatri di base e di comunità, gli insegnanti e i genitori:

- Per i pediatri si dovranno programmare interventi formativi mirati ad un affinamento delle competenze cliniche collegate soprattutto all'individuazione precoce dei disturbi di sviluppo e di relazione ma anche al loro trattamento così da facilitare la collaborazione fra pediatri e specialisti;
- Per gli insegnanti, oltre a fornire nozioni generali che permettano di inquadrare il disturbo autistico, dovranno essere proposte specifiche indicazioni per qualificare i piani di lavoro educativo personalizzati con strategie e contenuti mirati ai bisogni del bambino autistico;
- Per i genitori si dovranno programmare interventi informativi e formativi secondo i modelli accreditati a livello scientifico internazionale.

b) Ricerca

Tenendo conto delle esperienze nazionali e internazionali nello studio sull'autismo, alcuni temi prioritari di ricerca possono essere individuati nell'ambito degli studi nosografici, studi epidemiologici e studi eziologici e patogenetici ed in particolare vengono indicati i seguenti temi:

- **Nosografia:** preliminare a qualsiasi progetto di ricerca nell'ambito dell'autismo, è la precisa caratterizzazione diagnostica e l'individuazione di definiti profili clinici. Tale sforzo diagnostico è fondamentale poiché molti dati suggestivi su pazienti autistici hanno presentato il limite della non replicabilità tra diversi gruppi di ricerca, in considerazione dell'ampio spettro di variabilità clinica. Ciò vale particolarmente per i bambini molto piccoli (al di sotto dei tre anni).

- **Epidemiologia:** ricerche sulle variazioni del decorso longitudinale, sui costi ed efficacia dell'appropriato trattamento dell'autismo.

- **Eziologia:** a tutt'oggi la ricerca neurobiologica sull'autismo deve ancora compiere numerose indagini al fine di comprendere quali siano i meccanismi fisiopatologici, le regioni cerebrali, i sistemi neurotrasmettitoriali, i cromosomi i geni e le modalità di trasmissione genetica, coinvolti nella trasmissione della malattia. Notevoli avanzamenti delle indagini neurobiologiche sembrano potersi intravedere con ricerche nel campo dell'immunologia, delle neuroimmagini, della genetica e della biochimica.

- **I meccanismi cerebrali:** studio neuropsicologico degli specifici aspetti di funzionamento per chiarire l'ipotesi della relazione fra deficit cognitivo e difficoltà comportamentali.

- **Sviluppo comunicativo sociale ed emotivo:** studi longitudinali della prima infanzia tesi a dare risposta a quesiti come "quali sono i mediatori delle variazioni di sviluppo ?", "Possono essere identificati sottogruppi ?", "come possono famiglia, scuola ed interventi educativi prevenire la deprivazione che risulta dai deficit sociali e comunicativi del bambino ?"

- **Intervento ambientale:** studi sull'interazione genitori-bambino.

(Allo stato attuale la Regione Abruzzo in qualità di capo fila, è in fase di elaborazione dei dati relativi al Progetto di ricerca finalizzata, ex art. 12-bis del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni dal titolo "La valutazione dei servizi e dei programmi di abilitazione psicoeducativa per bambini ed adolescenti con autismo").

Impegni della Regione Abruzzo

- Attivazione di un gruppo regionale di coordinamento e consulenza scientifica composto dai referenti per l'autismo di ogni singola ASL e dai rappresentanti delle associazioni delle famiglie;

- Raccogliere le informazioni sul miglioramento di qualità della rete dei servizi che ogni Azienda deve predisporre in attuazione delle presenti linee organizzative;

- Censire le esperienze attuative delle presenti linee-guida in riferimento al miglioramento della qualità dell'assistenza, anche in relazione alla corretta applicazione di protocolli diagnostici e terapeutici;

- Verificare il fabbisogno formativo specifico, proponendo gli opportuni programmi formativi rivolti agli operatori impegnati ai diversi livelli ed ambiti, dalla accoglienza medica di base, all'integrazione scolastica e sociale, agli approfondimenti diagnostici specialistici da svolgere in sede ospedaliera;

- Aggiornare le presenti linee-guida sulla base delle indicazioni che emergeranno dall'analisi delle esperienze in atto e delle più recenti conoscenze scientifiche.

- Monitorare ed intervenire nelle attuali ASL affinché presto vengano equilibrate le risorse umane alle necessità dei pazienti ed ove assenti, essere istituiti servizi di NPI.
- Promuovere iniziative finalizzate alla diagnosi ed all'intervento precoce dell'autismo.
- Promuovere la formazione specialistica degli insegnanti di sostegno, degli educatori e degli operatori socio-sanitari.
- L'attivazione di uno specifico settore nell'ambito dell'**Osservatorio epidemiologico regionale per l'autismo** con l'obiettivo di una reale e completa conoscenza delle problematiche connesse all'autismo dall'infanzia all'età adulta.

Legge regionale 10 marzo 2008, n. 5 - Un sistema di garanzie per la salute - Piano sanitario regionale 2008-2010

(Estratto)

5.2.10.4. Potenziamento delle attività per l'Autismo

Al fine di dare risposta alle gravi problematiche dei soggetti affetti da autismo, l'attuale "Centro Regionale per le Psicosi Infantili", ridenominato "Centro Regionale di Riferimento per l'Autismo" (CRRA) diventa unità operativa complessa della Azienda USL di L'Aquila che opera in regime ambulatoriale e di ricovero alternativo all'ordinario (day hospital, day service).

Tale polo sarà riferimento per la rete degli interventi degli otto **Centri Diurni** di trattamento educativo-riabilitativo per bambini e ragazzi affetti da disturbi dello spettro autistico.

Tali Centri sono gestiti in collaborazione e convenzione fra le Aziende USL territorialmente competenti e Fondazioni del privato-sociale della Regione Abruzzo caratterizzate da acquisita esperienza nel trattamento educativo-riabilitativo di soggetti affetti da autismo e costituite prioritariamente da loro familiari.

L'attività del CRRA è finalizzata allo svolgimento dei compiti sottoelencati:

- diagnosi e cura dei disturbi dello spettro autistico;
- collaborazione con le strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale e Materno-Infantile delle Aziende USL della Regione Abruzzo nonché con i Pediatri di LS e MMG;
- coordinamento delle attività socio-sanitarie dei centri diurni di trattamento educativo-riabilitativo per bambini e ragazzi affetti da disturbi dello spettro autistico;
- promozione delle attività di ricerca ed istituzione di borse di studio per lo sviluppo delle conoscenze in materia di disturbi pervasivi dello sviluppo;
- implementazione di adeguate attività di "audit" clinico e civico.

Le attività dei Centri diurni di trattamento educativo-riabilitativo sono finalizzate allo svolgimento, con modalità diurne - semiresidenziali, dei compiti sottoelencati:

1. facilitare lo sviluppo psicologico degli utenti presi in carico in un contesto naturale e stimolante;

2. migliorarne l'interazione sociale e la comunicazione verbale e non verbale;
3. consolidarne le abilità e competenze cognitive acquisite e potenziarne quelle esistenti;
4. svilupparne l'adattamento emozionale e sociale, l'autonomia e l'indipendenza correggendone i comportamenti disadattativi;
5. consentire agli adolescenti un progressivo distacco dalla famiglia e, quando possibile, l'inserimento lavorativo.