

CHAT o M-CHAT per l'individuazione dei bambini a rischio di autismo?

Intervista di Massimo Soldateschi* a Filippo Muratori**

*Pediatra di famiglia, ACP Toscana, Gruppo "Salute Mentale" dell'ACP; **Dipartimento di Neuroscienze dell'Età Evolutiva, IRCCS Stella Maris, Università di Pisa

L'intervento precoce può modificare l'evoluzione del quadro sintomatologico del bambino affetto da autismo. Esistono a uso del pediatra due strumenti di screening per l'autismo maggiormente studiati in termini di ricerca scientifica: la CHAT e la M-CHAT (o CHAT modificata). Quali dei due strumenti offre maggiori possibilità di riconoscere una condizione di rischio di autismo senza incorrere in troppi falsi negativi e/o falsi positivi?

Parole chiave Autismo. Screening. CHAT. M-CHAT

Molti pediatri da diversi anni adoperano la CHAT a 18 e a 24 mesi di vita per l'individuazione del rischio di autismo. Che cos'è la CHAT?

La CHAT è lo strumento di screening per l'autismo che ha permesso in molte parti del mondo di individuare molti bambini a rischio al quarto semestre di vita. Essa è basata sulla osservazione diretta da parte del pediatra e sulle informazioni da lui ottenute dai genitori attraverso una breve intervista su tre competenze che il bambino con sviluppo tipico dovrebbe avere acquisito a 18 mesi: l'attenzione congiunta, il gesto dell'indicare e il gioco di finzione.

Molti Autori ora suggeriscono di usare la M-CHAT al posto della CHAT. Perché?

La CHAT è stata sviluppata a cavallo degli anni Novanta. Negli anni successivi le conoscenze sull'autismo precoce sono notevolmente avanzate e diversi elementi rendono ora la CHAT uno strumento incompleto per il riconoscimento precoce dei bambini con autismo. Uno studio di follow-up ha messo in evidenza che la CHAT ha una ottima specificità (cioè pochi falsi positivi) ma una sensibilità troppo bassa per poter essere considerata uno strumento capace di riconoscere la maggior parte dei bambini con autismo. Cioè la sua applicazione nella popolazione generale mostra troppi falsi negativi. In secondo luogo mentre negli anni Novanta si riteneva che gli indici di uno sviluppo atipico dovessero essere ricercati solo nella debolezza delle competenze socio-comunicative del bambino come per esempio l'indicare e l'attenzione condivisa, oggi vi è largo consenso che anche i comportamenti stereotipati e

gli interessi ristretti possono essere osservati assai precocemente: quindi uno strumento per l'individuazione precoce dell'autismo deve considerare anche questa area sintomatica che è completamente assente nella CHAT. In terzo luogo il ruolo dei genitori nella diagnosi precoce è diventato centrale e attualmente si dà molta più importanza alla presenza delle loro "preoccupazioni" riguardo allo sviluppo socio-comunicativo del figlio.

Allora la M-CHAT ha risolto tutti i limiti che possiede la CHAT...

Purtroppo non è così. Ancora non esiste uno strumento di screening con soddisfacente sensibilità e specificità e, se il problema della CHAT era quello dei falsi negativi, il problema della M-CHAT è quello dei falsi positivi in quanto si può incorrere nell'errore di includere tra i soggetti a rischio anche bambini che evolveranno favorevolmente persino senza trattamento. D'altronde queste difficoltà risiedono nella stessa natura dell'autismo che è ora concepito come un disturbo congenito del neurosviluppo (e in particolare delle connessioni cerebrali), la cui espressività comportamentale diventa però chiara solo tra i 24 e i 36 mesi di vita e alcune volte anche successivamente. Ma è proprio perché l'autismo si viene formando nei primi due anni di vita che è così importante individuarlo il più presto possibile in modo da poter introdurre supporti terapeutici in grado di modificare, almeno in parte, l'anomala organizzazione delle connessioni cerebrali, la cui espressività comportamentale diventa evidente solo più tardivamente.

La M-CHAT è una "anamnesi approfondita" o un "questionario" che i genitori devono compilare a casa o in sala d'aspetto?

In effetti essa è nata come questionario e come tale viene ancora usata in molte parti del mondo. Tuttavia, con questo tipo di somministrazione, essa ha mostrato troppi falsi positivi e dunque uno stress inutile per alcune famiglie e un so-

vaccarico di lavoro per chi deve confermare o escludere il rischio emerso con la M-CHAT. Per questi motivi, qualche anno fa, abbiamo avviato in Toscana una sperimentazione con i pediatri che hanno applicato la M-CHAT in forma di intervista ai genitori. Nel corso di questa sperimentazione abbiamo potuto constatare una drastica riduzione dei falsi positivi. Perciò abbiamo inserito la M-CHAT nel sistema "PRIMA PIETRA" per la diagnosi e il trattamento precoce dell'autismo, già attivo in Sicilia (Messina e Palermo) e in Basilicata.

Ha parlato del sistema "PRIMA PIETRA". Di che cosa si tratta?

È un sistema tecnologico (acronimo di *Programma di Ricerca, Integrazione, Miglioramento, Assistenza e formazione per l'Innovazione dei servizi e delle Tecnologie di Riabilitazione dell'Autismo*) che ha tra i partner il CNR, la Fondazione "Stella Maris", Policlinico di Messina, e ASP di Messina e Palermo. È un sistema per la diagnosi e il trattamento precoce dell'autismo, composto da quattro moduli indipendenti. Il primo modulo è essenzialmente costituito da una versione informatizzata della M-CHAT a cui accede il pediatra che aderisce al Progetto e che riceve "in diretta" il risultato dell'intervista. Il sistema permette il contemporaneo allertamento di un "gruppo clinico" che dovrà confermare o escludere il rischio evidenziato dalla M-CHAT. Il secondo modulo prevede due operazioni in sequenza i cui risultati sono accessibili al pediatra in tempo reale. Con la prima operazione il "gruppo clinico" rivaluta gli item che hanno reso la M-CHAT a rischio; con la seconda operazione, applicata solo quando vi è la conferma del rischio, viene utilizzato un protocollo clinico approfondito per la conferma del rischio o di diagnosi di autismo. Il terzo modulo permette di avviare in modo tempestivo il trattamento del bambino confermato a rischio dal protocollo clinico. Il trattamento applicato è l'Early Start Denver Model (ESDM), proposto da Sally Rogers e di cui è stata dimostrata l'efficacia. Si tratta

Per corrispondenza:

Angelo Spataro

e-mail: spataro.angelo@alice.it

di una terapia che prevede la partecipazione attiva dei genitori alla medesima e un loro sostegno psicologico. Il quarto modulo consiste nella messa in atto di un sistema di trattamento ESDM in telierabilitazione a domicilio del paziente. Tale modulo è tuttora in fase sperimentale ed è, per motivi logistici ed economici, esteso per ora solo ad alcuni bambini.

Sembra un sistema molto complesso. Qual è l'utilità di una sua messa in opera?

In realtà il sistema è semplice e offerto in modo totalmente gratuito. Esige solamente una certa dimestichezza con l'ingresso tramite PC nel sistema. L'utilità è enorme. Basta riflettere al lungo tempo che tuttora i genitori debbono aspettare prima di avere una diagnosi e un trattamento. Il sistema "prima pietra" permette di svolgere tutte queste operazioni nell'arco di tempo di vita del bambino che va dai 18 ai 24 mesi, abbattendo quindi l'attesa dei genitori nell'aver risposte efficienti alle proprie preoccupazioni che spesso dura più di un anno. E non bisogna dimenticare che si tratta di un tempo prezioso e cruciale per l'organizzazione tipica o atipica delle connessioni cerebrali. Infine, la previsione di portare sempre più spesso il trattamento a casa del paziente attraverso lo sviluppo del modulo di telierabilitazione rappresenta un obiettivo futuro di grande impatto medico-sociale e anche culturale. ♦

IMMIGRATI IRREGOLARI: NIENTE PEDIATRA? **Via libera a ricoveri inappropriati e addio prevenzione**

COMUNICATO STAMPA ACP

Chiudere le porte dell'assistenza specialistica pediatrica ai figli degli stranieri irregolari significa anche dare il via a sempre più accessi inappropriati al Pronto Soccorso e a una minore sorveglianza epidemiologica.

L'Associazione Culturale Pediatri ribadisce il proprio impegno per un diritto alla salute universale. Ogni bambino va curato. Nessuno escluso.

Il presidente ACP Paolo Siani: «Negare le cure pediatriche continuative ai figli dei migranti irregolari significa ignorare il bisogno sociale della prevenzione e la conseguenza più eclatante sarà intasare i Pronto Soccorsi, che sono già a livelli di allarme rosso».

Il Consiglio regionale della Lombardia ha bocciato una mozione presentata dal Patto Civico (primo firmatario Umberto Ambrosoli), per chiedere il riconoscimento «dell'assistenza sanitaria di base anche per i minori non regolari con l'attribuzione del pediatra di libera scelta e l'erogazione di determinate prestazioni sanitarie per i figli di immigrati extracomunitari senza permesso di soggiorno».

La linea politica della Regione Lombardia stride con i principi di base dell'assistenza e del diritto alla salute nel nostro Paese, ma è in contrasto ancora maggiore con il buon senso: senza prevenzione e profilassi, i bambini non assistiti svilupperanno patologie più gravi e riempiranno i nostri già intasatissimi Pronto Soccorsi. Gli stranieri irregolari spesso vivono in condizioni precarie, i loro figli senza regolari vaccinazioni e senza una corretta assistenza specialistica sono più esposti a contrarre malattie.

Ai pediatri ACP non interessa entrare nel merito politico della questione, ma di intervenire in una situazione di inaccettabile discriminazione nell'assistenza medica che è presente in Lombardia e in molte altre Regioni italiane a danno dei più fragili: i bambini più disagiati, perché figli di migranti irregolari. Sulla loro difficile vita si abbatte anche un'ulteriore ingiustizia: non avere accesso alle cure pediatriche specialistiche.

Questo comporta mancate vaccinazioni, mancata profilassi, mancata intercettazione di malattie complesse e spesso banali nelle prime fasi, ma poi complesse nelle evoluzioni (si pensi al ritorno della tubercolosi).

Bambini non assistiti regolarmente accederanno anche in modo improprio al Pronto Soccorso.

Ogni bambino ha diritto di essere seguito regolarmente da un pediatra, al di là delle emergenze garantite dai Pronto Soccorsi.

La Conferenza Stato-Regioni aveva sancito nell'accordo del 20 dicembre 2012 nuove modalità interpretative per l'assistenza ai migranti irregolari, comprendendo l'assistenza dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia. Alcune Regioni come Friuli-Venezia Giulia e Toscana hanno già legiferato in materia, mentre in Lombardia questo diritto è stato negato, altrove la questione ancora non è stata affrontata o è in via di risoluzione.

Oggi l'assistenza pediatrica ai piccoli "clandestini" è garantita fino ai sei mesi di età. Poi spettano loro solo le cure essenziali e urgenti al Pronto Soccorso.

PER INFORMAZIONI

Ufficio stampa: Lucilla Vazza 393 9484809

ufficiostampaacp@gmail.com

www.acp.it