

L' autismo: LA DIAGNOSI

DSM-IV E DSM-V A CONFRONTO

DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

- Categoria di disturbi NEUROBIOLOGICI ad alta complessità.
- Colpiscono 1:150 risultando più comuni in età pediatrica del diabete e dei tumori infantili messi insieme.
- Compromettono la capacità di comunicare e interagire, gli aspetti più qualificanti della persona.
- Preda di terapie stravaganti, figlie di teorie senza evidenze scientifiche: massaggi craniosacrali, pet-therapy, diete, psicoterapia analitica.

Un po' di storia ...

Il termine "autismo" fu impiegato da Bleuler nel 1911, nell'ambito della schizofrenia, per indicare un comportamento rappresentato da chiusura, evitamento dell'altro ed isolamento.



- Autismo come sintomo della schizofrenia

2

•Un po' di storia ...

- Il termine autismo è stato in seguito applicato, in modo indipendente, dagli psichiatri austriaci **Leo Kanner** (nel 1943) e **Hans Asperger** (nel 1944) per descrivere una sindrome che si sviluppa in età infantile, in genere al di sotto dei tre anni.
- Kanner descrisse il comportamento di undici bambini, caratterizzati da difficoltà di relazionarsi con l'ambiente esterno, compresi i genitori, e che sembravano vivere in un loro mondo.
- Kanner utilizzò questo termine non più con il significato di un sintomo, ma come una etichetta descrittiva di un'entità nosografica, l'Autismo Infantile e indicò che la sindrome autistica aveva natura congenita

•Un po' di storia ...

Anni 60-70

- Il modello interpretativo imperante è quello **psicodinamico** in rapporto al quale l'autismo rappresentava una difesa contro l'angoscia derivante da un fallimento delle prime relazioni oggettuali.
- Mahler – Bettelheim: Bettelheim giunse a proporre il distacco dal nucleo familiare, la cosiddetta parentectomia, come terapia riabilitativa.

4

STORIA

- 1867- Henry Maudsley, descrive i primi bambini con autismo
- 1911 - Bleuler conia il termine "Autismo" per indicare la perdita di contatto con il mondo esterno.
- 1943 – Kanner pubblica il lavoro "Disturbi autistici del contatto affettivo".
- 1980 - Con la terza edizione del DSM, il disturbo autistico viene riconosciuto come un'entità clinica distinta.
- 1990 - Gillberg amplia i confini dell'Autismo inserendo le affezioni autistico-simili (es. S. di Asperger)

- 1944 Hans Asperger descrive il quadro clinico di 4 bambini con bizzarrie comportamentali e QI adeguato, poco conosciuto fino al 1981. La s. è stata inclusa come categoria diagnostica nell'ICD 10 (1992) e DSM IV due anni dopo (1994).

In passato si attribuiva l'autismo a:

- Assenza di calore emotivo dei genitori (Meyers, Goldfarb, 1961)
- Interazione patologica con comunicazione povera (Goldfarb, Levi, Meyers, 1966)
- Rifiuti e separazioni precoci (Bettelheim, 1967)
- Atteggiamenti genitoriali sovrastimolanti o sottostimolanti (Tinbergen, Tinbergen, 1972)

- I primi studi riportavano una prevalenza nella popolazione generale di **4:10.000** mentre gli studi più recenti ne indicano una molto maggiore.
- Le stime attuali sono di **30-100/10.000** e variano nei singoli studi a causa di differenze metodologiche.
- M:F 4:1
- DI è associata nel 70% dei casi (40% grave).
- associato a sclerosi tuberosa; X-fragile, fenilchetonuria.
- epilessia nel 20-30% dei casi.

BASI NEURONALI

Biologicamente determinato come testimoniato da **indicatori epidemiologici:**

- associazione con DI;
- con l'epilessia;
- rapporto M:F;
- prevalenza simile in paesi con condizioni socio-economiche diverse;
- studi sui gemelli MZ e EZ;
- Familiarità, rischio 6-10% nei fratelli.

NEUROBIOLOGIA

- Ultimi 2 decenni proliferazioni di studi sulle basi neuronali.
- Studi di neuroanatomia/neuroradiologia sulle dimensioni cerebrali e sulle funzioni di diverse aree: es. CC aumentata, aumento cerebrale a carico SG e SB ma controversi. Utilizzo di strategie cognitive differenti e di diverse aree cerebrali per l'elaborazione delle informazioni (fMRI).
- Sistema neuroni a specchio: disfunzione della percezione degli stati mentali.
- Genetica: coinvolti vari geni per la maturazione sinaptica e connettività cerebrale.

L'autismo può essere diagnosticato bene prima dei 36 mesi?

■ **Non ci sono markers biologici per l'autismo, per cui lo screening va fatto sul comportamento.**

- Anomalie comportamentali rispetto ai coetanei sono già evidenti a 18 mesi
- I correnti metodi di screening possono non identificare precocemente le varianti lievi dell'autismo, come quelli senza ritardo mentale o disturbi di linguaggio o gli autismi ad alto funzionamento o Asperger.

■ **Indicatori**

- Non sorriso al 3° mese né angoscia all'8°
- Primi mesi di vita
 - Bambini calmi, indifferenti, amanti della solitudine
 - *Non amano essere tenuti in braccio*
 - Non girano la testa verso la madre in braccio ad altri
- Dal secondo e terzo anno di vita
 - *Non si volta se chiamato, anche se udito buono*
 - Non guarda in faccia l'interlocutore, ma fissa il vuoto
 - *Sguardo periferico, rifiuta il contatto con l'altro*
 - *Non esprime ansia alla separazione*
 - *Non esprime gioia al ricongiungimento*
 - Indifferenza ai giochi di finzione o imitazione
 - Uso degli oggetti stereotipato e ripetitivo
 - Bisogno di sicurezza, protesta violenta per cambiamenti

■ Indicatori

– Linguaggio

- Difficoltà di comunicazione
- Non imita i gesti
- Suoni strani, grida, digrignare i denti
- Ecolalia= ripetizione di frasi appena udite
- Confusione nei pronomi io/tu
- Discorso in funzione NON comunicativa

– Affettività

- Oscillazioni rapide del tono dell'umore
- Apatia
- Agitazione motoria
- Crisi d'ansia acute legate a frustrazioni minime o minime modificazioni dell'ambiente

■ Indicatori

– Funzioni cognitive

- Profilo disarmonico
- Ritardo mentale
- Meno efficiente nell'intelligenza sociale
- Più efficienti nelle prove che non richiedono il riferimento al contesto (es. Cubi)

– Funzioni motorie - Stereotipie

- Soprattutto le mani o le dita
- Movimenti del tutto il corpo rotatori a trottola
- Camminare in punta di piedi
- Dondolarsi
- Fiutare oggetti e persone
- Condotte autolesionistiche (battere testa contro muro)

DECORSO

- Il Disturbo Autistico **esordisce prima dei 3 anni di età**.
- Le manifestazioni del disturbo nella prima infanzia sono più sottili e difficili da identificare
- In una minoranza, il bambino ha avuto uno sviluppo normale per il 1 anno di vita (o anche per i primi 2).
- In età scolare e nell'adolescenza si riscontrano comunemente miglioramenti in alcune aree (per es. un aumentato interesse per il funzionamento sociale).
- Le capacità verbali (per es. la presenza di linguaggio comunicativo) e il livello intellettivo generale sono i fattori più strettamente correlati con la prognosi a lungo termine.
- **Solo una piccola percentuale di persone affette dal disturbo arrivano ad avere una vita indipendente ed un lavoro in età adulta.**

DSM-I (1952) & DSM-II (1968)

No term Autism or Pervasive Developmental Disorder

Closest term: Schizophrenic Reaction (Childhood Type)

1980 DSM-III

Pervasive Developmental Disorders (PDD):

Childhood Onset PDD, Infantile Autism, Atypical Autism

1987 DSM-III-R

Pervasive Developmental Disorders (PDD):

PDD-NOS, Autistic Disorder

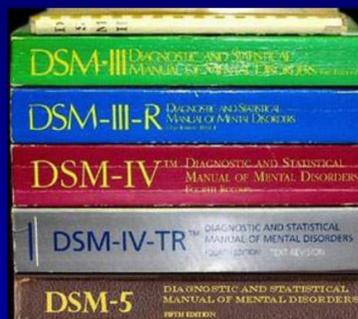
1994 DSM-IV

Pervasive Developmental Disorders (PDD):

PDD-NOS, Autistic Disorder, Asperger Disorder,
Childhood Disintegrative Disorder, Rett syndrome

2000 DSM-IV-TR

Same diagnoses, text correction for PDD-NOS



DIAGNOSI CON IL DSM IV

Disturbi Generalizzati dello sviluppo

- F84.0 Disturbo Autistico
- F84.2 Disturbo di Rett
- F84.3 Disturbo Disintegrativo della fanciullezza
- F84.5 Disturbo di Asperger
- F84.9 Disturbo Generalizzato dello sviluppo NAS

CRITERI DIAGNOSTICI PER IL DISTURBO AUTISTICO

- **Criterio A:**
Un totale di 6 o più voci dall'insieme delle Caratteristiche Diagnostiche, con almeno 2 da Criteri A1) e uno ciascuno da Criteri A2) e Criteri A3);
- **Criterio B:**
Ritardi o anomalie funzionali in almeno una delle seguenti aree, con esordio entro i 3 anni di età :
 - 1) interazione sociale;
 - 2) uso comunicativo sociale del linguaggio;
 - 3) gioco simbolico o immaginativo;
- **Criterio C:**
L'anomalia non è meglio attribuibile al Disturbo di Rett o al Disturbo Disintegrativo dell'Infanzia.

Criterio A, DISTURBO AUTISTICO- TRIADE SINTOMATOLOGICA

A/ Un totale di sei (o più) voci da 1), 2), e 3), con almeno due da 1), e uno ciascuno da 2) e 3):

1) compromissione qualitativa dell'interazione sociale, manifestata con almeno 2 dei seguenti comportamenti:

- a) marcata compromissione nell'uso di svariati comportamenti non verbali, come lo sguardo diretto, l'espressione mimica, le posture corporee, e i gesti che regolano l'interazione sociale;
- b) incapacità di sviluppare relazioni coi coetanei adeguate al livello di sviluppo;
- c) mancanza di ricerca spontanea della condivisione di gioie, interessi o obiettivi con altre persone (per es., non mostrare, portare, né richiamare l'attenzione su oggetti di proprio interesse);
- d) mancanza di reciprocità sociale o emotiva.

2) compromissione qualitativa della comunicazione come manifestato da almeno 1 dei seguenti:

- a) ritardo o totale mancanza dello sviluppo del linguaggio parlato (non accompagnato da un tentativo di compenso attraverso modalità alternative di comunicazione come gesti o mimica)
- b) in soggetti con linguaggio adeguato, marcata compromissione della capacità di iniziare o sostenere una conversazione con altri
- c) uso di linguaggio stereotipato e ripetitivo o linguaggio eccentrico
- d) mancanza di giochi di simulazione vari e spontanei, o di giochi di imitazione sociale adeguati al livello di sviluppo;

3) modalità di comportamento, interessi e attività ristretti, ripetitivi e stereotipati, come manifestato da almeno 1 dei seguenti:

- a) dedizione assorbente ad uno o più tipi di interessi ristretti e stereotipati anomali o per intensità o per focalizzazione
- b) sottomissione del tutto rigida ad inutili abitudini o rituali specifici
- c) manierismi motori stereotipati e ripetitivi (battere o torcere le mani o il capo, o complessi movimenti di tutto il corpo)
- d) persistente ed eccessivo interesse per parti di oggetti;

DSM-IV-TR***Disturbo Autistico (DA)***

- | | |
|----|--|
| A1 | compromissione qualitativa dell'interazione sociale |
| A2 | compromissione qualitativa della comunicazione |
| A3 | pattern ripetitivi e stereotipati di comportamento, interessi e attività ristretti |
| B | ritardi o abnorme funzionamento nell'interazione sociale, o nel linguaggio usato per comunicazione sociale, o nel gioco simbolico o immaginativo, ad esordio prima dei tre anni di età |
| C | esclusione di Disturbo Disintegrativo dell'Infanzia e di Disturbo di Rett |

TRIADE DEI DEFICIT DELL'AUTISMO

- **Compromissione qualitativa dell'interazione sociale**
- **Compromissione qualitativa della comunicazione**
- **Modelli di comportamento interessi ed attività limitati, ripetitivi e stereotipati**

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS
FIFTH EDITION
DSM-5™

Single diagnosis: Autism Spectrum Disorder (ASD)

DSA

- Comprende: Disturbo Autistico, S. Asperger, Disturbo disintegrativo dell'infanzia, e PDD-NOS.
- La distinzione tra i diversi disturbi è stata trovata inconsistente nel tempo, variabile tra i diversi centri diagnostici e spesso associata a severità, livello linguistico o QI invece che alle caratteristiche specifiche dei diversi disturbi.
- L'autismo è meglio rappresentato da una singola categoria diagnostica che si possa adattare alle presentazioni cliniche individuali (es. severità, abilità verbale e altre) e alle condizioni associate (es. disordini genetici conosciuti, epilessia, disabilità intellettuale e altre)

DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

Caratterizzati da una compromissione grave e generalizzata in **2 aree dello sviluppo**:

- quella delle **capacità di comunicazione e interazione sociale** (deficit nella comunicazione della reciprocità sociale ed emotiva, nella comunicazione non verbale usata a scopo sociale, nella creazione e mantenimento di legami sociali adeguatamente al livello generale di sviluppo);
- quella **nell'area degli interessi e delle attività**.

DIADE

- **2 ampi criteri diagnostici**

Autism Spectrum Disorder

Autism Spectrum Disorder

Diagnostic Criteria

299.00 (F84.0)

- A. Persistent deficits in social communication and social interaction across multiple contexts, as manifested by the following, currently or by history (examples are illustrative, not exhaustive; see text):
1. Deficits in social-emotional reciprocity, ranging, for example, from abnormal social approach and failure of normal back-and-forth conversation; to reduced sharing of interests, emotions, or affect; to failure to initiate or respond to social interactions.
 2. Deficits in nonverbal communicative behaviors used for social interaction, ranging, for example, from poorly integrated verbal and nonverbal communication; to abnormalities in eye contact and body language or deficits in understanding and use of gestures; to a total lack of facial expressions and nonverbal communication.
 3. Deficits in developing, maintaining, and understanding relationships, ranging, for example, from difficulties adjusting behavior to suit various social contexts; to difficulties in sharing imaginative play or in making friends; to absence of interest in peers.

Specify current severity:

Severity is based on social communication impairments and restricted, repetitive patterns of behavior (see Table 2).

CRITERIO A. INTERAZIONE SOCIALE

Deficit persistente nella comunicazione sociale e

nell'interazione sociale in diversi contesti, non spiegabile attraverso un ritardo generalizzato dello sviluppo e manifestato da tutti e tre i seguenti punti:

- 1. **Deficit nella reciprocità socio-emotiva che va da un approccio sociale anormale e insuccesso nella normale conversazione (botta e risposta)** attraverso una ridotta condivisione di interessi, emozioni, percezione mentale e reazione fino alla totale mancanza di iniziativa nell'interazione sociale.
- 2. **Deficit nei comportamenti comunicativi non verbali usati per l'interazione sociale**, da una scarsa integrazione della comunicazione verbale e non verbale, attraverso anomalie nel contatto oculare e nel linguaggio del corpo, o deficit nella comprensione e nell'uso della comunicazione non verbale, fino alla totale mancanza di espressività facciale e gestualità.
- 3. **Deficit nella creazione e mantenimento di relazioni appropriate al livello di sviluppo** (non comprese quelle con i genitori e caregiver); che vanno da difficoltà nell'adattare il comportamento ai diversi contesti sociali attraverso difficoltà nella condivisione del gioco immaginativo e nel fare amicizie fino all'apparente assenza di interesse per le persone.

13. Restricted, repetitive patterns of behavior, interests, or activities, as manifested by at least two of the following, currently or by history (examples are illustrative, not exhaustive; see text):

1. Stereotyped or repetitive motor movements, use of objects, or speech (e.g., simple motor stereotypies, lining up toys or flipping objects, echolalia, idiosyncratic phrases).
2. Insistence on sameness, inflexible adherence to routines, or ritualized patterns of verbal or nonverbal behavior (e.g., extreme distress at small changes, difficulties with transitions, rigid thinking patterns, greeting rituals, need to take same route or eat same food every day).
3. Highly restricted, fixated interests that are abnormal in intensity or focus (e.g., strong attachment to or preoccupation with unusual objects, excessively circumscribed or perseverative interests).
4. Hyper- or hyporeactivity to sensory input or unusual interest in sensory aspects of the environment (e.g., apparent indifference to pain/temperature, adverse response to specific sounds or textures, excessive smelling or touching of objects, visual fascination with lights or movement).

Specify current severity:

Severity is based on social communication impairments and restricted, repetitive patterns of behavior (see Table 2).

CRITERIO B. COMPORAMENTI STEREOTIPATI/RISTRETTI

Pattern di **comportamenti, interessi o attività ristretti e ripetitivi** come manifestato da **almeno due** dei seguenti punti:

- 1. **Linguaggio, movimenti o uso di oggetti stereotipati o ripetitivi**, come semplici **stereotipie** motorie, ecolalia, uso ripetitivo di oggetti, o frasi idiosincratice.
- 2. **Eccessiva fedeltà alla routine**, comportamenti verbali o non verbali riutilizzati o eccessiva **riluttanza ai cambiamenti**: rituali motori, insistenza nel fare la stessa strada o mangiare lo stesso cibo, domande incessanti o estremo stress a seguito di piccoli cambiamenti.
- 3. **Interessi altamente ristretti e fissati**, anormali in intensità o argomenti: forte attaccamento o **interesse per oggetti insoliti**, interessi eccessivamente persistenti o circostanziati.
- 4. **Iper o Ipo-reattività agli stimoli sensoriali** o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente: apparente indifferenza al caldo/freddo/dolore, **risposta avversa a suoni** o consistenze specifiche, eccessivo annusare o toccare gli oggetti, attrazione per luci o oggetti roteanti.

- C. Symptoms must be present in the early developmental period (but may not become fully manifest until social demands exceed limited capacities, or may be masked by learned strategies in later life).
- D. Symptoms cause clinically significant impairment in social, occupational, or other important areas of current functioning.

C. I sintomi devono essere presenti nella prima infanzia (ma possono non diventare completamente manifesti finché le esigenze sociali non oltrepassano il limite delle capacità).

D. L'insieme dei sintomi deve limitare e compromettere il funzionamento quotidiano.

Autism Spectrum Disorder

51

- E. These disturbances are not better explained by intellectual disability (intellectual developmental disorder) or global developmental delay. Intellectual disability and autism spectrum disorder frequently co-occur; to make comorbid diagnoses of autism spectrum disorder and intellectual disability, social communication should be below that expected for general developmental level.

Note: Individuals with a well-established DSM-IV diagnosis of autistic disorder, Asperger's disorder, or pervasive developmental disorder not otherwise specified should be given the diagnosis of autism spectrum disorder. Individuals who have marked deficits in social communication, but whose symptoms do not otherwise meet criteria for autism spectrum disorder, should be evaluated for social (pragmatic) communication disorder.

Specify if:

With or without accompanying intellectual impairment

With or without accompanying language impairment

Associated with a known medical or genetic condition or environmental factor
(Coding note: Use additional code to identify the associated medical or genetic condition.)

Associated with another neurodevelopmental, mental, or behavioral disorder
(Coding note: Use additional code[s] to identify the associated neurodevelopmental, mental, or behavioral disorder[s].)

With catatonia (refer to the criteria for catatonia associated with another mental disorder, pp. 119–120, for definition) (Coding note: Use additional code 293.89 [F06.1] catatonia associated with autism spectrum disorder to indicate the presence of the comorbid catatonia.)

DEFICIT SOCIO-COMUNICATIVI / INTERESSI FISSATI E COMPORAMENTI RIPETITIVI

- I deficit nella comunicazione e nel comportamento sociale sono inseparabili e più accuratamente considerati come un singolo insieme di sintomi con specificità rispetto all'ambiente e al contesto.
- I ritardi nel linguaggio non sono ne unici ne universali rispetto allo spettro autistico e sono più accuratamente considerati come un fattore che influenza la presentazione clinica della sintomatologia autistica piuttosto che come definatori della diagnosi.

NON PIÙ -COMPROMISSIONE QUALITATIVA DELLA COMUNICAZIONE

- I deficit nella **comunicazione e nel comportamento** sociale sono inseparabili e più accuratamente considerati come **un singolo insieme di sintomi**.
- I ritardi nel linguaggio sono considerati come un fattore che influenza la presentazione clinica della sintomatologia autistica piuttosto che come definatori della diagnosi.

DSM-5: The New Criteria

Changes: Name of Category

- Delete the term “Pervasive Developmental Disorders”
 - Symptoms are not pervasive – they are specific to social-communication domain plus restricted, repetitive behaviors/fixated interests
 - Overuse of PDD-NOS leads to diagnostic confusion (and may have contributed to autism “epidemic”)
 - Overlap of PDD-NOS and Asperger disorder
- Recommend new diagnostic category: “Autism Spectrum Disorder”

Elimination of Asperger Disorder

No clinical or research evidence for separation of Asperger disorder from autism (High functioning autism = Asperger dx)

- Merging Asperger disorder (and PDD-NOS) into autism spectrum disorder results in loss of identity and ignores uniqueness of Asperger dx
- Pre-/post DSM-5 research studies will not be comparable

Deletion of Childhood Disintegrative Disorder

New knowledge that developmental regression in ASD is a continuous variable, with wide range in the timing and nature of the loss of skills, as well as the developmental milestones that are reached prior to regression

Rarity of CDD diagnosis makes systematic evaluation difficult, but review of accumulated world's literature shows that CDD has important differences from other ASD's, including the acuity and severity of regression, as well as co-occurring physical symptoms, such as loss of bowel and bladder control. (Need to look for neurological disorder)

LIVELLI DI GRAVITA'

- LEVEL1 'Requiring support' : difficulty initiating social interaction; inflexibility of behavior causes significant interference with functioning in one or more context.
- LEVEL 2 ' Requiring substantial support': marked deficits in verbal and nonverbal social communication skills.
- LEVEL 3 'Requiring very substantial support': severe deficits in verbal and non-verbal social communication skills cause severe impairments in functioning.

ESEMPI

- LEVEL 1: Persona capace di parlare utilizzando frasi, in grado di iniziare una conversazione la quale però tende ad essere poco fluida, bizzarra e senza successo.
- LEVEL 2: Persona che parla utilizzando frasi semplici, interagisce in modo limitato e su specifici interessi ed ha una comunicazione non verbale molto bizzarra.
- LEVEL 3: Persona con poche parole comprensibili, che raramente inizia un'interazione e utilizza modalità interattive inusuali e risponde solo ad approcci molto diretti.

MITO N.1

L'AUTISMO È DETERMINATO DALLO SCARSO AFFETTO DEI GENITORI

- E' una malattia del neuro-sviluppo con base biologica e componente genetica certa.

MITO N.2

L'AUTISMO È CAUSATO DALL'ACCUMULO DI METALLI PESANTI.

- Nessuna evidenza scientifica sostiene questa ipotesi ancora purtroppo in voga in Italia. Le diete non sono efficaci.

MITO N.3
CON L'INTERVENTO PSICOANALITICO SI PUÒ
CURARE IL B. AUTISTICO.

- L'ipotesi di una causa non biologica è errata.

MITO N.4
AI BAMBINI CON AUTISMO SERVONO SOLO
INTERVENTI MEDICI.

- Non esiste un farmaco specifico. I disturbi associati richiedono interventi diversi che coinvolgono famiglia, scuola, territorio. I farmaci possono essere impiegati per contrastare alcuni sintomi quali oppositività, aggressività, ossessioni, etc.

MITO N.5

L'AUTISMO PASSA CON LA CRESCITA.

- Un intervento precoce aumenta le probabilità di successo della terapia e favorisce il raggiungimento di una migliore qualità della vita da adulto.

MITO N.6

NESSUNA TERAPIA È DAVVERO UTILE, NON C'È NULLA DA FARE.

- Studi scientifici mostrano che interventi comportamentali intensivi sono in grado di migliorare le capacità relazionali, comunicative e di autonomia dei ragazzi con autismo.

MITO N.7

L'AUTISMO È UN DISTURBO MOLTO RARO.

- 1:150 nati!!!!

MITO N. 8

UN BAMBINO AUTISTICO È, IN REALTÀ, UN GENIO.

- I bambini con autismo possono presentare alcune abilità eccezionali insieme a deficit marcati. Hanno una grande variabilità in termini di QI ma molti mostrano deficit cognitivi; solo una piccola percentuale QI superiore alla media.

MITO N.9

SE IL BAMBINO PARLA NON PUÒ ESSERE AUTISTICO.

- Il linguaggio è una delle aree più compromesse ma a volte è possibile che un bambino con autismo abbia una forma di linguaggio evoluta.

MITO N.10

PER AIUTARE UN BAMBINO AUTISTICO SERVE SOLO AMORE.

- Occorrono anche competenze tecniche specifiche nei programmi di trattamento riabilitativo.