



FOCUS SUI DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

Dott.ssa Maria Luisa Scattoni

Istituto Superiore di Sanità

Criteri medico-legali di aggiornamento ai contenuti del D.M. 5 febbraio 1992

Il disturbo dello spettro autistico non era incluso nelle Tabelle del D.M. 5 febbraio 1992, la valutazione medico-legale veniva effettuata attraverso il ricorso al criterio analogico.

INQUADRAMENTO

I disturbi dello spettro autistico (dall'inglese *Autism Spectrum Disorders*, ASD) sono un insieme eterogeneo di disturbi del neurosviluppo caratterizzati da:

- ❑ deficit persistente nella comunicazione sociale e nell'interazione sociale in molteplici contesti
- ❑ pattern di comportamenti, interessi o attività ristretti, ripetitivi.

La quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (dall'inglese *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5-TR), li classifica tra i disturbi del neurosviluppo, un insieme di condizioni che condividono fattori di rischio genetici e ambientali, l'esordio in età evolutiva, anomalie dei circuiti neurali, compromissione dei processi emotivi e cognitivi, comunicativi e comportamentali, e l'alta comorbidità reciproca.



INQUADRAMENTO

- In letteratura sono riportate comorbidità mediche, psichiatriche e neurologiche con diverse prevalenze in relazione all'età.

Table 1
Pooled estimate of point and combined (point and lifetime) prevalence and subgroup analyses.

Pooled estimate of prevalence			Subgroup analysis: Age group	
Co-occurring condition prevalence type	Prevalence in autistic population	I ² % (Q Test p-value)	Child/Adolescent	Adult
Mental health and psychiatric				
ADHD N = 72 n = 208,789	37% (28–46%)	99.93 (<0.0001)	N = 44 n = 108,301 45% (32–58%)	N = 13 n = 35,612 22% (8–41%)
Affective Disorder N = 22 n = 16,195	19% (11–28%)	99.37 (<0.0001)	N = 12 n = 8732 21% (8–38%)	N = 6 n = 7090 16% (6–28%)
Anxiety Disorder N = 60 n = 45,978	35% (30–39%)	98.54 (<0.0001)	N = 34 n = 15,896 42% (34–51%)	N = 12 n = 4291 28% (15–42%)
Bipolar Disorder N = 25 n = 108,224	7% (4–9%)	98.85 (<0.0001)	N = 10 n = 83,720 7% (4–10%)	N = 6 n = 2243 9% (1–21%)
Depressive Disorder N = 55 n = 41,923	18% (15–21%)	97.60 (<0.0001)	N = 25 n = 12,954 14% (9–19%)	N = 15 n = 2834 34% (26–43%)
Developmental Coordination Disorder N = 2 n = 11,857	87% (87–88%)	0	N = 2 n = 11,857 87% (87–88%)	NA

Intellectual Disability N = 27 n = 162,997	33% (26–41%)	99.87 (<0.0001)
Feeding and Eating Disorder N = 32 n = 19,233	32% (20–46%) 5% (2–10%)	99.72 (<0.0001) 98.55 (<0.0001)
Anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder N = 14 n = 12,721		
Language Disorder N = 4 n = 8979	16% (0–53%)	99.93 (<0.0001)
Obsessive Compulsive Disorder N = 44 n = 36,467	9% (7–10%)	92.40 (<0.0001)
Schizophrenia N = 29 n = 65,841	10% (7–13%)	99.23 (<0.0001)
Sleep-Wake Disorder N = 29 n = 203,287	25% (18–34%)	99.93 (<0.0001)

Prevalence of co-occurring conditions in children and adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis

Martina Micai^a, Laura Maria Fatta^a, Letizia Gila^a, Angela Caruso^a, Tommaso Salvitti^a, Francesca Fulceri^a, Antonio Ciarrella^a, Roberto D'Amico^{b,c}, Cinzia Del Giovane^{b,d}, Marco Bertelli^e, Giovanna Romano^f, Holger Jens Schünemann^{b,g}, Maria Luisa Scattoni^{a,h}

^a Research Coordination and Support Service, Istituto Superiore di Sanità, Viale Regina Elena 299, 00161 Rome, Italy
^b Department of Medical and Surgical Sciences for Children & Adults, University of Modena, via del Prato, 71, 41124 Modena, Italy
^c Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Via del Prato, 71, 41124 Modena, Italy

INQUADRAMENTO

La presa in carico della persona con ASD si attua sin dal primo contatto con i servizi e deve tenere conto delle esigenze del bambino, adolescente e adulto e dei bisogni della famiglia.

I documenti tecnico-scientifici a cui fare riferimento per la presa in carico sono le Linee Guida Nazionali sulla diagnosi e il trattamento del disturbo dello spettro autistico.

- ❑ <https://www.iss.it/it/web/guest/-/raccomandazioni-lg-diagnosi-trattamento-di-bambini-adolescenti-con-asd>
- ❑ <https://www.iss.it/-/snlg-adulti-disturbo-spettro-autistico>

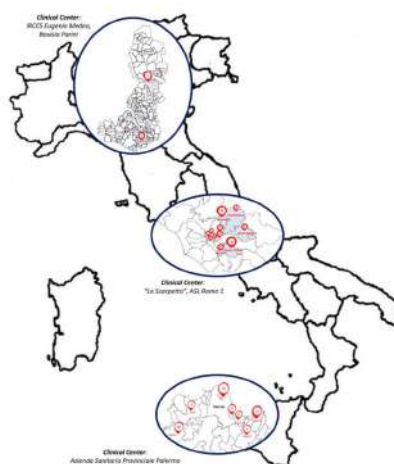


Fig. 1 Map of the areas selected including the location of schools and clinical referral centers.

		North (n) (%)	Center (n) (%)	South (n) (%)
Phase 1				
MoE participation	ASD diagnosis records	110	167	113
Phase 2				
Schools participation	Invited schools	49	87	62
	Participating schools	32 (65.3)	42 (48.3)	50 (80.6)
Parents participation	Invited parents	11,190	13,628	11,005
	SCQ not filled	4308 (38.5)	8631 (63.3)	6584 (59.8)
	Filled SCQ, not valid score	6 (0.05)	—	1(0.009)
	Filled SCQ, valid score	6876 (61.4)	4997 (36.7)	4420 (40.2)
Scoring SCQ and clinical evaluation	SCQ ≥ 15	153 (2.2)	117 (2.3)	120 (2.7)
	ASD already certified	29 (18.9)	30 (25.6)	41 (34.2)
	Diagnostic assessment	18 (11.8)	37 (31.6)	60 (50.0)
	ASD not registered with MoE	7 (4.6)	8 (6.8)	4 (3.3)
	New NDD diagnosis	3 (2.0)	19 (16.2)	19 (15.8)
	11 ≤ SCQ ≤ 14	358 (5.2)	216 (4.3)	239 (5.4)
	ASD already certified	11 (3.1)	2 (0.9)	4 (1.7)
	20% assessed	64 (17.9)	35 (16.2)	36 (15.1)
	ASD not registered with MoE	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

Percentages are calculated as number of schools/parents/subjects (numerator) on total number (in bold) of invited schools/parents/children

Scattoni et al.
Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health
https://doi.org/10.1186/s13034-023-00075-0

Child and Adolescent Psychiatry
and Mental Health

RESEARCH Open Access

Autism spectrum disorder prevalence in Italy: a nationwide study promoted by the Ministry of Health

Maria Luisa Scattoni¹, Laura Maria Fatta², Martina Micali³, Maria Enrica Salvi⁴, Marina Bellomo⁵, Tommaso Salvitti¹, Francesca Fulzeri¹, Angela Castellano⁶, Massimo Molteni⁷, Giovanna Gambino⁸, Manuel Pissardi⁹, Giovanna Romano¹⁰ and Maria Puopolo¹¹

Abstract

Background This nationwide study aimed to estimate Autism Spectrum Disorder (ASD) prevalence in 7–9-year-old Italian children. Promoted by Italy's Ministry of Health and coordinated by the National Observatory for Autism at the National Institute of Health, it covered schools in northern (Liguria and Marche-Emilia), central (Lazio and its provinces), and southern (Puglia and its provinces) regions from February 24, 2016, to February 23, 2018, using a multi-stage approach defined by the European Union's ASD network.

Methods Phase one identified ASD-diagnosed children in mainstream schools through local Ministry of Education (MoE) disability registers. Phase two had a subset of schools screen 7–9-year-olds using the Social Communication Questionnaire (Life version, SCQ-L). Those with SCQ-L scores of 15+ underwent clinical consultation for ASD symptoms, cognitive abilities, and life skills. To counter potential false negatives, 20% scoring 11–14 were randomly assessed via Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R).

Results MoE data revealed 98 per 1000 certified ASD children in the north, 12.2 in the center, and 10.3 in the south. In phase two, 35,823 SCQ-L questionnaires were distributed across 198 schools (northern: 11,190 in 49 schools; central: 13,628 in 67 schools; southern: 11,005 in 62 schools). Of SCQ-L respondents, 2.4% (n = 390) scored above the 15 cutoff. Among these, 100 had ASD diagnoses, and 50 had other diagnoses. Among 115 families assessed, 16.5% (n = 19) received ASD diagnoses.

Conclusions The estimated prevalence of ASD in Italy was 13.4 (1.3–16.0) per 1,000 children aged 7–9 years, with a male-to-female ratio of 4.4:1. It will guide national policies in enhancing services tailored to the specific needs of autistic children.

Key Practitioner Message:

1. Our study reveals ASD prevalence in Italian 7 to 9-year-olds, guiding resource allocation and interventions across regions.

Nella **regione Piemonte** è in vigore, a partire dal 2002, un sistema informativo che raccoglie i dati di tutte le Unità Operative di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza delle ASL. Sulla base di tali dati, la prevalenza di diagnosi di ASD per l'anno 2021 è di 0,7% (1 su 142) nella popolazione target 0-17 anni:

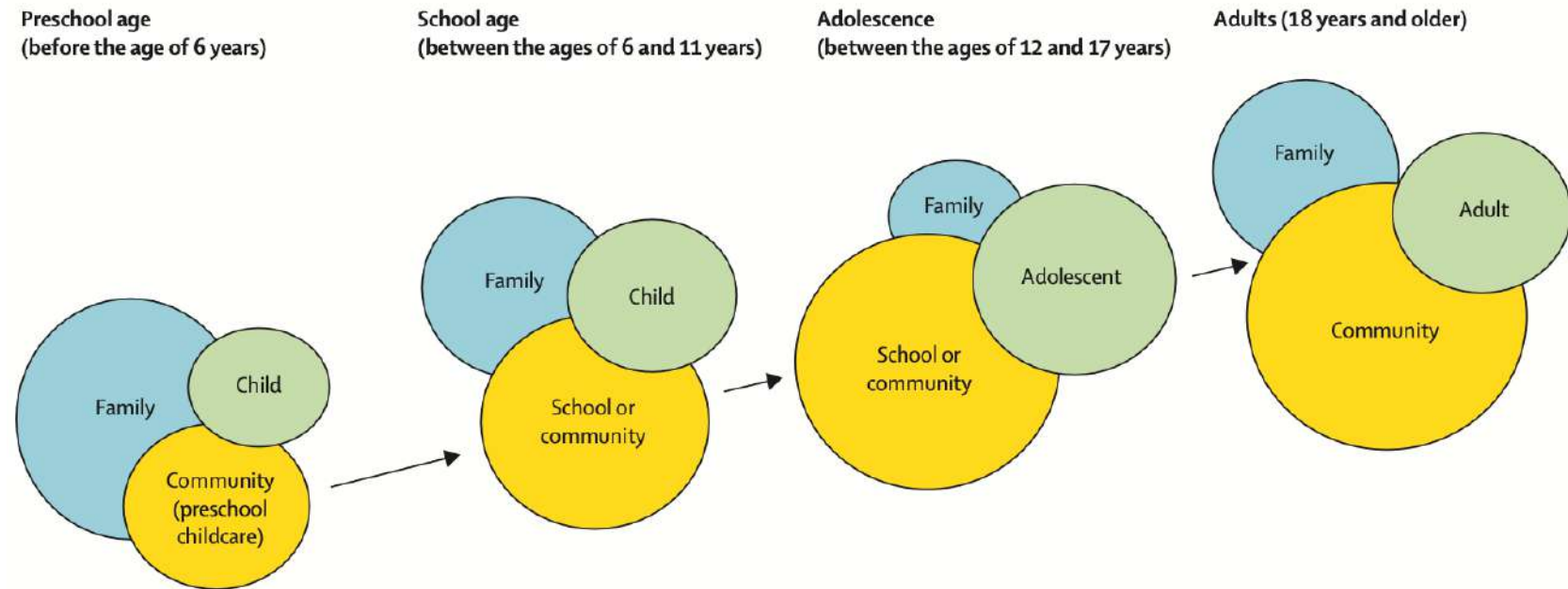
0,3% (0-3 anni), 1,2% (4-6 anni), 0,9% (7-11 anni), 0,5% (12-14 anni), 0,5% (15-17 anni)

Nella **regione Emilia-Romagna**, dove è operante dal 2010 un sistema per la registrazione delle prestazioni sugli assistiti, la prevalenza totale nell'anno 2021 è del 0,8% nella popolazione target 0-17 anni:

0,5% (0-2 anni), 1,4% (3-5 anni), 0,97% (6-10 anni), 0,55% (11-13 anni) e 0,46% (14-17 anni)

La **prevalenza dell'ASD tra gli adulti di età pari o superiore a 18 anni** è stata stimata, in un recente studio dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) negli Stati Uniti, del 2,21% (su 5.437.988 adulti).

QUADRO CLINICO ETEROGENEO



Le persone con ASD presentano una persistente compromissione della comunicazione sociale reciproca e dell'interazione sociale e modelli di comportamento, interessi o attività ristretti e ripetitivi. Questi sintomi si manifestano nella prima infanzia e limitano o compromettono il funzionamento quotidiano.

La modalità di presentazione del disturbo dello spettro autistico cambia nel tempo, richiedendo interventi diversi lungo l'arco della vita.

QUADRO CLINICO E BISOGNI COMPLESSI

Il livello di gravità della condizione autistica, il livello di sviluppo e l'età cronologica condizionano le manifestazioni del disturbo dello spettro autistico.

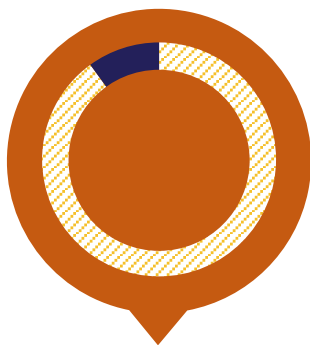
Il DSM 5-TR prevede tre livelli di gravità delle difficoltà della comunicazione sociale e dei comportamenti ripetitivi:

- il livello di gravità 1 corrisponde alla necessità di supporto;
- il livello di gravità 2 corrisponde alla necessità di supporto significativo;
- il livello di gravità 3 corrisponde alla necessità di un supporto molto significativo.

Va ricordato che i livelli di gravità della condizione autistica non dovrebbero essere utilizzati come strumento esclusivo per determinare l'assegnazione ed erogazione di servizi poiché questi possono essere individuati solo sulla base del profilo di funzionamento individuale e attraverso la valutazione dei bisogni personali.

Le persone autistiche possono anche presentare una o più **comorbidità** neurologiche, psichiatriche e mediche che **condizionano l'espressività clinica e differenziano la tipologia e l'intensità dei bisogni della persona e della sua famiglia.**

DECORSO e DIAGNOSI



Il disturbo dello spettro autistico non è un disturbo degenerativo.

I sintomi appaiono spesso più marcati nella prima infanzia e nei primi anni di scuola, con miglioramenti nella tarda infanzia, almeno in alcune aree di sviluppo.

In età adolescenziale, si assiste in genere a miglioramenti progressivi sebbene una percentuale di persone possa andare incontro ad un peggioramento.

Solo una minoranza di persone autistiche vive e lavora in modo indipendente in età adulta. Le persone senza disabilità intellettiva e con livelli di compromissione più bassi possono essere maggiormente in grado di funzionare in modo indipendente anche se possono rimanere socialmente vulnerabili ed avere difficoltà a organizzare le attività pratiche senza supporto.

L'osservazione e il colloquio clinico rappresentano il riferimento privilegiato per osservare e raccogliere i sintomi nucleari necessari ad effettuare una **diagnosi di disturbo dello spettro autistico** secondo i criteri previsti dai sistemi di classificazione internazionale riconosciuti. Il processo diagnostico si avvale dei dati provenienti da tutti gli informatori e può includere la somministrazione di strumenti strutturati di supporto alla diagnosi.

In letteratura viene riportata una relativa stabilità della diagnosi dopo i 36 mesi.

Criteri diagnostici - DSM 5-TR

A. Deficit persistenti della comunicazione sociale e dell'interazione sociale in molteplici contesti, come manifestato da tutti i seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato (gli esempi sono esplicativi, non esaustivi; si veda il testo):

- 1. Deficit della reciprocità socio-emotiva, che vanno, per esempio, da un approccio sociale anomalo e dal fallimento della normale reciprocità della conversazione; a una ridotta condivisione di interessi, emozioni o sentimenti; all'incapacità di dare inizio o di rispondere a interazioni sociali.
- 2. Deficit dei comportamenti comunicativi non verbali utilizzati per l'interazione sociale, che vanno, per esempio, dalla comunicazione verbale e non verbale scarsamente integrata; ad anomalie del contatto visivo e del linguaggio del corpo o deficit della comprensione e dell'uso dei gesti; a una totale mancanza di espressività facciale e di comunicazione non verbale.
- 3. Deficit dello sviluppo, della gestione e della comprensione delle relazioni, che vanno, per esempio, dalle difficoltà di adattare il comportamento per adeguarsi ai diversi contesti sociali; alle difficoltà di condividere il gioco di immaginazione o di fare amicizia; all'assenza di interesse verso i coetanei.

Criteri diagnostici - DSM 5-TR

B. Pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi, come manifestato da almeno due dei seguenti fattori, presenti attualmente o nel passato (gli esempi sono esplicativi, non esaustivi, si veda testo):

- 1. Movimenti, uso degli oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi (per es., stereotipie motorie semplici, mettere in fila giocattoli o capovolgere oggetti, ecolalia, frasi idiosincratiche).
- 2. Insistenza nella sameness (immodificabilità), aderenza alla routine priva di flessibilità o rituali di comportamento verbale o non verbale (per es., estremo disagio davanti a piccoli cambiamenti, difficoltà nelle fasi di transizione, schemi di pensiero rigidi, saluti rituali, necessità di percorrere la stessa strada o mangiare lo stesso cibo ogni giorno).
- 3. Interessi molto limitati, fissi che sono anomali per intensità o profondità (per es., forte attaccamento o preoccupazione nei confronti di oggetti insoliti, interessi eccessivamente circoscritti o perseverativi).
- 4. Iper- o iporeattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente (per es., apparente indifferenza a dolore/temperatura, reazione di avversione nei confronti di suoni o consistenze tattili specifici, annusare o toccare oggetti in modo eccessivo, essere affascinati da luci o da movimenti).

Criteri diagnostici - DSM 5-TR

C. I sintomi devono essere presenti nel periodo precoce dello sviluppo (ma possono non manifestarsi pienamente prima che le esigenze sociali eccedano le capacità limitate, o possono essere mascherati da strategie apprese in età successiva).

D. I sintomi causano compromissione clinicamente significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

E. Queste alterazioni non sono meglio spiegate da disturbo dello sviluppo intellettivo (disabilità intellettiva) o da ritardo globale dello sviluppo. Il disturbo dello sviluppo intellettivo e il disturbo dello spettro dell'autismo spesso sono presenti in concomitanza; per porre diagnosi di comorbidità di disturbo dello spettro dell'autismo e di disturbo dello sviluppo intellettivo, il livello di comunicazione sociale deve essere inferiore rispetto a quanto atteso per il livello di sviluppo generale.

Gli specificatori di gravità (Livello 1, Livello 2 e Livello 3) possono essere utilizzati per descrivere in modo conciso la sintomatologia attuale, con la consapevolezza che la gravità può variare nei diversi contesti e oscillare nel tempo.

Prognosi

I fattori prognostici meglio stabiliti consistono nella presenza o assenza di disabilità intellettiva, compromissione del linguaggio e problemi di salute mentale.

I bambini che sviluppano un linguaggio funzionale entro i 5 anni sembrano avere prognosi migliore.

La precocità dell'avvio dell'intervento è stata associata al raggiungimento di migliori esiti nel dominio della comunicazione sociale, delle abilità cognitive, delle capacità di adattamento e nella riduzione della gravità dei sintomi autistici. Tuttavia, ad oggi non sono ancora completamente chiariti i fattori predittivi e moderatori dell'efficacia.

Trattamento

La presa in carico è globale e coinvolge il sistema sanitario, scolastico, la famiglia, la comunità e le istituzioni. Il medico specialista in neuropsichiatria infantile o psichiatria coordina la presa in carico sanitaria e sociosanitaria e monitora l'integrazione coerente dei diversi interventi nel contesto educativo e di comunità.

Le evidenze scientifiche attuali, riassunte nella Linea Guida sulla diagnosi e trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini e adolescenti e adulti dell'ISS, indicano un insieme di interventi che possono essere integrati tra di loro, se ritenuto appropriato, all'interno di un progetto terapeutico complessivo che tenga conto delle caratteristiche specifiche di ogni persona nello spettro autistico.

- ❑ <https://www.iss.it/it/web/guest/-/raccomandazioni-lg-diagnosi-trattamento-di-bambini-adolescenti-con-asd>
- ❑ <https://www.iss.it/-/snlg-adulti-disturbo-spettro-autistico>

CERTIFICATO MEDICO INTRODUTTIVO

La documentazione da allegare al certificato medico introduttivo quando si pone diagnosi di “Disturbo dello spettro autistico” prevede:

- ⇒ Certificazione specialistica
- ⇒ Documentazione relativa allo *Schema riassuntivo dei punteggi dello Score report delle Vineland-II Survey Interview Form* (Punteggi v-scale e Punteggi QI di deviazione di scala e di scala composta) per la valutazione del profilo di funzionamento adattivo, con datazione non superiore ai dodici mesi dalla presentazione del certificato medico introduttivo.

CERTIFICAZIONE SPECIALISTICA



La certificazione specialistica:

- riporta la diagnosi e il livello di gravità in accordo al DSM5-TR e alla versione di ICD vigente, con datazione non superiore ai dodici mesi dalla presentazione del certificato medico introduttivo
- indica eventuali comorbidità mediche, psichiatriche e neurologiche presenti
- è rilasciata da medici in servizio presso strutture pubbliche o private accreditate

Ai fini medico-legali, l'accertamento della disabilità connessa al disturbo dello spettro autistico prevede che la diagnosi sia stata formulata da specialisti di **strutture pubbliche o private accreditate**, in coerenza alle Linee Guida ISS sulla diagnosi e trattamento del disturbo dello spettro autistico nel bambino, adolescente e adulto.

VINELAND-II



VINELAND-II SURVEY INTERVIEW FORM

SCHEMA RIASSUNTIVO DEI PUNTEGGI

Nome e cognome: *Gabriele* Età cronologica: *4* *7* *10* Data dell'intervista: *02/12/2015*

PUNTEGGI DI SUBSCALA, SCALA E SCALA COMPOSTA								PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA ¹		
SUBSCALA/SCALA	Punteggio grezzo	Punteggio v-scale	Punteggio QI di deviazione	90% intervallo di confidenza	Rango percentile	Livello adattivo	Punteggio età equivalente	Punteggio stanino	Differenza da valore mediano ²	F (forza) D (debolezza) ³
Ricezione	24	8		± 2 6-10		Basso	2:10		-4	D
Espressione	78	12		± 1 11-13		Adeguate	4:3		0	
Scrittura	6	12		± 2 10-14		Adeguate	4:3		0	
Comunicazione	Somma: 32	76		± 4 72-80	5	Modesta-mente basso		2	-7	
Personale	53	13		± 2 11-15		Adeguate	4:5		0	
Domestico	9	14		± 2 12-16		Adeguate	5:4		1	
Comunità	13	10		± 2 8-12		Modesta-mente basso	3:10		-3	D
Abilità del vivere quotidiano	Somma: 37	90		± 7 83-97	25	Adeguate		4	7	
Relazioni interpersonali	31	6		± 1 5-7		Basso	2:6		-2	D
Gioco e tempo libero	25	8		± 2 6-10		Basso	3:1		0	
Regole sociali	10	10		± 2 8-12		Modesta-mente basso	3:10		2	F
Socializzazione	Somma: 24	69		± 5 64-74	2	Basso		1	-14	D
Grossolane	71	12		± 1 11-13		Adeguate	4:0		-3	D
Fini	60	18		± 1 17-19		Modesta-mente alto	5:3		3	F
Abilità motorie	Somma: 30	105		± 4 101-109	63	Adeguate		6	22	F

Somma dei punteggi QI di deviazione⁴

340

Scala composta

83

Punteggio QI di deviazione	90% intervallo di confidenza	Rango percentile	Livello adattivo	Punteggio Manico
	± 4 79-87	13	Modesta-mente basso	3

VALIDITÀ PUNTEGGIO QI DI DEVIATIONE DI SCALA COMPOSTA⁵

Punteggio QI di deviazione di scala		Differenza	Punteggio QI di deviazione di Scala composta ⁶
Massimo	Minimo		V (valido)
105	69	36	NV (non valido)

⁵ Per individui con 7 o più anni di età, non considerare il punteggio della scala Abilità motorie.

⁶ Validità punteggio QI di deviazione di Scala composta:
V = QI di deviazione di scala massimo - QI di deviazione di scala minimo ≤ 35
NV = QI di deviazione di scala massimo - QI di deviazione di scala minimo > 35

¹ Per l'identificazione dei punti di forza e di debolezza di scala, non considerare la scala Abilità motorie per individui con 7 o più anni di età.

² Per le istruzioni su come determinare la mediana del punteggio, cfr. il capitolo 4 del manuale Vineland-II standardizzazione italiana.

³ Punti di forza e di debolezza di scala:
F = QI di deviazione: - mediana ≥ 10
D = QI di deviazione: - mediana ≤ -10
Punti di forza e di debolezza di subscala:
F = punt. v-scale: - mediana ≥ 2
D = punt. v-scale: - mediana ≤ -2

Schema riassuntivo dei punteggi dello Score report delle Vineland-II Survey Interview Form (Punteggi v-scale e Punteggi QI di deviazione di scala e di scala composta) per la **valutazione del profilo di funzionamento adattivo**

Datazione non superiore ai dodici mesi dalla presentazione del certificato medico introduttivo.

Ulteriore eventuale documentazione



Se disponibili, per il prosieguo del processo accertativo è utile allegare:

- eventuali ulteriori test/questionari e interviste strutturate/semi strutturate somministrati a supporto del quadro clinico.
- ogni altra eventuale certificazione medica già rilasciata, secondo disposizioni vigenti (patenti di guida, esenzioni ticket, progetti riabilitativi individualizzati).

ACCERTAMENTO COMPROMISSIONE DURATURA E SIGNIFICATIVITA'

Attraverso la valutazione della documentazione, l'Unità di Valutazione di Base (UVB) verifica la compromissione nei domini nucleari del disturbo dello spettro autistico secondo il DSM 5-TR e nel livello adattivo valutato attraverso le Vineland-II Survey Interview Form (VABS-II).

ACCERTAMENTO DELLA SIGNIFICATIVITÀ

I livelli di gravità del DSM 5-TR e i livelli del funzionamento adattivo delle scale VABS-II permettono di accertare la **significatività** delle compromissioni nel disturbo dello spettro autistico.

COMPROMISSIONE DURATURA

Gli interventi attualmente disponibili per il disturbo dello spettro autistico possono ridurre, in una percentuale significativa dei casi, l'impatto della sintomatologia 'core' e dei disturbi associati, ma non conducono a guarigione:

- gli interventi farmacologici vengono somministrati per limitare i sintomi associati;
- gli interventi non farmacologici sono effettuati per acquisire e/o potenziare, seppur in misura variabile e limitata, le funzioni compromesse o non ancora acquisite.

Le limitazioni nello svolgimento di attività e restrizioni nella partecipazione in alcuni domini sono pertanto da considerarsi durature.

PERCENTUALIZZAZIONE DELLA RIDUZIONE DELLA CAPACITÀ DI SVOLGERE ATTIVITÀ IN MOLTEPLICI DOMINI IN AMBITO DI INVALIDITA' CIVILE

Il concetto di capacità lavorativa generica viene ricondotto ad un concetto più generale pertinente alla capacità di svolgere azioni in molteplici domini. Questo concetto, sulla base della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) è inteso come ***‘abilità di svolgere attività in un ambiente standard’***.

La valutazione percentualistica della riduzione della capacità di svolgere attività in molteplici domini è valida solo per le persone adulte (fascia di età compresa tra 18 e 67 anni, con eventuali successivi adeguamenti normativi del limite massimo di età), nonché su richiesta dell’istante, a partire dai 16 anni, ai soli fini dell’iscrizione al collocamento mirato, fatti salvi ulteriori benefici specificatamente previsti.

I livelli di gravità del DSM 5-TR e i livelli del funzionamento adattivo delle scale VABS-II permettono di accertare la significatività del disturbo dello spettro autistico attraverso la descrizione delle limitazioni nello svolgimento di attività e delle restrizioni nella partecipazione in alcuni specifici domini.

In tabella 1 è riportata la corrispondenza tra percentuali di invalidità e livelli DSM 5-TR e livelli VABS-II.

PERCENTUALIZZAZIONE

Tabella 1. Corrispondenza tra percentuali di invalidità e livelli DSM-TR e livelli VABS-II

Percentuali di invalidità (%)	Livelli DSM 5 -TR e Livelli VABS II
100	Livello 3 DSM 5-TR o Livello 3 VABS – II
74 - 99	Livello 2 DSM 5-TR e Livello 1 VABS – II
	oppure
	Livello 2 DSM 5-TR e Livello 2 VABS – II
	oppure
46-73	Livello 1 DSM 5-TR e Livello 2 VABS – II
	Livello 1 DSM 5-TR e Livello 1 VABS – II
Legenda per Livello DSM 5-TR: Livello 3 - “È necessario un supporto molto significativo” Livello 2 - “È necessario un supporto significativo” Livello 1 - “È necessario un supporto” Legenda per Livello di comportamento adattivo VABS II - valori relativi al punteggio QI di deviazione di scala composta¹³: Livello 3 -Funzionamento adattivo basso: QI deviazione Scala Composta < 50 Livello 2 - Funzionamento adattivo moderatamente basso: ≥50 QI deviazione Scala Composta <85 Livello 1 -Funzionamento adattivo adeguato: QI deviazione Scala Composta ≥ 85	

Valutazione della percentuale di invalidità nella comorbilità: condizioni concorrenti e coesistenti

La percentualizzazione in caso di comorbilità viene determinata utilizzando i seguenti criteri:

- ⇒ nelle **condizioni concorrenti** si procede con una valutazione complessiva e si definisce un valore proporzionale a quello previsto per la perdita totale della struttura o delle funzioni in questione.
- ⇒ nelle **condizioni coesistenti** si procede con il calcolo riduzionistico utilizzando la formula di Balthazard:

$$inv_{tot} = (inv_1 + inv_2) - (inv_1 \times inv_2)$$

(Si utilizzano i valori espressi in decimali – ad es. 0,62 anziché 62 per cento.)

inv_{tot} è la percentuale di invalidità riconosciuta al concorso tra le due distinte condizioni di salute;

inv_1 è la percentuale di invalidità riconosciuta alla prima condizione, nel nostro caso: disturbo dello spettro autistico;

inv_2 è la percentuale di invalidità riconosciuta alla seconda condizione, cioè quella che riguarda strutture o funzioni diverse.

UTILIZZO DI WHODAS 2.0 AI FINI DELLA PERCENTUALIZZAZIONE

Il World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0), strumento di misura della disabilità, viene utilizzato per valorizzare la partecipazione della persona nel processo valutativo e per integrare i parametri utilizzati per l'individuazione della percentuale di invalidità civile.

A tal fine, la percentuale finale individuata anche in caso di comorbidità, può essere modificata come segue:

- ⇒ moltiplicandola per un valore compreso tra 1 e 1,05 in caso di punteggio WHODAS 2.0 compreso tra 26 e 40;
- ⇒ moltiplicandola per un valore compreso tra 1,06 e 1,10 in caso di punteggio WHODAS 2.0 compreso tra 41 e 100.

Il valore che ne scaturisce è arrotondato all'intero più vicino e, in ogni caso, non supera il 100%.

Il punteggio WHODAS 2.0 integra la valutazione solo se compatibile con il quadro clinico e documentale riscontrato.

L'UVB, nel caso di incompatibilità, può richiedere l'integrazione documentale nei soli casi in cui sia necessaria per il riconoscimento di una più elevata valutazione percentuale.

REVISIONE DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ E CASI DI ESONERO



Condizione non soggetta a revisione. Le previsioni di rivedibilità in minore con disturbo dello spettro autistico trovano ragione solo nei casi in cui vi sia un disturbo dello spettro autistico di Livello 1 (DSM 5-TR) e un livello di funzionamento adattivo adeguato (VABS-II) con valutazione prognostica favorevole. Comunicazione Tecnico Scientifica del Coordinamento Generale Medico Legale INPS, 2 marzo 2015 e Messaggio INPS n. 5544 del 23/06/2014



Condizione esonerata da controlli nel tempo e dalle visite straordinarie. Al compimento dei 16 anni, l'istante può fare richiesta di nuova valutazione limitata all'individuazione della condizione di disabilità in ambito lavorativo.

La condizione in cui può rientrare una persona con disturbo dello spettro autistico è prevista al punto 10 del D.M. 2 agosto 2007:

10) Patologie mentali dell'età evolutiva e adulta con gravi deficit neuropsichici e della vita di relazione. Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale. Valutazione prognostica. Valutazione e descrizione funzionale: funzioni intellettive; abilità cognitive; abilità e competenze affettive e relazionali; autonomia personale; abilità e competenze di adattamento sociale.

MINORI: PROFILO DI FUNZIONAMENTO AI FINI DELL'INCLUSIONE SCOLASTICA

Le scale specifiche per patologia e le scale generiche per la valutazione dell'autonomia nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana sono state codificate in ICF ai fini dell'individuazione del profilo di funzionamento.

Nel caso del disturbo dello spettro autistico si fa riferimento alla codifica in ICF:

1. scale VABS-II per la valutazione del comportamento adattivo
e
 1. indice di Barthel (Scheda tecnica 1)
 2. indice di Lawton-Brody (Scheda tecnica 2)
- per la valutazione dell'autonomia di base e strumentali della vita quotidiana.

Vineland-II Survey Interview Form:

4 scale costituite complessivamente da 11 subscale:

- Comunicazione (subscale Ricezione, Espressione e Scrittura),
- Abilità del vivere quotidiano (subscale Personale, Domestico e Comunità)
- Socializzazione (subscale Relazioni interpersonali, Gioco e tempo libero e Regole sociali)
- Abilità motorie (subscale Grossolane e Fini)

I comportamenti adattivi indagati sono “come l’individuo ascolta e presta attenzione e che cosa comprende” (Scala Comunicazione, subscale Ricezione), “come l’individuo utilizza parole e frasi per fornire informazioni” (Scala Comunicazione, subscale Espressione), “come l’individuo scrive e legge” (Scala Comunicazione, subscale Scrittura), “come l’individuo mangia, si veste e cura l’igiene personale (Scala Abilità del vivere quotidiano, subscale Personale) etc etc

Una valutazione complessiva del livello di comportamento adattivo è fornita dalla Scala composta, il cui punteggio è pari alla somma di quelli conseguiti nelle quattro scale

VINELAND-II SURVEY INTERVIEW FORM
SCHEMA RIASSUNTIVO DEI PUNTEGGI

Nome e cognome: _____ Età cronologica: _____ Data dell'intervista: _____

PUNTEGGI DI SUBSCALA, SCALA E SCALA COMPOSTA										PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA*	
SUBSCALA/SCALA	Punteggio grezzo	Punteggio di scala	Punteggio QI di deviazione	% intervallo di confidenza	Rango percentile	Livello adattivo	Punteggio età equivalente	Punteggio standard		Differenza da valore mediano ¹	F (forza) D (debolezza) ²
Ricezione											
Espressione											
Scrittura											
Comunicazione	Somma:										
Personale											
Domestico											
Comunità											
Abilità del vivere quotidiano	Somma:										
Relazioni interpersonali											
Gioco e tempo libero											
Regole sociali											
Socializzazione	Somma:										
Grossolane											
Fini											
Abilità motorie	Somma:										
Somma dei punteggi QI di deviazione ³											
Scala composta											

VALIDITÀ PUNTEGGIO QI DI DEVIATIONE DI SCALA COMPOSTA⁴

Punteggio QI di deviazione di scala	Punteggio QI di deviazione di scala composta ⁵
Massimo	
Minimo	
Differenza	
	V (valido)
	NV (non valido)

¹ Per l'identificazione dei punti di forza e di debolezza di scala, non considerare la scala Abilità motorie per individui con 7 o più anni di età.

² Per le istruzioni su come determinare la mediana del punteggio, cfr. il capitolo 4 del manuale Vineland-II standardizzazione italiana.

³ Punteggi di forza e di debolezza di scala: F = QI di deviazione - mediana ≥ 10 D = QI di deviazione - mediana ≤ -10

⁴ Validità punteggio QI di deviazione di scala composta: V = QI di deviazione di scala massimo - QI di deviazione di scala minimo ≥ 35 NV = QI di deviazione di scala massimo - QI di deviazione di scala minimo < 35

⁵ Punteggi di forza e di debolezza di subscale: F = punt. -scale - mediana ≥ 2 D = punt. -scale - mediana ≤ -2

Vineland-II Survey Interview Form:

In assenza di letteratura scientifica specifica, ai fini dell'attribuzione del valore del qualificatore capacità senza assistenza, sono stati utilizzati i valori "0", "2", "4" in corrispondenza ai punteggi v-scale come di seguito riportato:

Tabella 2. Corrispondenza Punteggio v-scale VABS-II e qualificatore ICF 'capacità senza assistenza'

Punteggio v-scale VABS-II	Livello di comportamento adattivo	Qualificatore ICF 'capacità senza assistenza'
12-17	Adeguito	0
9-11	Moderatamente basso	2
1-8	Basso	4

Sezione Estratta dalla Tabella 3. Score VABS-II e codifica in ICF delle attività

Tabella 3. Score VABS-II e codifica in ICF delle attività.

STADI DEL COMPORTAMENTO ADATTIVO		Parametro di riferimento e suoi valori	Codice ICF del parametro di riferimento	Valore del qualificatore ICF generico per estensione / gravità della compromissione	Codifica ICF del parametro di riferimento e della sua compromissione
Stadio	Descrizione	Punteggio v- scale VABS-II			
Scala Comunicazione, Subscala Ricezione					
1	Livello di comportamento adattivo adeguato	12-17	d310 Comunicare con - ricevere - messaggi nella lingua parlata Capire il significato letterale e implicito di messaggi nella lingua parlata, come capire se un'affermazione si riferisce a un fatto o se è un'espressione idiomatica.	0	d310._0 d115._0 d210._0 d220._0
2	Livello di comportamento adattivo moderatamente basso	9-11	d115 ascoltare Usare intenzionalmente l'udito per percepire stimoli uditivi, come ascoltare la radio, la voce umana, la musica, una lezione o una storia.	2	d310._2 d115._2 d210._2 d220._2
3	Livello di comportamento adattivo basso	1-8	d210 Svolgere un compito singolo Svolgere azioni semplici o complesse e coordinate relative alle componenti fisiche e mentali di un compito singolo, come iniziare un compito, organizzare il tempo, lo spazio e i materiali necessari, regolare l'esecuzione di un compito e svolgere, completare e sostenere un compito. d220 Svolgere compiti multipli Compiere azioni semplici o complesse e coordinate in quanto componenti di compiti multipli, complessi e integrati, in sequenza o simultaneamente.	4	d310._4 d115._4 d210._4 d220._4

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO - L. 18/1980

PROFILO DI FUNZIONAMENTO: Domini MOBILITÀ e AUTONOMIA

Per l'individuazione del profilo di funzionamento della persona adulta, limitatamente ai **domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentali agli atti di vita quotidiana, con necessità di sostegni continuativi**, sono state identificate due scale generiche le cui attività/azioni indagate sono state codificate in ICF:

L'Indice di Barthel è uno strumento di misura, validato in italiano, comunemente utilizzato per valutare l'autonomia nello svolgimento delle attività di base di vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL) (Scheda tecnica 1).

La Scala di Lawton-Brody è uno strumento di misura comunemente utilizzato per valutare le attività strumentali della vita quotidiana (Instrumental Activities of Daily Living Scale, IADL) attraverso 31 items in 8 diversi domini (Scheda tecnica 2).

Fascia di età 0 – 18 (minori di età)

La Legge 18/1980 prevede la concessione dell'indennità di accompagnamento a:

a.minori di età con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti della vita quotidiana (perché presentano deficit fisici, psichici o sensoriali)

b.minori di età con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore.

Nel disturbo dello spettro autistico, i minori di età con un livello di gravità 2 o 3 (DSM 5-TR) o con un livello di funzionamento adattivo moderatamente basso o basso (VABS-II), presentano disturbi psichici e/o sensoriali e comportamentali che limitano significativamente le attività nei domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana.

Tali disturbi li rendono inoltre non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua di un accompagnatore.

Fascia di età >18 (adulti)

Attualmente, in virtù della Legge 114 del 2014, un minore di età titolare di indennità di accompagnamento al compimento dei 18 anni ha diritto all'automatica erogazione aggiuntiva della prestazione economica corrispondente al riconoscimento della totale inabilità (100%).

Qualora la persona richieda di accedere al collocamento mirato (legge 68/99) è necessario che il richiedente faccia domanda anche per l'accertamento della condizione di disabilità ai fini lavorativi.

La valutazione del profilo di funzionamento della persona nello spettro autistico, limitatamente ai domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentali agli atti di vita quotidiana, viene effettuata al solo fine del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento.

L'UVB può avvalersi ad es. della VABS II (attraverso la valutazione della scala abilità motorie fino ai 7 anni e della scala abilità del vivere quotidiano nei minori di età e adulti), dell'Indice di Barthel (BADL, Scheda tecnica 1), della Scala Lawton-Brody (IADL, Scheda tecnica 2) o di altre scale equivalenti scientificamente validate, quando valuti che la relativa certificazione è congrua con il quadro clinico e documentale.

Come individuare i Livelli di sostegno

- L 104/1992, art. 3 -

Sostegni: i servizi, gli interventi, le prestazioni e i benefici individuati a conclusione dell'accertamento della condizione di disabilità e nel progetto di vita per migliorare le capacità della persona e la sua inclusione, nonchè per contrastare la restrizione nella sua partecipazione sociale, graduati in «sostegno» e «sostegno intensivo», in ragione della frequenza, della durata e della continuità del sostegno;

COMPROMISSIONE Funzioni e/o Strutture	FATTORI AMBIENTALI	PARTECIPAZIONE	LIVELLO DI SOSTEGNO		Fasce
DURATURA E SIGNIFICATIVA	Barriere ambientali che potrebbero limitare lo svolgimento delle attività o restringere la partecipazione	Rischio potenziale di restrizione della partecipazione tale da richiedere assistenza	SOSTEGNO	LIEVE	1
				MEDIO	2
		Rischio potenziale di restrizione della partecipazione tale da richiede assistenza permanente, continua e globale.	SOSTEGNO INTENSIVO	ELEVATO	3
				MOLTO ELEVATO	4

Il sostegno è :

- **permanente** quando la sua durata si protrae nel tempo;
- **continuativo** quando è costante o con frequenza ricorrente;
- **globale** quando è strumentale allo svolgimento della vita quotidiana, dell'apprendimento, del lavoro e della vita di relazione.



INDIVIDUAZIONE DEI LIVELLI DI SOSTEGNO

Il **sostegno intensivo (elevato o molto elevato)** viene riconosciuto alla persona con diagnosi di disturbo dello spettro autistico: livello 2 o 3 (DSM 5-TR) o con un livello di funzionamento adattivo basso e moderatamente basso o, nel caso di persone autistiche adulte, con punteggio complessivo WHODAS 2.0 a 36 items ≥ 40 .

Il **sostegno lieve o medio** viene riconosciuto alla persona con diagnosi di disturbo dello spettro autistico di livello 1 (DSM 5-TR) e un livello di funzionamento adattivo almeno adeguato e, nel caso di persone autistiche adulte, il punteggio complessivo WHODAS 2.0 a 36 items è < 40 .

L'UVB, nel caso di incompatibilità tra le scale disponibili, può richiedere l'integrazione documentale.

TABELLA 1. CORRISPONDENZA TRA PERCENTUALI DI INVALIDITÀ E LIVELLI DSM-TR E LIVELLI VABS-II

Percentuali di invalidità (%)	LIVELLI DSM 5 -TR e LIVELLI VABS II	LIVELLI DI SOSTEGNO
100	Livello 3 DSM 5-TR o Livello 3 VABS – II	Sostegno intensivo (molto elevato)
74 - 99	Livello 2 DSM 5-TR e Livello 1 VABS – II	Sostegno intensivo (elevato)
	oppure	
	Livello 2 DSM 5-TR e Livello 2 VABS – II	
	oppure	
	Livello 1 DSM 5-TR e Livello 2 VABS – II	
46-73	Livello 1 DSM 5-TR e Livello 1 VABS – II	Sostegno (lieve o medio)
<i>Legenda per Livello DSM 5-TR:</i> Livello 3 - “È necessario un supporto molto significativo” Livello 2 - “È necessario un supporto significativo” Livello 1 - “È necessario un supporto”	<i>Legenda per Livello di comportamento adattivo VABS II - valori relativi al punteggio QI di deviazione di scala composta:</i> Livello 3 -Funzionamento adattivo basso: QI deviazione Scala Composta < 50 Livello 2 - Funzionamento adattivo moderatamente basso: ≥ 50 QI deviazione Scala Composta < 85 Livello 1 -Funzionamento adattivo adeguato: QI deviazione Scala Composta ≥ 85	

INSERIMENTO LAVORATIVO E INCLUSIONE SCOLASTICA



MODALITÀ PER RICONDURRE L'ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ IN ETÀ ADULTA AI FINI DELL'INSERIMENTO LAVORATIVO E DELLA FORMAZIONE SUPERIORE DI CUI ALL'ARTICOLO 5 DEL D.LGS 66/2017 (Art.12, comma 3)

Ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lett. f), del decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, l'unità di valutazione di base effettua l'accertamento della condizione di disabilità ai fini dell'inclusione lavorativa per gli effetti della [legge 12 marzo 1999, n. 68](#), secondo quanto già previsto dal decreto del Presidente del consiglio dei ministri del 13 gennaio 2000, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 22 febbraio 2000, n. 43.



MODALITÀ PER RICONDURRE L'ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI DISABILITÀ IN ETÀ EVOLUTIVA AI FINI SCOLASTICI DI CUI ALL'ARTICOLO 5 DEL D.LGS 66/2017 (Art.12, comma 3)

La UVB, tenuto conto delle evidenze del procedimento, riconosce all'istante la condizione di disabilità ai fini dell'inclusione scolastica ai sensi dell'articolo 5, comma 6 del D.lgs 66/2017, nonché del Decreto 14 settembre 2022 del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Istruzione, del Ministro dell'Economia e delle Finanze, del Ministro per gli Affari Generali e le Autonomie e del Ministro per le disabilità.

CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELLA CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

I criteri per valutare la condizione di non autosufficienza, ai fini della valutazione di base e in coerenza con il D.lgs 29/2024, sono le disabilità pregresse, le gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e il funzionamento bio-psico-sociale, anche in relazione all'età anagrafica.

È ritenuto sufficiente per il riconoscimento della non autosufficienza il possesso di almeno una delle due condizioni riportate di seguito:

1. titolarità dell'indennità di accompagnamento;
2. necessità di intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale e di relazione (con art. 3, comma 3, legge n. 104/1992).

Chi è già stato riconosciuto non autosufficiente prima dell'avvio della sperimentazione (per esempio, dalle pregresse Unità di Valutazione Multidimensionale dei territori), mantiene tale riconoscimento.

EFFICACIA PROVVISORIA



La diagnosi di disturbo dello spettro autistico, se certificata da una struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata accreditata, rientra tra le patologie che danno il diritto di accedere alle prestazioni sociali, sociosanitarie e socioassistenziali anche prima della conclusione del procedimento valutativo di base tenendo conto dello straordinario carico assistenziale richiesto dalla condizione.

ACCERTAMENTO SUGLI ATTI



La valutazione senza il ricorso alla visita diretta (art. 6, comma 2 del D.lgs 62/2024), attivabile su richiesta dell'istante, è possibile solo se la documentazione sanitaria allegata al certificato medico introduttivo rilasciata da strutture pubbliche o private accreditate dal SSN, riporti:

- **la diagnosi con datazione non superiore ai dodici mesi** dalla presentazione del certificato medico introduttivo;
- **i livelli di gravità secondo i criteri diagnostici del DSM-5 TR** con datazione non superiore ai dodici mesi dalla presentazione del certificato medico introduttivo;
- **documentazione relativa allo *Schema riassuntivo dei punteggi dello Score report delle Vineland-II Survey Interview Form*** per la valutazione del profilo di funzionamento adattivo, con datazione non superiore ai dodici mesi dalla presentazione del certificato medico introduttivo;
- **eventuali comorbidità** mediche, psichiatriche e neurologiche presenti.

L'UVB dispone la visita se ritiene che vi siano motivi ostativi all'accoglimento della richiesta di valutazione agli atti.



Grazie per l'attenzione