

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PERCORSO ASSISTENZIALE</b>	PDTA autismo (NPI.PE.2098.00)

**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE  
DEL  
PAZIENTE CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO**

	<i>Nominativo</i>	<i>Funzione</i>	<i>Data</i>	<i>Firma</i>
<b>Stesura</b>	Dr. Paolo Rasmini	Direttore SC Neuropsichiatria Infantile e Coordinatore del Gruppo di Lavoro	15.03.2016	<i>Firmato in originale</i>
<b>Verifica</b>	Prof. Gianni Bona	Direttore Dip. Interaziendale Materno-Infantile	Settembre 2017	<i>Firmato in originale</i>
	Dr.sa Francesca Gallone	Direttore di Distretto	Settembre 2017	<i>Firmato in originale</i>
	Dr.ssa Sara Marchisio	Dirigente Responsabile SC Qualità e appropriatezza prescrittiva	9.07.2017	<i>Firmato in originale</i>
<b>Autorizzazione</b>	Dr. Arturo Pasqualucci	Direttore Sanitario ASL VC	Settembre 2017	<i>Firmato in originale</i>
<b>Emissione</b>	Dr. Paolo Rasmini	Direttore SC Neuropsichiatria Infantile	Settembre 2017	<i>Firmato in originale</i>

<b>Data di applicazione</b>	01/09/17
<b>REV.</b>	00

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PERCORSO ASSISTENZIALE</b>	PDTA autismo (NPI.PE.2098.00)
---	-------------------------------	----------------------------------

## 1. RAZIONALE DEL PDTA

I disturbi dello spettro autistico sono disturbi cronici dello sviluppo del sistema nervoso centrale ad esordio precoce che determinano una disabilità complessa che coinvolge l'ambito sociale, comunicativo e comportamentale. Le caratteristiche del deficit sensoriale e cognitivo, come la sintomatologia clinica, sono eterogenee in termini di complessità e gravità e possono presentare espressioni variabili nel tempo. Con la Raccomandazione regionale "Programma di Governo clinico sull'Autismo e i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo della Regione Piemonte", inviato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie in data 20/4/2009, si è avviato un processo utile a dare massima priorità alla diagnosi precoce ed agli interventi abilitativi tempestivi, intensivi e strutturati che modulino gli approcci psicoeducativi alle esigenze individuali e che siano basati su metodologie scientificamente validate con la collaborazione della scuola e della famiglia, come previsto da tutte le linee guida internazionali sull'autismo. Con la D.G.R. n. 22-7178 del 03.03.2014 vengono individuati in ogni ASR uno o più nuclei di operatori formati definiti "Nucleo DPS (Disturbi Pervasivi di Sviluppo)". Il coordinamento del Nucleo è affidato al Neuropsichiatra Infantile, con competenza specifica nell'autismo, del servizio sanitario territoriale di riferimento del minore, mentre tutti gli operatori sono assegnati funzionalmente e stabilmente al Nucleo in relazione all'attività svolta.

Il Percorso Assistenziale fa riferimento inoltre alle indicazioni contenute negli allegati della D.G.R. n.2-4286 del 29 Novembre 2016: "DGR n.26-1653 del 29.6.2015" Intervento regionale a sostegno della cura dei pazienti cronici con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico."

L'ASL di Vercelli da tempo ha elaborato modelli territoriali integrati di presa in carico, nel quadro della collaborazione tra le Strutture di NPI e di Psicologia per l'età evolutiva per tutte le patologie e disabilità di sviluppo.

Il percorso descritto nel presente documento costituisce un aggiornamento di tali metodologie.

## 2. PROFESSIONISTI COINVOLTI

### 2.1 Il promotore

Sono copromotori il Direttore della Struttura Complessa NPI dell'ASL di Vercelli e il Responsabile della Struttura Semplice Qualità.

### 2.2 Il committente

Il committente è la Direzione Generale Aziendale in ottemperanza alle indicazioni della Direzione Sanità della Regione Piemonte (D.G.R. n. 2-4286 del 29.11.2016, che approva le Raccomandazioni per i Disturbi dello Spettro Autistico per l'Età Evolutiva).

### 2.3 Il gruppo di lavoro

Alla stesura del presente documento hanno collaborato i dirigenti medici dei due Nuclei D.P.S.:

- Dott. Paolo RASMINI, Neuropsichiatra Infantile
- Dott.ssa IMPASTATO Maria, Neuropsichiatra Infantile
- Dott.ssa FILIPPA Adriana, Neuropsichiatra Infantile
- Dott.ssa COLOMBO Renata Referente Pediatri Libera Scelta
- Dott.ssa COLOMBARI Patrizia, Psicologa

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PERCORSO ASSISTENZIALE</b>	PDTA autismo (NPI.PE.2098.00)
---	-------------------------------	----------------------------------

- Logopedista: MASSERONI Chiara (Vercelli/Santhesia'), FILA ROBATTINO Anna Rosa (Varallo/Gattinara)
- Neuropsicomotricista: MACELLONI Bettina (Vercelli/Santhesia'), MURÈ Agnese (Varallo/Gattinara)

## 2.4 Coordinamento del gruppo di lavoro

Il coordinatore del Gruppo di Lavoro è il Dr. Paolo Rasmini, Direttore della SC NPI.

## 3. METODOLOGIA DI LAVORO

La realizzazione del presente documento recepisce le raccomandazioni regionali contenute nel “Programma di Governo Clinico sul' Autismo e i Disturbi Pervasivi di Sviluppo della Regione Piemonte” (20.04.2009). Alla luce dell'accordo stato regioni del 22.11.2012 “Linee di Indirizzo per la Promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo nel rispetto dei vigenti Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); accordo recepito dalla D.G.R. n. 22-7178 del 03.03.2014.

Il documento fa inoltre riferimento alle Linee Guida per “Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti” dell'Istituto Superiore di Sanità (aggiornamento ottobre 2015) ed alle Linee Guida SINPIA.

Per l'elaborazione del percorso è stato organizzato dalla struttura SC Neuropsichiatria Infantile un gruppo di lavoro, che ha sviluppato le seguenti fasi:

- analisi del percorso ideale (acquisizione letteratura di riferimento e linee guida/raccomandazioni prodotte da società scientifiche);
- revisione del percorso attuale e degli scostamenti rispetto all'ideale (evidenza delle criticità locali e strategie di superamento);
- revisione delle procedure e dei protocolli attinenti al percorso;
- condivisione degli indicatori clinici e organizzativi;
- prima stesura del percorso.

La struttura Qualità ha curato la stesura definitiva del presente documento.

## 4. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutti i minori affetti da “Disturbi dello Spettro Autistico”, nelle sue diverse forme, appartenenti al territorio dell'ASL VC, oggetto di presa in carico da parte del “Nucleo DPS (Disturbi Pervasivi dello Sviluppo)”, secondo le aree territoriali di afferenza, le fasce di età, nonché suddivisi nei principali raggruppamenti diagnostici (secondo i Codici ICD-10 e DSM 5).

Il Nucleo DPS istituito con specifico provvedimento in ogni ASR, è composto da tutti gli operatori di riferimento, per ambito territoriale, per la presa in carico di minori con autismo (neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista, terapeuta neuropsicomotricità, educatore) secondo il principio dell'integrazione multi-professionale (e del superamento del criterio della consulenza) e concorre alla formulazione della diagnosi, alla presa in carico ed alla definizione del progetto personalizzato di trattamento.

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PERCORSO ASSISTENZIALE</b>	PDTA autismo (NPI.PE.2098.00)
---	-------------------------------	----------------------------------

Ogni Nucleo individua al suo interno un operatore per ogni paziente con funzioni di case manager che deve coordinare il percorso attivato in accordo con i familiari e garantire un intervento di rete monitorato e verificato nel tempo, anche dopo l'età scolare.

## 5. DEFINIZIONI ED ACRONIMI

- **CHAT** (Checklist for Autism in Toddlers)
- **M-CHAT:** (Modified Checklist for Autism Toddlers)
- **Q-CHAT:** Quantitative CHecklist for Autism in Toddlers
- **DPS:** Disturbi pervasivi dello Sviluppo è equivalente a **ASD:** Disturbi dello Spettro dell'Autismo (DSM V) ed a **DGS:** Disturbi Generalizzati di Sviluppo (ICD-10): secondo le principali classificazioni internazionali. Fanno parte di queste: una forma "tipica" di "Autismo Infantile" (ICD-10: F84.0), ed altre varianti con diverse caratteristiche di gravità e prognosi (ICD-10: F84.1-2-3-4-8-9), ed una forma più benigna *quoad valetudinem*, la cosiddetta "Sindrome di Asperger" (F84.5).
- **ICF:** "Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità"
- **Nucleo DPS:** è composto da tutti gli operatori di riferimento, per ambito territoriale, per la presa in carico di minori con autismo (neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista, terapeuta neuropsicomotricità, educatore) secondo il principio dell'integrazione multi-professionale (e del superamento del criterio della consulenza) e concorre alla formulazione della diagnosi, alla presa in carico ed alla definizione del progetto personalizzato di trattamento. Sono presenti nelle sedi operative della S.C. NPI dell'ASL Vercelli/Santhià e Varallo/Gattinara (D.D.G. n. 01018 del 19 Novembre 2014).
- **NPI:** Medico Neuropsichiatra Infantile.
- **TNPEE:** Tecnico della Neuropsicomotricità dell'Età Evolutiva.
- **PEI:** Piano Educativo Individualizzato.
- **PGCR:** Programma di Governo Clinico Regionale.
- **UMVD:** Unità Multidisciplinare Valutazione Disabilità minori (già UVH).
- **DSM:** Dipartimento di Salute Mentale
- **ASR:** Azienda Sanitaria Regionale

## 6. CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE DEI PAZIENTI

### 6.1 Criteri di Inclusione

Vanno considerati bambini a rischio, e quindi inclusi nel Percorso tramite invio alla I visita NPI, i soggetti di età <18 anni che presentano almeno 3 dei seguenti fattori di rischio (Filipek P.A 1999):

- nessuna lallazione entro 12 mesi;
- nessuna gestualità (indicare, muovere la mano, salutare, ecc.) entro i 12 mesi;
- nessuna parola entro 16 mesi;
- nessuna frase spontanea (non ecolalia) di due parole entro 24 mesi di età;
- qualunque perdita di qualsiasi abilità linguistica o sociale a qualunque età;
- assenza o ridotto contatto oculare;
- assenza dell'indicazione per chiedere o condividere;
- ridotta o assente risposta a al nome;
- scarsa reciprocità sociale.

 <b>A.S.L. VC</b> Azienda Sanitaria Locale di Vercelli	<b>PERCORSO ASSISTENZIALE</b>	PDTA autismo (NPI.PE.2098.00)
---	-------------------------------	----------------------------------

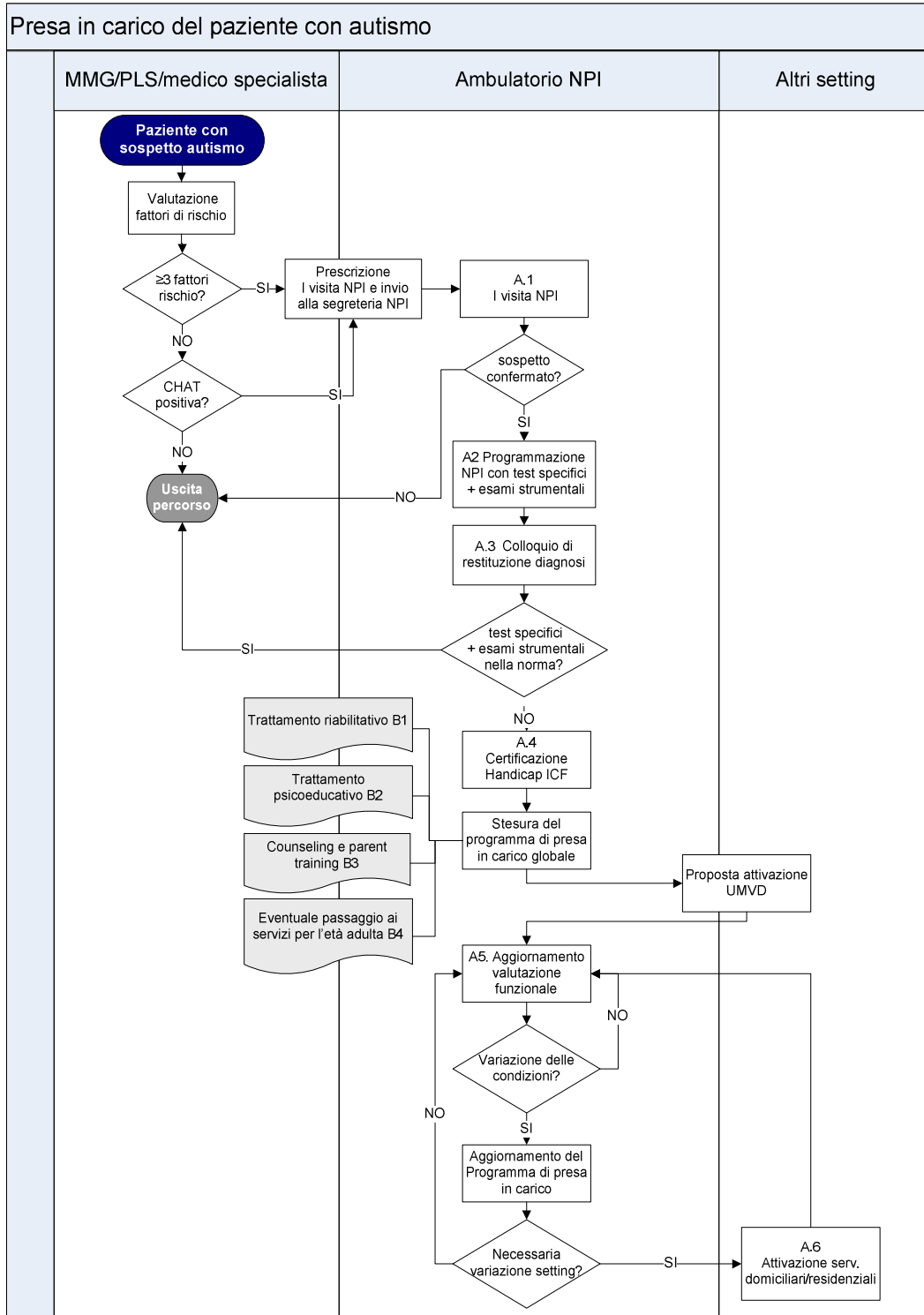
Sono inoltre considerati soggetti a rischio e inclusi nel percorso i bambini che risultano positivi alle Scale CHAT, M-Chat o Q-Chat.

## 6.2 Criteri di esclusione

Sono esclusi dal percorso tutti i pazienti per i quali non siano presenti 3 fattori di rischio sopra elencati alla prima visita NPI e che risultano negativi alle Scale CHAT, M-Chat o Q-Chat.



**7. RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DEL PDTA AZIENDALE**



## 8. MATRICE DELLE ATTIVITÀ

Vengono di seguito dettagliate in modo sequenziale le fasi del percorso già raffigurate più sinteticamente nel diagramma di flusso. Nella matrice sono specificate, in particolare:

- le figure responsabili per ciascuna attività;
- le azioni specifiche a cui attenersi per l'espletamento delle attività;
- i documenti di registrazione (cartella clinica ambulatoriale, Profilo Dinamico Funzionale della Persona con disabilità, modello "Diagnosi Clinica e Percorso di Presa in Carico" -allegato 1/2 DGR n.22-7178, marzo 2014- ecc.) o prescrittivi (impegnativa interna, eventuali prescrizione accertamenti clinici/strumentali, ecc.) utilizzati per attuare le azioni descritte.

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A1	Visita specialistica NPI	<p><b>Perché:</b> valutare il paziente con sospetto autismo.</p> <p><b>Come:</b> impegnativa esterna (PLS-MMG)</p> <p><b>Quando:</b> il paziente viene inviato dal MMG, PLS, dallo specialista.</p> <p><b>Chi:</b> Neuropsichiatra Infantile</p>	<p>La visita medica, entro 30 giorni dalla richiesta per "sospetto autismo" è costituita da: Anamnesi, Colloquio Genitori, Esame Obiettivo/Visita Neurologica, Osservazione.</p> <p>In particolare deve verificare la presenza di almeno tre fattori di rischio tra i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nessuna lallazione entro 12 mesi di età</li> <li>▪ nessuna gestualità (indicare, muovere la mano, salutare, ecc.) entro i 12 mesi di età</li> <li>▪ nessuna parola entro 16 mesi di età</li> <li>▪ nessuna frase spontanea (non ecolalia) di due parole entro 24 mesi di età</li> <li>▪ qualunque perdita di qualsiasi abilità linguistica o sociale a qualunque età</li> <li>▪ assenza o ridotto contatto oculare, assenza dell'indicazione per chiedere o condividere,</li> <li>▪ ridotta o assente risposta a al nome e scarsa reciprocità sociale</li> </ul> <p><b>oppure</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bambini che risultano positivi alle Scale CHAT, M-Chat o Q-Chat).</li> </ul>	<p>Ricetta dematerializzata Cartella clinica ambulatoriale</p>
A2	Valutazione neuropsicologica con tests specifici	<p><b>Perché:</b> formulare la diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico.</p> <p><b>Come:</b> impegnativa, su prenotazione.</p> <p><b>Quando:</b> in caso di sospetto autismo</p> <p><b>Chi:</b> NPI/Psicologo/TNPEE</p>	<p>Lo specialista NPI nel caso in cui si confermi il Disturbo dello Spettro Autistico per le manifestazioni cliniche presentate dal paziente programma la valutazione neuropsicologica tramite test specifici tra quelli sottoelencati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ CARS/GARS</li> <li>▪ VINELAND</li> <li>▪ ADOS-2</li> <li>▪ VALUTAZIONE PSICOMOTORIA</li> <li>▪ VALUTAZIONE COGNITIVA (se possibile)</li> </ul> <p>Sulla scorta della valutazione clinica vengono prescritti gli esami diagnostico strumentali per formulare una diagnosi etiologica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RMN encefalo</li> <li>▪ valutazione audiometrica comportamentale</li> <li>▪ screening metabolico (aa plasmatici, acidi organici urinari)</li> <li>▪ test genetico (CGH-ARRAY / X-FRAGILE)</li> </ul>	<p>Ricetta dematerializzata per valutazione psicomotoria Referti degli esami diagnostici Cartella clinica ambulatoriale Ricetta dematerializzata per esecuzione test genetici (effettuati c/o Ospedale Vercelli)</p>

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
A3	Colloquio di restituzione ai genitori con proposta terapeutica/riabilitativa	<b>Perché:</b> indirizzare il paziente verso il percorso Terapeutico/Riabilitativo più appropriato <b>Come:</b> impegnativa interna. <b>Quando:</b> in caso di conferma diagnostica di DPS oppure di altro disturbo che richieda tale intervento <b>Chi:</b> NPI	Lo specialista NPI consegna la relazione scritta contenente diagnosi e programma di percorso presa in carico globale (allegato 1-2)	Relazione NPI Ricetta dematerializzata
A4	Certificazioni Handicap ICF	<b>Perché:</b> individuare il paziente come portatore di handicap (Legge 104/92), favorire l'integrazione scolastica mediante "Profilo di Funzionamento" secondo ICF <b>Come:</b> mediante certificazione/relazione <b>Quando:</b> dopo fase A3 e consenso dei genitori/tutori. <b>Chi:</b> NPI	Produrre certificato introduttivo on-line per commissione legge 104/92 (INPS) Consegna alla famiglia del certificato introduttivo per avviare pratiche visita commissione INPS. Compilare documento secondo ICF per l'integrazione scolastica (v. allegato 3)	Attestato di trasmissione certificazione INPS Cartella clinica
A5	Aggiornamento Valutazione funzionale	<b>Perché:</b> necessità di follow-up e verifica efficacia trattamenti. <b>Come:</b> utilizzo di PEP-3, TTAP, Metodo Portage, Valutazione Neuropsicomotoria, Valutazione Logopedica, Valutazione Educativa <b>Quando:</b> dopo la diagnosi ed ai passaggi di grado scolastico ed al momento del passaggio all'età adulta <b>Chi:</b> NPI/ Psicologo/Neuropsicomotricista/ Educatore	Lo specialista NPI prescrive la valutazione funzionale tramite ricetta dematerializzata (da 94.01 a 94.08)	Ricetta dematerializzata
A6	Attivazione servizi domiciliari/residenziali	<b>Perché:</b> l'attivazione dei servizi domiciliari/residenziali viene indicata dalla "valutazione congiunta sociale/sanitaria" (vedi allegato) effettuata dai referenti assegnati in UMVD, dopo richiesta della famiglia <b>Come:</b> compilazione della "richiesta UMVD" da parte della famiglia tramite specialista/SUSS <b>Quando:</b> in sede UMVD successiva alla compilazione della richiesta da parte della famiglia <b>Chi:</b> UMVD	Percorso attivazione servizi domiciliari/residenziali: 1) compilazione richiesta attivazione UMVD da parte della famiglia 2) assegnazione del referente sanitario e sociale da parte di UMVD (lettera di assegnazione) 3) compilazione "scheda di valutazione congiunta sociale/sanitaria" 4) stesura del "progetto individualizzato" (v. allegato 3) ed approvazione da parte della famiglia approvazione in sede di UMVD	<ul style="list-style-type: none"> <li>⤴ richiesta di attivazione UMVD modulo di assegnazione referente sanitario (allegato 4)</li> <li>⤴ "scheda di valutazione congiunta sociale/sanitaria" (allegato 5)</li> <li>⤴ Progetto individualizzato (allegato 6)</li> </ul>
B1	Trattamento riabilitativo	<b>Perché:</b> indicato nei casi con diagnosi con DPS <b>Come:</b> impegnativa interna <b>Quando:</b> dopo diagnosi <b>Chi:</b> TNPEE, Logopedista	Il trattamento riabilitativo eseguito presso la SC NPI prevede: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cicli di trattamento Neuropsicomotorio</li> <li>▪ Cicli di Trattamento Logopedico</li> </ul>	Ricetta dematerializzata
B2	Intervento psicoeducativo	<b>Perché:</b> al fine dell'elaborazione del piano educativo individualizzato (vd Lg ISS) <b>Come:</b> ricetta dematerializzata <b>Quando:</b> dopo la diagnosi <b>Chi:</b> Educatore Professionale Formato/Psicologo	L'intervento Psicoeducativo viene eseguito presso la SC NPI oppure presso il domicilio o in ambito scolastico dall'Educatore professionale e Psicologo.	Ricetta dematerializzata
B3	Counseling e Parent Training	<b>Perché:</b> l'intervento educativo deve essere generalizzato attraverso le figure coinvolte nella vita quotidiana (genitori/insegnanti e altre figure educative)	Counseling è fornito da NPI/Psicologo/Educatore, mediante incontri individuali o di gruppo.	Ricetta dematerializzata



Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
		<b>Come:</b> attraverso 2/3 incontri <b>Quando:</b> dopo la diagnosi <b>Chi:</b> educatore/psicologo/NPI		
B4	Passaggio ai Servizi per l'Età Adulta	<b>Perché:</b> al compimento del 18° anno di età il paziente deve essere preso in carico dai servizi per gli adulti <b>Come:</b> invio a DSM tramite impegnativa medico curante <b>Quando:</b> => 18 anni di età <b>Chi:</b> Medico Curante		Impegnativa Medico Curante

## 9. VALUTAZIONE DEL PROFILO

Per valutare l'efficacia e l'efficienza del profilo verranno monitorati nel corso degli anni 2017 e 2018 i seguenti indicatori.

Nome dell'indicatore	Formula	Atteso	Riferimento normativo/bibliografico	Struttura
Carico di pazienti nella popolazione residente	(Pazienti con disturbi dello spettro autistico monitorati in base ai dati del database SMAIL/tot. residenti ASL VC <18)*100	1%	<i>Centers for Disease Control and Prevention (CDC) USA</i>	SC Neuropsichiatria Infantile
Diagnosi precoce	(N. di pazienti diagnosticati entro il terzo anno di età/tot. nuove diagnosi)*100	≥80%	<i>Ad hoc</i>	SC Neuropsichiatria Infantile
Appropriatezza della valutazione clinica	(N. di pazienti con nuova diagnosi per i quali è stata compilata almeno una delle scale standardizzate raccomandate/totale delle nuove diagnosi)*100	100%	<i>Ad hoc</i>	SC Neuropsichiatria Infantile
Tempestività diagnostica	% pazienti con tempo che intercorre tra la prima visita e la diagnosi < 120 giorni	100%	<i>D.G.R. n2-4286 29 Novembre 2016</i>	SC Neuropsichiatria Infantile

## 10. MODALITÀ DI DIFFUSIONE INTERNA ED ESTERNA

Una volta approvato dal gruppo multidisciplinare, il percorso sarà recepito dalla Direzione Generale, e pubblicato sulla intranet aziendale a cura della struttura Qualità e appropriatezza prescrittiva, che ne dà comunicazione ai Direttori delle strutture complesse interessate e ai Direttori di Distretto.

I Direttori di struttura complessa provvederanno alla diffusione del percorso a tutti gli operatori afferenti alla propria struttura, mentre i Direttori di Distretto lo diffonderanno ai MMG/PLS.

## 11. GOVERNO E MANUTENZIONE DEL PROFILO

Il Responsabile della SC Neuropsichiatria Infantile assume il governo del profilo con un riesame annuale.

Il Responsabile della SC Neuropsichiatria Infantile verifica l'attuazione del percorso attraverso il monitoraggio degli indicatori identificati nel § 9. Dopo una prima verifica ed un primo riesame il percorso verrà validato con riesami annuali, attraverso l'analisi degli indicatori o l'evoluzione delle linee guida di riferimento, e, se sarà necessario, si porteranno le opportune modifiche.

## 12. LIVELLO DI IMPLEMENTAZIONE

Il percorso, appena approvato, sarà applicato con decorrenza immediata.

## 13. RIFERIMENTI

- Determinazione Dirigenziale n. 504 del 23 maggio 2014 avente per oggetto: "Definizione del percorso diagnostico e del programma di trattamento per minori con Disturbo dello Sviluppo in applicazione della DGR n.22-7178 del 03.03.2014.
- "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, con particolare riferimento ai disturbi dello Spettro Autistico". Modalità di attuazione. Azione 14.4.6 di cui alla DGR 25-6992 del 30.12.2013. Deliberazione della Giunta Regionale 3 Marzo 2014, n. 22-7178.
- Charles JM, Carpenter LA, Jenner W, Nicholas JS. Recent advances in autism spectrum disorders. *Int J Psychiatry Med.* 2008; 38: 133-140.

- Daniels JL, Forssen U, Hultman CM, Cnattingius S, Savitz DA, Feychting M, Sparen P. Parental psychiatric disorders associated with autism spectrum disorders in the offspring. *Pediatrics*, 2008;121
- Kumbier E, Haack K, Herpertz SC. Autism: exploring historical psychiatric and psychological concepts. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2008; 76:484-90.
- Williams E, Thomas K, Sidebotham H, Emond A. Prevalence and characteristics of autistic spectrum disorders in the ALSPAC cohort. *Dev Med Child Neurol*. 2008; 50:672-677.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 01018 del 19 Novembre 2014, Oggetto: Individuazione “Nucleo D.P.S.” (Disturbi Pervasivi dello Sviluppo).
- [www.snlg-iss.it/cms/files/LG\\_autismo\\_def.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_autismo_def.pdf)
- <http://www.sinpia.eu/lineeguida/index/get/last>:“Linee guida per l’autismo raccomandazioni tecniche-operative per i servizi di neuropsichiatria dell’eta’ evolutiva”
- <https://www.nice.org.uk/>
- D.G.R. n.2-4286 del 29 Novembre 2016: “DGR n.26-1653 del 29.6.2015” Intervento regionale a sostegno della cura dei pazienti cronici con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico.”
- Filipek P.A., Accardo P.J., Baranek G.T., Cook E.H.Jr, Dawson G., et al., “The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders”. *J Autism Dev Disord.*, 1999 Dec; 29 (6):439-84.

#### 14. STORIA DELLE MODIFICHE

REV	Data	Descrizione delle modifiche
00	01/04/17	Prima emissione

NUCLEO DPS ASL .....  
DIAGNOSI CLINICA E VALUTAZIONE FUNZIONALE

**Dati anagrafici**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

ASL residenza \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Tel. Cellulare \_\_\_\_\_

Genitore/i o tutore \_\_\_\_\_

Pediatra Libera Scelta / MMG \_\_\_\_\_

DIAGNOSI CLINICA A CURA DELL' AZIENDA SANITARIA \_\_\_\_\_

**SOSPETTO DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO IN ACCERTAMENTO (codici R ICD10)**

**DIAGNOSI ICD10 OMS**

F84.0  F84.1  F84.2  F84.3  F84.4  F84.5  F84.8  F84.9

ALTRE ( COMORBIDITÀ) \_\_\_\_\_

**LIVELLO INTELLETTIVO**

F70  F71  F72  F73  F78  F79  LIVELLO LIMITE  INTELLIGENZA NELLA NORMA

**PATOLOGIE ORGANICHE**

G40 (EPILESSIA)  SINDROME GENETICA \_\_\_\_\_  ALTRO \_\_\_\_\_

**TEST O SCALA DI VALUTAZIONE DEL COMPORTAMENTO AUTISTICO**

ADOS  ADI/R  CARS  ABC  GARS  ECA  GADS  KADI

LA DIAGNOSI ICD10 F84 È INDISPENSABILE PER ATTIVARE IL PERCORSO AUTISMO (DIAGNOSI FUNZIONALE E TRATTAMENTO).  
LA DIAGNOSI IN ACCERTAMENTO ATTIVA SOLO UN TRATTAMENTO TRIMESTRALE

È NECESSARIO L'USO DI SCALE DI VALUTAZIONE STANDARDIZZATE A SUPPORTO DELLA DIAGNOSI

Luogo e data \_\_\_\_\_ timbro e firma \_\_\_\_\_

VALUTAZIONE FUNZIONALE a cura di (Azienda Sanitaria o altro soggetto: specificare)

**TEST O SCALA DI VALUTAZIONE STANDARDIZZATA**

PEP/R- PEP3  AAPEP – TTAP  EF  VINELAND  ALTRO \_\_\_\_\_

**AREE PRIORITARIE D'INTERVENTO**  INTERAZIONE SOCIALE  COMUNICAZIONE  AUTONOMIE

Luogo e data \_\_\_\_\_ timbro e firma OPERATORE NUCLEO DPS \_\_\_\_\_  
Luogo e data \_\_\_\_\_ timbro e firma OPERATORE NUCLEO DPS \_\_\_\_\_



**PROGRAMMA DI PERCORSO PRESA IN CARICO GLOBALE (sanitaria, sociale, educativa)**

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ Età  0-6 anni  > 6 anni

Residenza \_\_\_\_\_ ASL residenza \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_ Tel. Cellulare \_\_\_\_\_

Genitore/i o tutore \_\_\_\_\_

Handicap  handicap in stato di gravità  assegno di frequenza  accompagnamento

CASE MANAGER \_\_\_\_\_

**PROGRAMMA DI PERCORSO GLOBALE a cura dell'operatore Case Manager**

Ciclo di trattamento trimestrale (diagnosi di attesa – Codici R ICD10) VERIFICA PREVISTA IL \_\_\_\_\_

**DURATA PROGETTO:**  trimestrale  semestrale  annuale VERIFICA PREVISTA IL \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA INTERVENTO	ORE SETTIMANALI	SOGGETTO EROGANTE
<input type="checkbox"/> Intervento psicomotorio	_____	_____
<input type="checkbox"/> Intervento logopedico	_____	_____
<input type="checkbox"/> Intervento educativo	_____	_____
<input type="checkbox"/> Insegnante di sostegno	_____	_____
<input type="checkbox"/> Assistente per le autonomie	_____	_____
<input type="checkbox"/> Consulenza alla scuola	_____	_____
<input type="checkbox"/> Parent training	_____	_____
<input type="checkbox"/> altri eventuali interventi di supporto alla famiglia _____		

LA PROPOSTA DI TRATTAMENTO DEVE SEMPRE PREVEDERE CONSULENZE ALLA SCUOLA E PARENT TRAINING

LE METODICHE DI TRATTAMENTO DEVONO FARE RIFERIMENTO ALLE LINEE GUIDA

**METODICHE APPLICATE DAGLI OPERATORI-INSEGNANTI**

Interventi comportamentali (compreso ABA)  Interventi comportamentali (Psicoeducativo-TEACCH)

Trattamenti evolutivi (Denver, DIR, AERC)  Altri:  T.E.D.  CAA o PECS  \_\_\_\_\_

I TRATTAMENTI SANITARI ED EDUCATIVI CHE PREVEDONO UN IMPEGNO DI SPESA A CARICO DEL SERVIZIO PUBBLICO, EFFETTUATI PRESSO ENTI PRIVATI CONVENZIONATI DEVONO ESSERE AUTORIZZATI SECONDO LE MODALITÀ PREVISTE DALL'ASL E DAGLI ENTI GESTORI DELLE FUNZIONI SOCIO ASSISTENZIALI DI RESIDENZA DEL PAZIENTE, COMPATIBILMENTE CON LE RISORSE DISPONIBILI.

Firma genitore/tutore per presa visione \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_ timbro e firma CASE MANAGER \_\_\_\_\_

DATA DI VERIFICA DEL PROGETTO \_\_\_\_\_

**PROFILO DI FUNZIONAMENTO DELLA PERSONA CON DISABILITÀ  
SECONDO ICF**

COGNOME E NOME:  
 DATA E LUOGO DI NASCITA:  
 RESIDENZA:  
 CLASSE E SCUOLA:

REFERENTI DEL CASO: (NPI)

Diagnosi:

**DIAGNOSI SINDROMICA**

SINDROMI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
PREVALENTE															
ASSOCIATA 1															
ASSOCIATA2															

CATEGORIE SINDROMICHE	CODICI ICD - 10	CATEGORIE SINDROMICHE	CODICI ICD - 10
1- Disturbi generalizzati di sviluppo – Psicosi		9- Pluriminorazioni	
2- Disturbi comportamento		10- Patologie cromosomiche e genetiche	
3- Disturbi emotivo relazionali		11- Patologia motoria	
4- Ritardo mentale		12- Disturbi prattognosici	
5- Disturbi specifici di apprendimento		13- Altro	
6- Deficit sensoriale visivo		14- Epilessia	
7- Deficit sensoriale uditivo		15- Idrocefalia e malformazioni snc	
8- Disturbo del linguaggio			

**DIAGNOSI FUNZIONALE SEMPLIFICATA**

Compromissione delle Capacità Intellettive	Nessuna lieve media grave profonda	Compromissione delle Capacità Motorie	Nessuna grave Lieve media gravissima	Compromissione del Linguaggio	Nessuna lieve media grave gravissima	Turbe Affettive e/o Relazionali	Nessuna lieve media grave gravissima
--	---	---------------------------------------	--	-------------------------------	---	---------------------------------	---

**N.B.** Il presente documento vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza art. 622 c.p.

Ne è data comunque facoltà di lettura a tutti gli operatori scolastici coinvolti.

Il presente atto va conservato all'interno del protocollo riservato con facoltà di visione al gruppo tecnico per i soggetti in

Situazione di handicap istituito all'interno della scuola.

IDONEITA' ALLA FREQUENZA DELLE STRUTTURE FORMATIVE  
DEL DOPO - OBBLIGO SCOLASTICO IN CUI SIANO PREVISTE ATTIVITA' DI  
LABORATORIO

L'ALUNNO/A

**È idoneo/a a frequentare**

(l'idoneità è richiesta soltanto in relazione dell'incolumità dell'alunno, CM n° 400 del 31.12.1991)

Il/La minore usufruisce di intervento infermieristico in ambiente scolastico  SI  NO

DATA

*Il presente documento vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza ai sensi dell'art. 622 c.p.i.*

**REGIONE PIEMONTE ASL Vercelli  
PROFILO DESCRITTIVO DI FUNZIONAMENTO  
(DIAGNOSI FUNZIONALE - ASPETTI SANITARI)**

Cognome e Nome:

Nato a: Chivasso il:

Residente a:

Scuola frequentata:

BREVE ANAMNESI E DIAGNOSI CLINICA

CODIFICA ICD 10

**FUNZIONI CORPOREE (ICF) a cura di operatore sanitario  
STRUTTURE CORPOREE (ICF) a cura di operatore sanitario**

**ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE (ICF)**

**d1- Apprendimento e Applicazione delle Conoscenze**

**d2- Compiti e Richieste Generali**

**d3- Comunicazione**

**d4- Mobilità**

**d5- Cura della Propria Persona**

**d6-Vita domestica**

**d7-Interazioni e Relazioni Interpersonali**

**d8- Aree di Vita Principali**

**d9-Vita Sociale, Civile e di Comunità**

Il Neuropsichiatra Infantile

Data,

*Il presente documento vincola al segreto professionale chiunque ne venga a conoscenza ai sensi dell'art. 622 c.p.i.*

**Firma del medico specialista**

(Ente)\_\_\_\_(Qualifica)\_\_\_\_\_(firma)\_\_\_\_\_

**Firma dello psicologo**

(Ente)\_\_\_\_\_(Qualifica)\_\_\_\_\_(firma)\_\_\_\_\_

**Firma di altri operatori concorrenti alla stesura del Profilo**

(Ente)\_\_\_\_\_(Qualifica)\_\_\_\_\_(firma)\_\_\_\_\_



**Schede di valutazione multidimensionale per la  
determinazione delle fasce di intensità assistenziale di  
minori con disabilità non autosufficienti per la  
predisposizione di Progetti Individuali in cure domiciliari di  
lungoassistenza**

**SCHEDA ANAGRAFICA INFORMATIVA**

UNITÀ DI VALUTAZIONE \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

Cognome	Nome
Nato/a a	il
residente a	via
recapito telefonico	piano dello stabile .....
	numero vani.....
	ascensore <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
stato civile	Codice Fiscale
titolo di studio	attività lavorativa pregressa
	attività lavorativa in svolgimento
Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Persona con handicap grave (ex art.3 L.104/92)	Domanda in corso dal.....
	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> percentuale ..... <input type="checkbox"/> No
Invalidità civile	domanda in corso dal .....
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Indennità concessa a titolo di minorazione dall'INPS	quale .....
	dal.....
	Domanda in corso dal.....

Esiste un: tutore  curatore  amministr. di sostegno

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ rec. tel. \_\_\_\_\_

La domanda è presentata in data ..... / ..... / .....

familiari  tutore  procedura d'ufficio   
altri  (specificare ) .....

I dati e le informazioni sono stati forniti da:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ rec. tel. \_\_\_\_\_

Persona di riferimento (se diversa da chi ha fornito le informazioni)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ rec. tel. \_\_\_\_\_

Luogo di valutazione	Data e luogo previsti per la valutazione	Data e luogo in cui è stata effettuata
Domicilio		
Struttura residenziale		
Reparto ospedaliero		
Lungo degenza		
Sede UV...		
Altro: indicare quale		

Data e firma del compilatore

# 1. SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE

## A. CONDIZIONI ABITATIVE

<i>Tipologia</i>		<b>punti</b>	
<b>Alloggio con barriere architettoniche non superabili con ausili</b>		Minori 0-5	<b>1</b>
		Minori 6-17	<b>2</b>
<b>Accessibilità ai servizi (difficoltà a raggiungere negozi, Servizi Sociali, ecc.)</b>			
		Accessibile	<b>0</b>
		Parzialmente accessibile	<b>1</b>
		Non accessibile	<b>2</b>
<b>Rischio di perdere alloggio</b>			
		Nessun rischio	<b>0</b>
		Rischio reale	<b>1</b>
		Rischio immediato	<b>2</b>
<b>Condizioni igieniche</b>			
		Buone	<b>0</b>
		Scadenti	<b>1</b>
		Pessime	<b>2</b>
<b>Stato dell'abitazione</b>			
		Adeguate	<b>0</b>
		Poco adeguata	<b>1</b>
		Gravemente deteriorata	<b>2</b>
<b>Totale punteggio</b>			
DA /A	Punti		
<b>1 a 6</b>	<b>1</b>		
<b>&gt; 6</b>	<b>2</b>		

## B. CONDIZIONI FAMILIARI

Tipologia	Sì o No
1) Segnalazione o provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria	
2) Particolarità della condizione di salute della persona disabile che non consente di attivare altri supporti socio educativi, frequenza scolastica o centri diurni aggregativi e di tempo libero.	
3) Coesistenza nel nucleo di altre persone con problematiche sociali e/o sanitarie	
4) Condizione di isolamento e solitudine del nucleo senza altri familiari presenti attivi	
5) Condizione di familiare solo che si occupa della persona disabile da assistere	
6) Coesistenza nel nucleo di altri minori	
7) Età avanzata e/o le precarie condizioni di salute della/e persona/e che presta/no cura	
8) Grave affaticamento dei familiari derivante dal lavoro di cura	
9) Avvenimenti particolari e gravi che modificano radicalmente la situazione familiare (lutto, malattia,..)	
10) Nessuna presenza di altre persone che affiancano la famiglia (volontari, natural/helper, ecc.)	
<b>Totale punteggio</b>	

<i>Coesistenza delle variabili comporta l'assegnazione dei seguenti punteggi:</i>	
N. variabili	Punti
<b>&gt; 4</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>2</b>
<b>1</b>	<b>1</b>

N.B. La presenza di 4 o più indicatori deve indurre l'UVM a valutare la famiglia come potenzialmente fragile

## C. CONDIZIONE ASSISTENZIALE

### INDICATORI AREA INDIVIDUALE

A) Età del minore:

- 0-5 anni  (pt 1)  
6-11 anni  (pt 2)  
12-15 anni  (pt 3)  
16-17 anni  (pt 4)

Punteggio: \_\_\_\_\_

B) Area autonomia di base relativa al bisogno di aiuto, rispetto all'età, per:

- Alimentazione  (da 0 a 2 pt)      Motricità  (da 0 a 2 pt)  
Vestizione  (da 0 a 2 pt)      Movimento  (da 0 a 2 pt)  
Continenza  (da 0 a 2 pt)      Comunicazione  (da 0 a 2 pt)

Punteggio: \_\_\_\_\_

C) Area dei comportamenti antisociali e/o marginali quali: (fino a 6 punti)  
(disturbi della condotta quali fughe, uso di alcool o sostanze, frequenza di gruppi marginali e/o devianti, ecc.)

Punteggio: \_\_\_\_\_

D) Area dei comportamenti auto/etero aggressivi: (da 0 a 4 pt)  
(tentativi anticonservativi e/o autolesionistici, violenza verso altri)

Punteggio: \_\_\_\_\_

E) Area della socializzazione: (da 0 a 3 pt)  
(isolamento, difficoltà nell'inserimento nei gruppi e nelle attività territoriali)

Punteggio: \_\_\_\_\_

F) Area Scolastica:

- scarsa frequenza scolastica non frequenza/inadempienza  (da 0 a 3 pt )  
scarso interesse o motivazione o partecipazione alla vita scolastica  (da 0 a 2 pt)  
(compiti non fatti, mancanza del materiale)

Punteggio: \_\_\_\_\_

Totale Punteggio: \_\_\_\_\_

Da 1-4	Da 5-8	Da 9-12	Da 13-16	Da 17-20	Oltre i 20
1 punto	2 punti	3 punti	4 punti	5 punti	6 punti

## SINTESI VALUTAZIONE SOCIALE

### A. Valutazione condizione abitativa:

<b>Variabili</b>	0	1 - 5	> 6
Punti	0	1	2

### B. Valutazione condizione familiare:

<b>Variabili</b>	0	1	2	3	4	> 4
Punti	0	1	2	3	4	6

### C. Valutazione condizione assistenziale:

1 - 4	5 - 8	9 - 12	13 - 16	17 - 20	> 20
1	2	3	4	5	6

CONDIZIONE ABITATIVA	CONDIZIONE FAMILIARE	CONDIZIONE ASSISTENZIALE	TOTALE
Fino a 2	Fino a 6	Fino a 6	14

Data e firma del compilatore

## 2. SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA

### DIAGNOSI CLINICA MULTIASSIALE

\* Applicare codice ICD9 – ICD10 (OMS) o DSM IV

Diagnosi codificata \* \_\_\_\_\_

Diagnosi codificata \* \_\_\_\_\_

Diagnosi codificata \* \_\_\_\_\_

Malattia cronica/rara Certificata D.M. 329/99 D.M. 278/01	Situazione di gravità (comma 3 art. 3 L. 104/92)	Diagnosi ICD 10 come da elenco	Genitori sintomatici	Indennità di frequenza	Indennità di accompagnamento /Invalido Civile/Cieco Civile	Condizione clinica che comporta dipendenza da tecnologie complesse (ventilazione meccanica, dialisi) Immunodepressione
2	2	Esordio/moderato 3 Avanzato/grave 4-5	1	1	3	14*
					<b>TOTALE</b>	

N.B. \*La presenza di una condizione clinica che comporta dipendenza da tecnologie complesse (ventilazione meccanica, dialisi) o immunodepressione determina la valutazione sanitaria massima di 14 pt

Data e firma compilatore

## RIEPILOGO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E SANITARIA

Prima valutazione  Rivalutazione

VALUTAZIONE SOCIALE	VALUTAZIONE SANITARIA		TOTALE
		<i>Max punteggio raggiungibile</i>	<b>28</b>

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti.

L'UVM ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

### DEFINIZIONE DELL'INTENSITÀ ASSISTENZIALE

	4 - 9	10 - 15	> 15
	BASSA	MEDIA	MEDIO-ALTA
Esito:			

Motivazione

---



---



---



---

Allegato 5



# UNITA' MULTIDISCIPLINARE VALUTAZIONE DISABILITA'

## PROGETTO INDIVIDUALIZZATO

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_

Ente Gestore \_\_\_\_\_

Diagnosi \_\_\_\_\_

BISOGNI RILEVATI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PUNTEGGIO: \_\_\_\_\_

INTENSITA' ASSISTENZIALE \_\_\_\_\_

PROGETTO DI INTERVENTO E MODALITA': \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

COSTI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Referente Sanitario \_\_\_\_\_

Il Richiedente \_\_\_\_\_

Referente Sociale \_\_\_\_\_

Il Familiare/Legale Rappresentante

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_