

# L'utilizzo della CHAT (Checklist for Autism in Toddlers): un'esperienza di integrazione tra Neuropsichiatria Infantile e Pediatri di Libera Scelta

Marina Caldognetto\*, Irene Ailliaud\*\*, Orietta Sala\*\*\*, Raffaella Veglia\*\*, Mario Sandretto°, Silvia Gambotto°, Alessandra Martini°, Luisa Cristaudi\*\*

\*PHD SC Neuropsichiatria Infantile, Ivrea; \*\*Psicologa; \*\*\*Logopedista; °Pediatri di Libera Scelta, Distretto 5 ASL TO4; °°Direttore di Struttura Semplice NPI, Ivrea, °°°Direttore di Struttura Complessa NPI, Ivrea

## Abstract

### *Checklist for Autism in Toddlers (CHAT): a joint effort between the Neuropsychiatry Service and Family Paediatricians*

*A joint effort between family paediatricians and the Paediatric Neuropsychiatry Service aimed at testing the CHAT as a screening tool for child development pervasive disorders. The project was structured in three parts: training and supervision (2007-2009) – administration of the CHAT (2008-2009) – patient's referral to the neuropsychiatry service and feedback to the paediatricians (2008-2009). As expected, about 70% of the children received the CHAT; the medium age for referral to the Neuropsychiatry service was reduced; 3 children received a diagnosis and follow up within 2 years of age. Training and supervision were carried on by the Neuropsychiatry Service through "chalk and talk" lessons, clinical cases discussions and illustrative videos. The article underlines the collaboration between different professionals with different points of view.*

*Quaderni acp 2012; 19(2): 74-76*

**Key words** Autism. Child development disorders pervasive. Diagnosis. CHAT

*Si vuole descrivere un'esperienza di collaborazione tra i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e la Struttura Complessa (SC) di Neuropsichiatria Infantile (NPI). Il Progetto ha previsto la sperimentazione della scala CHAT come strumento di screening per i disturbi pervasivi dello sviluppo (DPS) e si è articolato in tre fasi: 1) formazione e supervisione (2007-2008-2009); 2) applicazione della scala CHAT (2008-2009); 3) invio del paziente alla SC di NPI e feedback diagnostico ai PLS (2008-2009). Gli obiettivi attesi e raggiunti sono stati: 1) applicazione al 70% dei bambini presi in carico, ossia circa 1600 schede compilate; 2) riduzione dell'età media di invio alla SC di NPI con sospetto diagnostico (nel 2008 era di 2,8 anni), obiettivo raggiunto dal momento che in base al rischio individuato dalla CHAT sono stati possibili l'invio alla NPI, la diagnosi e la presa in carico di tre bambini con DPS entro i 2 anni di età. La formazione e la supervisione sono state effettuate dalla SC di NPI con lezioni frontali, discussione di casi clinici e visione di due video esemplificativi, che sono stati realizzati nell'ambito del Progetto. Nell'articolo si vuole evidenziare come i singoli attori, cioè pediatri, neuropsichiatra infantile e psicologo, abbiano collaborato ed elaborato l'esperienza dai loro diversi punti di vista.*

**Parole chiave** Autismo. Disturbi pervasivi dello sviluppo. Diagnosi precoce. CHAT

Nel 2006 è iniziato un percorso di stretta collaborazione tra la Struttura Complessa di Neuropsichiatria Infantile (SC di NPI) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) dell'ASL TO4 – Distretto 5 e 6 – in un progetto di sperimentazione della scala CHAT come strumento di screening per i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS). Di seguito si riporta come sia articolato il progetto e, in particolare, come i diversi attori del percorso abbiano vissuto ed elaborato l'esperienza.

Il Progetto è stato articolato in tre fasi:

- Fase di informazione sui DPS e di formazione all'applicazione della scala CHAT (2007-2008-2009) con lezioni frontali, discussione di casi clinici e supporto di due video esemplificativi, realizzati nell'ambito del Progetto.
- Fase di somministrazione della scala CHAT in ambulatorio pediatrico ai bambini di 18 mesi (2008-2009). La scala CHAT è stata somministrata dai

PLS ai bambini nati tra luglio 2006 e luglio 2008, nella finestra compresa tra 17 e 19 mesi di età, con l'indicazione a ripetere lo screening dopo 1 mese in caso di risultato indicativo di un rischio di qualsiasi grado. Alla seconda somministrazione indicativa di rischio, è stato concordato l'invio del bambino alla Struttura Complessa di Neuropsichiatria Infantile (SC di NPI).

- Fase di invio dei bambini "a rischio" alla SC di NPI e feedback diagnostico ai PLS (2008-2009). Il percorso diagnostico in NPI ha previsto una prima visita NPI e una valutazione successiva più approfondita con gli strumenti standardizzati per la diagnosi dei DPS (Autism Diagnostic Interview, ADI-R; Autism Diagnostic Observation Schedule ADOS) e di altri strumenti valutativi in base al Protocollo Diagnostico Terapeutico Assistenziale in uso presso la SC di NPI.

## Il pediatra

I primi interrogativi hanno riguardato la modalità di proposta di uno screening per l'autismo ("Come reagiranno le mamme? Le spaventiamo!"). È stato appositamente creato un poster esplicativo che informasse i genitori su cosa veniva loro proposto; in realtà la reazione dei genitori è stata molto positiva con un'adesione quasi totale, seppur con qualche riserva e perplessità del tipo: "Ma lo fanno a tutti?".

Abbiamo dovuto rivedere il nostro approccio con il bambino, dal momento che sono richiesti un maggiore coinvolgimento nell'interazione e una valutazione personale; abbiamo introdotto nuovo materiale di gioco nell'ambulatorio (piattini, bamboline ecc.) e modificato in parte il calendario dei controlli (si è discusso a lungo se fosse necessario ag-

Per corrispondenza:  
Marina Caldognetto  
e-mail: [mcaldognetto@aslto4.piemonte.it](mailto:mcaldognetto@aslto4.piemonte.it)

esperienze

giungere un controllo oppure abbinarlo al bilancio di salute). Quelli di noi che eseguivano le vaccinazioni erano in difficoltà in quanto questo fattore avrebbe potuto incidere sulla successiva disponibilità del bambino. Si è discusso, infine, su dove inserire l'esito della scala all'interno dell'agenda della salute in uso e su come trasmettere alla NPI la griglia appositamente preparata (figura 1).

### La psicologa

Durante tutto il percorso si sono svolti incontri di supervisione perché si sentiva l'esigenza di ridiscutere, rivedere, confrontarsi. Sono risultati uno strumento essenziale i video (realizzati con il collega pediatra sui nostri rispettivi figli di 18 mesi), perché hanno permesso di mettere a fuoco le criticità e i nodi fondamentali su cui è basata la scala: l'attenzione congiunta, il significato comunicativo dell'indicazione (*pointing*) e il gioco simbolico.

In particolare sono state condivise le seguenti indicazioni:

- attenzione congiunta (domanda B2): si è suggerito di guardare e indicare un poster con un bimbo e dire: "Oh guarda, sei tu?", ricercando il movimento di sguardo del bambino: sguardo al pediatra, sguardo al poster, sguardo nuovamente al pediatra;
- *Pointing* (domanda B4: es. "Dov'è la luce?"): è necessario agganciare lo sguardo del bimbo, chiedere di indicare e ricercare nuovamente il suo sguardo;
- gioco simbolico (domanda B3): si è insistito sul fatto che l'adulto debba mantenere un atteggiamento di attesa e di osservazione, senza anticipare o sostituirsi al bambino, né indurne un'imitazione. Può essere necessario coinvolgere la mamma e avere più oggetti a disposizione (tazzina, telefono, gioco del dottore).

La siglatura della scala è risultata l'elemento più ostico, su cui si è dovuto ritornare più volte. Tuttavia è apparso uno strumento di rigore necessario, dal momento che la somministrazione tendeva ad assumere caratteristiche eccessi-

FIGURA 1

**REGIONE PIEMONTE A.S.L.n° 9** Via Aidisio 2, 10015 IVREA

**C.H.A.T.: CHECKLIST per i DISTURBI di SVILUPPO**

Cod. identificativo \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_  M  F

1° somministrazione \_\_\_\_\_ 2° somministrazione \_\_\_\_\_

**Sezione A: DOMANDE AI GENITORI**

1. Al vostro bambino piace essere cullato, fatto sdraiare sulla ginocchia?	SI	NO
2. Vostro figlio si interessa agli altri bambini?	SI	NO
3. Gli piace arrampicarsi sui mobili o sulle scale?	SI	NO
4. Si diverte a fare giochi tipo "cucci o nascondino"?	SI	NO
5. Ogni tanto gioca a "FAR FINTA" di preparare da mangiare o altro?	SI	NO
6. Ogni tanto usa il dito indicando per CHIEDERE qualcosa?	SI	NO
7. Ogni tanto usa il dito per indicare interesse per qualcosa, richiamando la vostra attenzione?	SI	NO
8. È in grado di giocare in modo appropriato con giocattoli (es. macchinine o mattoncini), oltre che metterli in bocca o manipolarli o farli cadere?	SI	NO
9. Il vostro bambino ogni tanto vi porge oggetti per MOSTRARVI qualcosa?	SI	NO

**Sezione B: OSSERVAZIONE DIRETTA**

1. Durante la visita il bambino vi guarda negli occhi?	SI	NO
2. È possibile ottenere l'attenzione del bambino, poi indicare con il dito un oggetto interessante dentro alla stanza, dire "Oh, guarda, c'è un... (nominare l'oggetto)", il bambino guarda ciò che voi state indicando?	SI	NO
3. È possibile ottenere l'attenzione del bambino e coinvolgerlo in un gioco di far finta (ad esempio se con un cucchiaino e un piattino si fa finta di mescolare la pappa, di darla da mangiare al bimbo, fa finta anche lui di farlo o di mangiarla lui stesso, darla alla mamma, ecc.?)	SI	NO
4. Chiedendogli "Dov'è la luce?" o "Mostrami la luce" o ripetendo la domanda con altri oggetti conosciuti, il bambino INDICA verso la luce o l'oggetto e contemporaneamente vi guarda in faccia?	SI	NO
5. Il bambino riesce a fare una torre? Se sì, con quanti cubetti?	SI	NO

vamente personalizzate o talora semplificate.

L'indicazione a ripetere lo screening a distanza di un mese in caso di risultato indicativo di un rischio di qualsiasi grado, come avevamo concordato, non è stata ben accolta, e alcune mamme non hanno riportato i bambini al successivo controllo. Peraltro la ripetizione della scala nella maggioranza dei casi ha dato un risultato negativo. Aver scelto una finestra allargata di 17-19 mesi per "comodità" organizzativa, infatti, ha dato probabilmente più falsi positivi alla prima somministrazione che se avessimo

scelto di aspettare per tutti i bambini almeno i 18 mesi di età. Allo stesso modo è risultato senz'altro chiaro che per i bambini nati prematuri vanno considerati i 18 mesi di età corretta.

### La neuropsichiatria infantile

Alla seconda somministrazione indicativa di rischio è stato concordato l'invio del bambino alla SC di NPI con un accesso diretto: si sono svolte una prima visita e una successiva valutazione più approfondita con gli strumenti standardizzati per la diagnosi dei DPS (Autism Diagnostic Interview, ADI-R; Autism

**TABELLA 1: DIAGNOSI SUI BAMBINI INVIATI ALLA SC DI NPI IN RELAZIONE ALLA CATEGORIA DI RISCHIO INDIVIDUATA NELLA SCALA**

N. CHAT	Diagnosi ICD10
1 Rischio grave	F04.0 Autismo infantile
2 Rischio grave	F84.0 F84.1 F84.2 Autismo infantile e Ritardo non specificato
3 Rischio grave	F84.2 Sindrome di Rett
4 Rischio moderato	F90.00 F80.1 Sindrome ipercinetica, Intelligenza ai limiti inferiori, Disturbo di linguaggio espressivo
5 Rischio moderato	F70 F00.1 Ritardo mentale, Disturbo di linguaggio espressivo
6 Rischio moderato	Z03 Follow-up per nascita prematura
7 Rischio per altri disturbi	F81.0 Disturbo fonetico-fonologico del linguaggio
8 Rischio per altri disturbi	F81.1 Disturbo fonetico-fonologico del linguaggio
9 Rischio per altri disturbi	F81.2 Z80.9 Disturbo fonetico-fonologico del linguaggio, Bilinguismo
10 Rischio per altri disturbi*	senza

\* 3 bambini senza altri disturbi osservazione del pediatra

Diagnostic Observation Schedule, ADOS) e con altri strumenti valutativi in base al Protocollo diagnostico terapeutico assistenziale in uso.

Sono state compilate circa 1600 schede (l'obiettivo era di raggiungere il 70% dei bambini in carico nati tra luglio 2006 e luglio 2008, nella finestra compresa tra 17 e 19 mesi di età). 12 bambini sono stati inviati. Di essi 10 si sono effettivamente presentati e, di questi, secondo l'ICD -10 (*International Classification Diseases -10*), 3 hanno ricevuto una diagnosi di DPS (F84), 3 di disturbo di linguaggio (F80), 1 di sindrome ipercinetica (F90), 1 di ritardo di sviluppo (F70), 1 di follow-up per nascita prematura (Z03).

Una bambina è risultata sana ma è stata motivo di ridiscussione con i pediatri dei criteri di invio, in quanto la positività a una sola delle due sessioni (in particolare risultava indicativa solo l'osservazione del pediatra e non quanto riferito dai genitori) andrebbe verificata.

L'età media di arrivo dei bambini inviati mediante CHAT è risultata nettamente inferiore ai bambini giunti per altre vie e ciò ha permesso di ridurre l'età di arrivo alla diagnosi e alla presa in carico dei bambini con disturbo dello spettro autistico, in accordo con quanto previsto come secondo obiettivo del Progetto.

In base alla categoria di rischio la scala ha ri-dimostrato quanto sia predittiva per i disturbi pervasivi dello sviluppo (rischio grave) e comunque per altri disturbi (rischio moderato/rischio per altri disturbi) (*tabella 1*).

Il Progetto a tutt'oggi sta continuando, con i dati delle CHAT compilate in corso di valutazione.

### Il pediatra

La somministrazione della scala comporta un tempo variabile da 5 a 15 minuti, dopo un periodo di circa un anno in cui i pediatri hanno raggiunto una buona dimestichezza con la tecnica di somministrazione. Nonostante le difficoltà legate all'apprendimento di un nuovo strumento e ai necessari cambiamenti, i pediatri del Distretto 6 dell'ASL T04 stanno continuando a somministrare la scala, diventata uno strumento integrato nell'attività ambulatoriale e un'occasione di approccio nuovo e diretto al bambino, capace di coglierne meglio le caratteristiche, le abilità ed eventuali altre problematiche.

Lentamente tra i pediatri si è creata la tacita consapevolezza che la CHAT serve e che quindi va somministrata, che i risultati ci sono e ci sono sempre di più se l'impegno dura nel tempo. Ciò non è sempre possibile, come è successo ai colleghi del Distretto 5 che hanno iniziato con noi il percorso ma hanno poi abbandonato il Progetto.

Iniziano a delinearci alcuni risultati concreti al di là dello strumento CHAT: un ampliamento della conoscenza delle problematiche relazionali dei primi anni di vita, la revisione dei criteri di accesso alla NPI nel tentativo di razionalizzare e di ridurre le liste di attesa, il loro coinvolgimento (da noi voluto e cercato) nel gruppo dei pazienti complessi dell'ASL.

Cambia anche il rapporto con gli scomodi, ingombranti, ma essenziali neuropsichiatri infantili ("i vicini di casa"), se ne capisce il duro, scomodo lavoro, si smontano pregiudizi e fantasmi.

Ci auguriamo che questa esperienza di collaborazione, così importante per noi, possa essere riprodotta in altri contesti. ♦

### Bibliografia di riferimento

- Baron-Cohen S, Wheelwright S, Coc A, et al. Early identification of autism by Checklist for Autism in Toddlers. *J R Soc Med* 2000;93:521-5.
- Gitti F, Gambarà S, Allibrio G, et al. Un progetto di rete per favorire la diagnosi precoce dell'autismo: l'esperienza dell'UONPIA di Brescia. *Autismo e Disturbi dello sviluppo* 2010;3:363-74.
- Lord C, Rutter M, Le Couteur A. Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord* 1994;24(5):659-85.
- Lord C, Rutter M, DiLavore PC, et al. Autism Diagnostic Observation Schedule-WPS Edition (ADOS-WPS), Western Psychological Services. Los Angeles, 1999.
- Robins DL. Screening for autism spectrum disorders in primary care settings. *Autism* 2008;5: 537-56.
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorder: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.