



DELIBERAZIONE N.

15

DEL

07 GEN. 2026

OGGETTO: Miglioramento della presa in carico dei soggetti con disturbo dello spettro autistico nelle diverse fasi della vita attraverso lo sviluppo di PDTA. Presa d'atto e approvazione.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE

a seguito di specifica istruttoria, descritta nella narrazione che segue ed i cui atti sono detenuti presso la Struttura proponente, rappresenta che ricorrono le condizioni di ammissibilità ed i presupposti giuridico-amministrativi finalizzati all'adozione del presente provvedimento, ai sensi dell'art. 2 della Legge n. 241/1990 e s.m.i., e, in qualità di responsabile del procedimento, dichiara, allo stato attuale, l'insussistenza del conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge 241/90 e della Misura M04 del Piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza;

PREMESSO che:

- questa Azienda Sanitaria Locale intende:
 - a) redigere ed attuare percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA), coerenti e omogenei, su tutto il territorio aziendale;
 - b) superare la parcellizzazione degli interventi attraverso la creazione di una connessione con le diverse articolazioni aziendali, in modo particolare, per migliorare la presa in carico dei soggetti con disturbo dello spettro autistico nelle diverse fasi della vita, attraverso l'elaborazione del relativo PDTA;

VISTO che

- la Regione Campania con le DD.GG.RR. n 131/2021 e 42/2024 ha licenziato il "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la presa in carico globale e integrata dei soggetti con disturbi dello spettro autistico in età evolutiva";
- allo stato non è stato ancora elaborato un documento di indirizzo regionale per la fase della transizione e della presa in carico in età adulta;
- con DCA n. 32 del 23.03.2019 è stato approvato il Documento Tecnico di indirizzo sulla metodologia di stesura dei PDTA in Regione Campania;
- la Direzione Strategica ha assegnato al Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze l'obiettivo di redigere un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per "migliorare la presa in carico dei soggetti con disturbo dello spettro autistico nelle diverse fasi della vita";

DATO ATTO che

- a) l'Azienda, con Delibera n. 1009 del 17 luglio 2024, ha aggiornato i modelli operativi relativi ai disturbi del neurosviluppo dell'età evolutiva (compreso quello per la presa in carico delle persone nella fascia di età 0-18 anni), fornendo linee guida alle équipes multidisciplinari territoriali;
- b) l'Azienda, con Delibera n. 1160 del 23 settembre 2025, ha dato indicazioni alle articolazioni del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze per garantire la continuità delle cure nella fase di transizione;
- c) è stato costituito un gruppo di lavoro, in cui è stato coinvolto personale afferente alle articolazioni del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, che ha redatto il documento denominato "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per migliorare la presa in carico dei soggetti con disturbo dello spettro autistico nelle diverse fasi della vita", comprendendo anche l'età adulta;

- d) tale documento in data 16 dicembre 2025 è approvato e sottoscritto dai componenti del gruppo di lavoro;

ATTESTATA la legittimità della proposta, conforme alla normativa vigente ed ai regolamenti aziendali.

PROPONE

per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e per l'effetto:

- **di prendere atto e approvare** il documento denominato "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per migliorare la presa in carico dei soggetti con disturbo dello spettro autistico nelle diverse fasi della vita", redatto dal gruppo di lavoro del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;
- **di rendere operative** le procedure descritte nella presente delibera;
- **di trasmettere** il presente provvedimento al Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, che provvederà ad inviarlo a tutte le articolazioni dipartimentali;
- **di dare atto** che il provvedimento de quo è immediatamente esecutivo.

Il Funzionario estensore
(Antonio Nivone)

Firma del Direttore Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze
Dott. Domenico Dragone

IL DIRETTORE GENERALE

Maria Concetta Conte

nominata con D.G.R.C. n. 430 del 26/06/2025
immessa nelle funzioni con D.P.G.R.C. n. 98 del 07/08/2025
immessa nel ruolo con la Delibera n. 988 del 09/08/2025

Con il parere favorevole reso, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Gaetano Memoli

IL DIRETTORE SANITARIO
Emilia Anna Vozzella

DELIBERA

- **di prendere atto e approvare** il documento denominato "Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per migliorare la presa in carico dei soggetti con disturbo dello spettro autistico nelle diverse fasi della vita", redatto dal gruppo di lavoro del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;
- **di rendere operative** le procedure descritte nella presente delibera;
- **di trasmettere** il presente provvedimento al Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, che provvederà ad inviarlo a tutte le articolazioni dipartimentali;
- **di dare atto** che il provvedimento de quo è immediatamente esecutivo.

IL DIRETTORE GENERALE
Maria Concetta Conte

**PERCORSO DIAGNOSTICO, TERAPEUTICO E ASSISTENZIALE (PDTA) PER LE PERSONE
CON DISTURBO DELLO SPETTRO AUTISTICO NELLE DIVERSE FASI DELLA VITA**

PROFESSIONISTI COINVOLTI

- Il promotore

Il promotore è il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'ASL di Avellino.

- Il committente

Il committente è la Direzione Generale Aziendale nell'ambito dell'attribuzione degli obiettivi per l'anno 2025 al Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'ASL di Avellino.

- Il gruppo di lavoro

Alla stesura del presente documento hanno collaborato i dirigenti medici Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'ASL di Avellino, come di seguito specificato:

U.O.C	Partecipante	Qualifica Professionale	Approvato e Firmato
UOSM n. 1	Alessio Camerlengo	psichiatra	Si
UOSM n. 2	Francesca Denitto	psichiatra	Si
NPIA	Nicola Sciscio	neuropsichiatra infantile	Si
SPDC	Giuseppe Argenziano	psichiatra	Si

- Coordinamento del gruppo di lavoro

Il coordinatore del Gruppo di Lavoro è il Dr. Domenico Dragone, Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'ASL di Avellino.

- Metodologia di lavoro

Per l'elaborazione del percorso è stato organizzato dal Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze gruppo di lavoro, che ha sviluppato le seguenti fasi:

- analisi del percorso ideale (acquisizione letteratura di riferimento, linee guida e raccomandazioni prodotte da società scientifiche ed esame della normativa vigente);
- revisione del percorso attuale e degli scostamenti rispetto all'ideale (evidenza delle criticità locali e strategie di superamento);
- condivisione degli indicatori clinici e organizzativi;
- stesura del percorso.

- Campo di applicazione

Il presente modello operativo si applica a tutte le persone con disturbo dello spettro autistico che risiedono nell'ASL di Avellino.

Premessa

I disturbi dello spettro autistico rappresentano oggi una delle principali sfide di sanità pubblica, sia per l'elevata diffusione sia per la complessità della loro gestione lungo tutto l'arco della vita. La comunità scientifica è concorde nel riconoscere l'autismo come una condizione permanente del neurosviluppo, per la quale non esistono terapie risolutive; tuttavia, negli ultimi decenni si è consolidato un ampio ventaglio di interventi efficaci che, pur non modificando la natura del disturbo, ne migliorano in modo significativo gli esiti funzionali e la qualità della vita.

Gli approcci più utilizzati prendono ispirazione dalle tecniche comportamentali e cognitive, includendo i metodi derivati dall'Analisi Applicata del Comportamento, gli interventi evolutivi e naturalistici, i programmi educativi strutturati e quelli centrati sulla comunicazione e sull'interazione sociale. Nessun metodo, da solo, risulta valido per ogni persona o per ogni fase dello sviluppo; ciò richiede una capacità costante di adattare le strategie in funzione delle caratteristiche individuali e della storia evolutiva del bambino.

Un ruolo decisivo è attribuito al sostegno ai genitori, chiamati ad affrontare un carico emotivo, organizzativo e decisionale spesso molto elevato. La qualità degli interventi destinati ai minori con disturbo dello spettro autistico dipende anche dalla capacità dei servizi di accompagnare le famiglie, fornendo loro indicazioni chiare, strumenti educativi adeguati e un riferimento professionale stabile, capace di orientare le scelte terapeutiche nel tempo.

Va inoltre sottolineato come, in molti contesti, gli interventi si concentrino quasi esclusivamente sull'età evolutiva, mentre le persone che raggiungono l'età adulta con disabilità più marcate rischiano di essere destinate a percorsi prevalentemente assistenziali, privi di reali prospettive evolutive. Al contrario, anche in età adulta è possibile promuovere un miglioramento significativo della qualità della vita, se gli obiettivi non vengono ricercati nella "normalizzazione" delle funzioni ma nella valorizzazione delle autonomie residue e nella costruzione di un progetto esistenziale sostenibile e dignitoso.

L'attuale sistema di servizi socio-sanitari per le Persone con disturbo dello spettro autistico si rivolge prevalentemente all'età dello sviluppo e all'insegnamento di più abilità possibili fra quelle comunemente possedute dalla maggior parte delle persone della popolazione generale. Le persone che in età adulta vivono ancora disabilità marcate vengono spesso considerate non soggette a possibili miglioramenti e ricevono interventi quasi esclusivamente assistenziali. Interventi terapeutico-abilitativi sono invece sempre possibili quando l'obiettivo non sia rappresentato dal raggiungimento della tipicità morfologica e funzionale, ma dal miglioramento della Qualità della Vita a tutto tondo e non solo da obiettivi strettamente legati alla salute.

La prognosi dipende in larga misura dalla tempestività della diagnosi e dall'avvio precoce degli interventi, che devono essere personalizzati sulla base del fenotipo clinico, della storia familiare e delle possibili influenze genetiche ed epigenetiche. Un approccio scientificamente fondato consente una presa in carico adeguata già nei primi anni di vita, periodo in cui il bambino è particolarmente sensibile agli stimoli ambientali e agli interventi terapeutici.

Il quadro complessivo conferma dunque la necessità di servizi strutturati, capaci di integrare competenze cliniche, interventi educativi e sostegno alle famiglie, in un modello di cura che accompagni la persona nel tempo, rispettando la continuità del suo sviluppo e la complessità della sua condizione.

Epidemiologia

La conoscenza epidemiologica dei disturbi dello spettro autistico ha subito negli ultimi anni un'evoluzione significativa, grazie a studi sempre più accurati e a una maggiore sensibilità dei sistemi sanitari nel riconoscere precocemente i segnali del disturbo. Una delle evidenze più consolidate riguarda la differenza di genere: l'autismo appare nettamente più frequente nei maschi rispetto alle

femmine, anche se la ricerca recente suggerisce che una parte del divario possa essere spiegata da una minore capacità dei sistemi diagnostici di individuare le manifestazioni femminili, spesso più sfumate e camuffate.

Gli studi internazionali riportano dati variabili: negli Stati Uniti la prevalenza nei bambini di otto anni è stimata intorno a un caso ogni trentaquattro; nel Regno Unito, tra gli adulti, le rilevazioni disponibili indicano una prevalenza di circa uno su cento, sebbene la letteratura riguardante la popolazione adulta sia ancora limitata. Le differenze tra Paesi non dipendono soltanto da vere variazioni geografiche del disturbo, ma anche dalle diverse metodologie utilizzate, dalla qualità dello screening, dal livello di formazione degli operatori e dall'organizzazione dei servizi.

In Italia, secondo le stime del Ministero della Salute elaborate nell'ambito del progetto nazionale coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, circa un bambino su settantasette nella fascia d'età 7-9 anni presenta un disturbo dello spettro autistico, con una predominanza maschile significativa. La stima è il risultato di un programma di screening standardizzato, sviluppato in collaborazione con i principali progetti europei dedicati al riconoscimento precoce dell'autismo, e rappresenta una delle rilevazioni epidemiologiche più robuste mai realizzate nel Paese.

Il lavoro dell'Osservatorio Nazionale Autismo, attraverso la rete NIDA, ha permesso inoltre di gettare le basi per un sistema coordinato di identificazione precoce, coinvolgendo tutte le regioni italiane e consentendo di tracciare con maggiore precisione l'andamento dei nuovi casi. Nonostante ciò, mancano ancora dati nazionali esaustivi sulla popolazione adulta, che rappresenta una delle priorità future per la programmazione sanitaria.

Anche in Campania, come in molte altre regioni, si registra un incremento costante delle diagnosi, verosimilmente legato sia a un reale aumento dei casi sia a un miglioramento nella capacità identificativa dei servizi. Nel territorio dell'ASL di Avellino questa crescita è particolarmente evidente e rende necessario un potenziamento stabile della rete dei servizi, affinché sia possibile rispondere in modo tempestivo ed appropriato ai bisogni delle persone con autismo e delle loro famiglie.

ASL Avellino – analisi del contesto

La Regione Campania, con la pubblicazione della DGRC 131/2021, modificata ed integrata con provvedimento pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania il 16 febbraio 2024, ha definito il percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale per le persone con disturbo dello spettro autistico nella fascia 0-18 anni, ed è attivo un tavolo tecnico che dovrebbe predisporre un analogo percorso per la fascia adulta; nel frattempo è strutturale ed organica la collaborazione tra Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Dipartimento Salute Mentale per favorire la transizione e per dare continuità alla presa in carico del soggetto con disturbo dello spettro autistico. L'ASL di Avellino ha costruito un "Percorso Autismo", adottando regolamenti e procedure che garantiscono alle persone con disturbo dello spettro autistico trattamenti basati sull'evidenze scientifiche e, allo stato, vengono seguiti circa 360, mentre altri vengono assistiti con altre modalità (ex art. 26 l. 833/78, attività progettuali, attività laboratoriali, ecc.).

I trattamenti vengono erogati nei contesti di vita e all'interno della filiera assistenziale sono compresi i due centri semiresidenziali, quello già esistente a Sant'Angelo dei Lombardi e quello che si andrà a realizzare presso il Centro di Valle ad Avellino, che si occupano dell'adolescenza e dell'età adulta, costituendo uno strumento per affrontare le problematiche specifiche di queste fasce di età, diventando parte attiva di una rete solidale, in cui sono coinvolti tutte le espressioni del territorio, valorizzando il ruolo delle famiglie, delle associazioni di volontariato ed enti del terzo settore, della scuola, delle forze produttive, e di quanti possono contribuire perché vi sia una reale presa in carico di tutta la comunità. La visione strategica di promozione per la salute per queste persone può essere sinteticamente espressa attraverso l'obiettivo principale di favorire la costruzione del loro progetto di vita.

Fermo restando che i programmi terapeutici e assistenziali per minori con disturbi dello spettro autistico privilegiano la permanenza del soggetto nel proprio ambiente sociale e familiare, in casi

specifici, per gravi e complesse patologie, nonché nei casi in cui dalla valutazione emerga l'opportunità di un allontanamento dal normale ambiente di vita per il miglior esito del programma terapeutico, risulta necessario l'utilizzo di una struttura semiresidenziale, per inserimenti limitati nel tempo con chiari obiettivi terapeutici.

La struttura semiresidenziale svolge funzioni terapeutico-riabilitative a favore dei soggetti che necessitano di interventi complessi e coordinati con ospitalità diurna.

L'Azienda non soltanto vuole dare continuità al percorso già in atto ma intende anche porre in essere tutte quelle azioni per elevarne l'efficacia, in un'ottica di miglioramento continuo.

Attualmente l'ASL garantisce i trattamenti ai soggetti con disturbo dello spettro autistico con diverse modalità (ex art. 26 l. 833/78, Percorso Autismo aziendale, attività progettuali, attività laboratoriali, ecc.) a circa 840 soggetti.

Nella tabella seguente vengono specificate le caratteristiche delle persone in carico, l'età e il distretto sanitario di appartenenza.

	AI-DS01			MI-DS02			SAL-DS03			AV-DS04			ATR-DS05			BA-DS06			Totale
<i>Livello gravità</i>	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
0-8	9	32	8	2	16	4	5	16	8	6	33	8	10	54	11	13	21	17	273
8-14	23	24	8	9	18	12	4	19	4	22	49	16	18	59	13	24	16	9	347
14-18	5	6	3	4	4	1	3	5	4	8	7	7	12	7	4	19	2	3	104
Over 18	6	6	4	3	8	5	4	9	6	11	19	6	6	8	7	4	3	1	116
Totale	43	68	23	18	46	22	16	49	22	47	108	37	46	128	35	60	42	30	840
	134			86			87			192			209			132			

Legenda: AI=Distretto Sanitario di ariano irpino; MI=Distretto Sanitario di Monteforte Irpino; SAL=Distretto Sanitario di Sant'Angelo dei Lombardi; AV=Distretto Sanitario di Avellino; ATR=Distretto Sanitario di Atripalda; BA=Distretto Sanitario di Baiano

Matrici di responsabilità

La seguente matrice individua, per ciascun ambito operativo del percorso, i principali soggetti responsabili dell'attuazione delle attività previste, al fine di garantire chiarezza organizzativa, continuità assistenziale e integrazione tra i servizi coinvolti lungo l'intero arco di vita della persona con disturbo dello spettro autistico.

Ambito / Attività	Principali responsabili
Governance del Modello Operativo	Dipartimento di Salute Mentale, in raccordo con la Direzione Strategica aziendale
Accesso e orientamento ai servizi	UOCNPIA per l'età evolutiva; UOCSM per l'età adulta; MMG/PLS per l'invio ai servizi
Presa in carico di utenti già seguiti in età evolutiva	UOCNPIA, con attivazione del percorso di transizione e coinvolgimento del UOCSM territoriale
Presa in carico di utenti tra i 16 e i 18 anni al primo accesso	Presa in carico congiunta UOCNPIA – UOCSM
Presa in carico di utenti maggiorenni	UOCSM di competenza territoriale
Valutazione clinica e funzionale	UOCNPIA per utenti in età evolutiva; UOCNPIA–UOCSM in fase di transizione; UOCSM per utenti adulti
Valutazione diagnostica di sospetto ASD in età adulta	UOCSM, con eventuale supporto di competenze specialistiche dedicate
Interventi farmacologici e gestione delle co-occorrenze psichiatriche	UOCSM; UOCNPIA per utenti ancora in carico all'età evolutiva

Interventi psicologici, riabilitativi e abilitativi	UOCNPIA per età evolutiva; UOCSM per età adulta, in integrazione con servizi riabilitativi e enti accreditati
Gestione delle situazioni di crisi	UOCSM di riferimento territoriale, in integrazione con la rete dei servizi
Pianificazione e gestione della transizione all'età adulta	UOCNPIA e UOCSM, con individuazione di referenti clinici e organizzativi
Definizione e monitoraggio del Progetto di Vita (PdV)	UOCSM, in collaborazione con Distretto Sanitario, Servizi Sociali
Integrazione con i servizi sociali e territoriali	Distretto Sanitario e Servizi Sociali, in raccordo con UOCSM
Collaborazione con enti del Terzo Settore	UOCSM e Distretto, nell'ambito del progetto individualizzato
Formazione degli operatori	Dipartimento di Salute Mentale
Monitoraggio dell'attuazione del PDTA	Dipartimento di Salute Mentale
Revisione periodica del PDTA	Dipartimento di Salute Mentale, in raccordo con la Direzione Strategica

Legenda: UOCNPIA=Unità Operativa Complessa Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza; UOCSM=Unità Operativa Complessa Salute Mentale; MMG=medico di medicina generale; PLS=pediatra di libera scelta;

Attuazione del percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale (PDTA)

Il presente PDTA costituisce il riferimento organizzativo per la presa in carico delle persone con disturbo dello spettro autistico nell'ambito dell'ASL di Avellino ed è attuato attraverso i servizi aziendali competenti, nel rispetto delle funzioni e delle responsabilità attribuite a ciascuna struttura. L'attuazione del PDTA avviene all'interno delle attività ordinarie dei servizi coinvolti, senza introdurre nuovi livelli assistenziali, ma promuovendo una maggiore integrazione e coordinamento tra l'area dell'età evolutiva, l'area dell'età adulta e i servizi territoriali. Le Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e il Dipartimento di Salute Mentale assicurano la continuità dei percorsi e la coerenza degli interventi lungo l'intero arco di vita della persona.

Il PDTA è applicato in modo uniforme sul territorio aziendale, tenendo conto delle specificità organizzative dei singoli distretti e delle risorse disponibili, e può essere progressivamente adattato in relazione all'evoluzione dei bisogni assistenziali e alle indicazioni normative e programmatiche regionali.

L'attuazione del PDTA non sostituisce i progetti terapeutici e assistenziali individualizzati, ma ne rappresenta la cornice organizzativa di riferimento, orientando le modalità di presa in carico, il raccordo tra i servizi e l'integrazione con la rete sociale e territoriale.

Articolazione del PDTA

Il PDTA si articola su più livelli tra loro integrati, al fine di garantire una presa in carico coerente, continuativa e multidimensionale delle persone con disturbo dello spettro autistico.

In particolare, il Modello comprende:

- un **livello clinico**, relativo alla valutazione diagnostica, alla definizione dei progetti terapeutici e alla gestione degli interventi sanitari;
- un **livello organizzativo**, finalizzato al coordinamento tra i servizi, alla continuità assistenziale e alla gestione dei percorsi lungo l'intero arco di vita;
- un **livello di integrazione socio-assistenziale**, volto a favorire il raccordo con i servizi sociali, educativi e territoriali e la costruzione del Progetto di Vita.

I diversi livelli operano in modo interconnesso e complementare, nel rispetto delle specifiche competenze professionali e istituzionali, con l'obiettivo di assicurare risposte appropriate e sostenibili nel tempo.

Normative e documenti di riferimento

a) nazionali:

- D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii.;
- Legge 5 febbraio 1992, n. 104: "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti della persone handicappate";
- Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali n. 328 dell'8 febbraio 2000;
- Legge 18 agosto 2015, n. 134: "Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alla famiglia";
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017 art. 25 e 60: definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome e le Autonomie Locali, ai sensi dell'articolo 4 della Legge 18 agosto 2015, n. 134, sul documento recante: "Aggiornamento delle linee indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi dello Spettro Autistico" – (Rep. Atti n. 53/CU) – seduta del 10 maggio 2018;
- Linea Guida sulla diagnosi e il trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini e adolescenti dell'Istituto Superiore di Sanità (2023);
- Linea guida sulla diagnosi e sul trattamento di adulti con disturbo dello spettro autistico dell'Istituto Superiore di Sanità (2023);

b) regionali:

- D.G.R.C. n. 482/2001: "Linee guida della riabilitazione in Campania";
- D.G.R.C. n. 7301 del 31 dicembre 2001;
- Regolamento concernente i servizi residenziali e semiresidenziali per anziani, persone diversamente abili e minori" - pubblicato sul Bollettino delle Regione Campania n. 1 del 2 gennaio 2007;
- D.G.R.C. 1449 dell'11 settembre 2009: "Interventi a favore di minori con sindrome autistica – Linee Guida per l'intervento riabilitativo";
- DCA n. 46 del 15 maggio 2013 "Recepimento schema di accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità Montane su: "linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, con particolare riferimenti ai disturbi dello spettro autistico";
- Piano sociale Regionale 2019/2021, approvato dalla Giunta Regionale con delibera n. 837/2018;
- DCA 93 del 19/11/2019 – approvazione "Piano operativo finalizzato al recepimento delle linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei disturbi dello spettro autistico."
- DCA 83 del 31/10/2019 recante il Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019/2021;

- DGRC n. 19 del 18 gennaio 2020 - "Preso d'atto e recepimento del Piano triennale 2019/2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano ex art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191", approvato con Decreto commissariale n. 6 del 17 gennaio 2020, ai fini dell'uscita dal commissariamento;
- DGRC n. 131 del 31 marzo 2021 - "Percorso Diagnostico Terapeutico assistenziale (PDTA) per la presa in carico Globale e integrata dei soggetti con disturbi dello spettro autistico in età evolutiva".
- DGRC n. 42 del 31 gennaio 2024 - "Percorso Diagnostico Terapeutico assistenziale (PDTA) per la presa in carico Globale e integrata dei soggetti con disturbi dello spettro autistico in età evolutiva". Integrazione D.G.R.C. 131/2021.

c) aziendali:

- o Delibera n. 1757 del 17 dicembre 2019 "Preso d'atto e approvazione Percorso Autismo - DCA n. 93 del 19 novembre 2019. Provvedimenti"
- o Delibera n. 1758 del 17 dicembre 2019 "DCA n. 93 del 19 novembre 2019. Preso d'atto. Provvedimenti" (istituzione dei Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza interdistrettuali)
- o Delibera n. 1009 del 17 luglio 2024 "Aggiornamento modelli operativi per i Disturbi del Neurosviluppo dell'età evolutiva attraverso l'adozione di linee guida interne per le equipe multidisciplinari – preso d'atto e approvazione".
- o Delibera n. 1160 del 23 settembre 2025 "Modello operativo per garantire la continuità di cure nella transizione dalla Neuropsichiatria Infantile – alla Psichiatria – adozione".

Il percorso diagnostico

Il momento della diagnosi rappresenta uno degli snodi più delicati dell'intero percorso di cura per i disturbi dello spettro autistico. Per la famiglia, ricevere una diagnosi di autismo costituisce spesso un'esperienza di forte vulnerabilità emotiva, che richiede una comunicazione attenta, rispettosa e accompagnata da indicazioni immediate e concrete. Per questo è fondamentale che i servizi garantiscano un processo diagnostico rigoroso ma al tempo stesso capace di sostenere i genitori, evitando che tra la comunicazione della diagnosi e l'avvio degli interventi si crei un vuoto che rischierebbe di compromettere l'evoluzione del bambino in una fase sensibile dello sviluppo.

La diagnosi di autismo si fonda su un percorso complesso, che non può essere affidato a un singolo test né a una semplice osservazione. Non esiste uno strumento diagnostico unico e dirimente: l'individuazione del disturbo deriva dall'integrazione tra l'anamnesi familiare e personale, l'osservazione clinica del comportamento, l'impiego di strumenti standardizzati e la valutazione della relazione, della comunicazione e degli interessi del bambino. I criteri del DSM-5 rappresentano il riferimento internazionale per la definizione del quadro clinico e per la distinzione tra il disturbo dello spettro autistico e altre condizioni che possono presentare caratteristiche simili.

Le Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile dispongono delle competenze necessarie per condurre un accertamento diagnostico appropriato, articolato in una valutazione clinica globale e in una fase osservativa più strutturata, nella quale vengono utilizzati strumenti validati per l'autismo e test che descrivono il profilo di sviluppo, il funzionamento adattivo, la qualità dell'interazione e il ruolo dell'ambiente – dalla famiglia alla scuola – nel sostenere o limitare le competenze emergenti. A tal riguardo con Delibera n. 1009 del 17 luglio 2024 l'Azienda ha aggiornato i modelli operativi per i Disturbi del Neurosviluppo dell'età evolutiva attraverso l'adozione di linee guida interne per le equipe multidisciplinari, e ad essa si rimanda per quanto riguarda aspetti specifici relativi alla fascia di età 0-18 anni.

Nella tabella seguente si riassumono i test maggiormente adoperati in età adulta ai fini diagnostici implicati anche nella definizione di gravità della patologia, in correlazione ai numerosi aspetti che influiscono sulla qualità di vita e sul funzionamento globale dei pazienti.

AQ (Autism quotient)	L'Autism Spectrum Quotient (AQ) è un questionario autosomministrato (Simon Baron-Cohen e dai suoi colleghi del Cambridge's Autism Research Centre, 2001) utilizzato per misurare i tratti autistici negli adulti (età 16+) con QI nel range normale (QI ≥ 80). L' AQ è un test di screening che studia la distribuzione delle caratteristiche autistiche lungo 5 fattori: Abilità sociali, Comunicazione, Immaginazione, Spostamento dell'Attenzione ed Attenzione per i Dettagli.
ADOS 2 Autism Diagnostic Observation Schedule 2	Valutazione e diagnosi dei disturbi dello spettro autistico, utile in età adulta per seguire in maniera strutturata l'evolversi della sintomatologia nel tempo. (secondo livello). Adoperata anche per definire i livelli di gravità.
ADI-R Autism Diagnostic Interview - Revised	L'ADI-R è un'intervista finalizzata a ottenere una gamma completa di informazioni per la diagnosi di autismo e per valutare i disturbi dello spettro autistico, in particolare valuta: linguaggio/comunicazione, interazione sociale/reciproca e comportamenti stereotipati/interessi ristretti. È utile per pianificare una terapia o un progetto educativo sulla base delle rilevazioni effettuate.
RAADS Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale-Revised	Trattasi di uno strumento clinico che mira a identificare meglio i disturbi dello spettro autistico comprese le forme lievi nelle persone adulte e aiutare a diagnosticare l'autismo ad alto funzionamento (Livello1). Questa scala è un questionario autosomministrato compilato dalla persona stessa assistita da un clinico (psichiatra, psicologo) che assicura la comprensione delle problematiche e la scelta delle risposte. La scala contiene 80 item di cui 64 domande descrivono sintomi specifici dei disturbi dello spettro autistico e 16 domande descrivono comportamenti non sintomatici.
WAIS IV Wechsler Adult Intelligence Scale 4° edizione	Strumento utile per effettuare una valutazione del funzionamento cognitivo generale. Individuare difficoltà di apprendimento, doti intellettuali e punti di forza e di debolezza. Programmare interventi di potenziamento e recupero.
Matrici Progressive Di Raven	Le Matrici progressive di Raven misurano l'intelligenza non verbale durante tutto l'arco dello sviluppo intellettuale, dall'infanzia all'età adulta indipendentemente dal livello culturale. Sono particolarmente utili quando non è possibile somministrare la Wais IV, a causa di deficit cognitivi, disabilità intellettiva, deficit di comprensione e produzione verbale, ADHD.
Scala Vineland II per il Comportamento Adattivo – Second Edition (Sparrow, Balla, Cicchetti, 1984; adattamento italiano, a cura di Balboni, Bellacchi, Bonichini e Coscarelli, 2016)	Le Scale Vineland sono idonee per la programmazione dell'intervento e dispongono di un'ottima attendibilità per la verifica dei progressi di un individuo. Tale strumento permette di valutare le capacità di autosufficienza personale e sociale nelle situazioni della vita reale, e di osservare come in pratica le abilità cognitive si traducano nella gestione della propria autonomia nella quotidianità. Si tratta di un'intervista semi-strutturata da somministrare a un adulto di riferimento (genitori, educatore...). Le Vineland-II sono costituite da 4 scale suddivise in 11 subscale. Forniscono inoltre un indice complessivo del comportamento adattivo. Le scale e le sottoscale sono le seguenti:

	<p>1. Comunicazione Ricezione, espressione, scrittura (e lettura). 2. Abilità del vivere quotidiano Personale (mangiare, vestirsi, cura dell'igiene personale), domestico (mansioni domestiche), comunità (gestione del tempo, denaro, telefono e capacità lavorative). 3. Socializzazione Relazioni interpersonali, gioco e tempo libero, regole sociali (senso di responsabilità e sensibilità verso gli altri). 4. Abilità motorie Grossolane (utilizzo degli arti per il movimento e la coordinazione) e fini (movimenti di precisione e manipolazione di oggetti).</p>
<p>ABAS-3 - Adaptive Behavior Assessment System-Third Edition P.L.Harrison, T.Oakland</p>	<p>La Scala ABAS -3 si caratterizza per un Approccio integrato: la possibilità di raccogliere informazioni da fonti diverse e di essere ripetuta nel tempo rende la scala in grado di integrare valutazione, pianificazione dell'intervento e monitoraggio dei cambiamenti. Strumento Life span che consente di effettuare una valutazione completa del funzionamento in accordo agli aspetti fondamentali evidenziati a livello internazionale. ABAS-3 valuta il comportamento adattivo a tre diversi livelli.</p> <p>1. il Punteggio composito dell'adattamento generale (GAC), che è costituito da tutte le aree adattive valutate e, quindi, fornisce una stima complessiva del comportamento adattivo.</p> <p>2. Punteggio di dominio</p> <ul style="list-style-type: none"> -Concettuale: comportamenti necessari a comunicare con gli altri, applicare competenze scolastiche, gestire e adempiere ai compiti. -Sociale: comportamenti necessari a intraprendere interazioni interpersonali, agire con responsabilità sociale e utilizzare il tempo libero. -Pratico: comportamenti necessari per fare fronte a bisogni personali e della propria salute; occuparsi della casa, stare in classe o negli ambienti di lavoro; essere attivi nella propria comunità. <p>3. I domini si declinano in 11 aree adattive personali: Comunicazione, Competenze (pre-)scolastiche, Autocontrollo, Tempo libero, Socializzazione, Comunità, Vita a casa/scuola, Salute e sicurezza, Cura di sé, Matricità, Lavoro.</p>
<p>TTAP TEACCH Transition Assessment Profile</p>	<p>Il TTAP valuta le abilità significative per il raggiungimento dell'autonomia in contesti di vita quotidiana (casa, scuola, centri dedicati, strutture residenziali, ecc.) da parte di soggetti con disturbi dello spettro autistico. Lo strumento è parte del programma TEACCH di Eric Schopler, per la presa in carico globale per tutto l'arco di vita del soggetto con autismo e della sua famiglia. Valuta le abilità e le performance in ambiti domestici, scolastici e/o lavorativi. È utile per definire il piano educativo di transizione all'età adulta del soggetto con ASD in ambito psicoeducativo, scolastico e di strutture residenziali e per definire un PEI completo e ricco di stimoli e variarlo nel tempo a seconda dei cambiamenti del soggetto con autismo</p>
<p>SRS 2 (Social Responsiveness Scale, 2a edizione, 2021)</p>	<p>La Social Responsiveness Scale, 2a edizione (SRS-2) è una misura oggettiva di 65 elementi dei sintomi associati all'autismo. Valuta la Consapevolezza Sociale (AWR), la Cognizione Sociale (COG), la Comunicazione Sociale (COM), la Motivazione Sociale (MOT) e i Comportamenti Ristretti e Ripetitivi (RRB). Vengono prodotti i punteggi T, con una media di 50. I punteggi T di 59 e inferiori rientrano nei limiti della norma, mentre i punteggi T di 76 e superiori sono considerati gravi</p>

Per quanto concerne la definizione di gravità il DSM-5 definisce tre livelli di gravità basandosi sui limiti del funzionamento adattivo e gestione della vita quotidiana dei ASD: la gravità dovrebbe essere

registrata in base al supporto richiesto per ciascuno dei due domini core, pertanto si declina in 3 livelli e si basa sulla compromissione della comunicazione sociale e sui pattern di comportamento ristretti, ripetitivi.

Gravità	Supporto	Comunicazione e Interazione Sociale	Comportamenti Ristretti e Ripetitivi
Livello 3	Molto Significativo	Deficit gravi; interazione sociale minima; linguaggio verbale/non verbale minimo o assente.	Estrema inflessibilità; interferenze significative con il funzionamento; forte disagio nel cambiare focus o attività.
Livello 2	Significativo	Deficit significativi evidenti anche con supporti; interazioni limitate a interessi specifici; risposte atipiche/ridotte.	Inflessibilità frequente ed evidente; interferenze in più contesti; difficoltà nel cambiare attività.
Livello 1	Supporto	Difficoltà nell'iniziare interazioni sociali; risposte atipiche o non riuscite; interesse ridotto per le interazioni.	Inflessibilità che causa interferenze significative in uno o più contesti; difficoltà nel passare da un'attività all'altra

Gli accertamenti strumentali, invece, non costituiscono parte routinaria del processo diagnostico, ma vengono richiesti solo quando indicati da una specifica domanda clinica, per evitare investigazioni inutili o ridondanti.

Criteri per la richiesta di indagini strumentali

EEG	<ul style="list-style-type: none"> • presenza di crisi epilettiche clinicamente significative; • presenza di episodi parossistici di dubbia natura; • presenza di una storia di regressione del linguaggio
Es. audiometrico	<ul style="list-style-type: none"> • deve essere eseguito in tutti i casi e nei casi dubbi bisogna richiedere i potenziali uditivi
Es. Oculistico	<ul style="list-style-type: none"> • solo nel caso del sospetto di una sindrome
Neuroimaging	<ul style="list-style-type: none"> • non necessario; anche in caso di macrocefalia, la richiesta è giustificata solo se presenti anche tratti dismorfici o segni neurologici focali
Indagini genetiche	<ul style="list-style-type: none"> • presenza di familiarità per definite condizioni genetiche; • presenza di un disturbo dello sviluppo intellettuale ad eziopatogenesi sconosciuta; • presenza di tratti dismorfici e/o malformazioni a carico di vari organi ed apparati; • necessità di una consulenza allargata alla famiglia in vista di una nuova gravidanza
Indagini metaboliche	<ul style="list-style-type: none"> • presenza di familiarità per definite condizioni metaboliche; • presenza di un disturbo dello sviluppo intellettuale ad eziopatogenesi sconosciuta; • presenza di tratti dismorfici o evidenza di specifici difetti metabolici; • presenza nell'anamnesi di episodi di letargia, vomito ciclico o di crisi epilettiche ad insorgenza precoce

La conclusione del percorso diagnostico prevede un momento di restituzione alla persona, laddove possibile, e alla famiglia, durante il quale vengono condivisi il significato della diagnosi, il profilo funzionale, le indicazioni terapeutiche e i primi passi da intraprendere. Questa fase è essenziale non solo per orientare correttamente le scelte della persona e della famiglia, ma anche per coinvolgerli attivamente nel percorso educativo e terapeutico del bambino, rendendoli parte integrante del sistema di cura.

La presa in carico

La presa in carico delle persone con disturbo dello spettro autistico rappresenta il cuore dell'intero percorso assistenziale, poiché definisce il modo in cui i servizi si fanno carico della complessità del disturbo e della variabilità dei bisogni che si manifestano nelle diverse fasi della vita. La presa in carico non può essere intesa come una semplice somma di prestazioni, ma deve configurarsi come un processo relazionale e continuativo, nel quale l'équipe curante assume la responsabilità dell'accompagnamento clinico, educativo e sociale della persona e della sua famiglia.

Uno dei principi fondamentali è la tempestività: non appena emerge un sospetto di autismo, è necessario che i servizi attivino una prima forma di intervento, anche transitoria, evitando che l'attesa della valutazione formale rallenti l'avvio di pratiche educative e abilitanti.

Ciò può accadere anche in età adulta laddove si può ricevere per la prima volta la diagnosi di disturbo dello spettro autistico.

È stato ampiamente dimostrato che ogni ritardo nelle prime fasi dello sviluppo riduce la possibilità di incidere sui meccanismi di plasticità cerebrale, mentre interventi precoci e mirati favoriscono l'acquisizione di competenze comunicative, sociali e adattive. Per questo la Regione Campania ha richiesto che una quota dei trattamenti venga garantita direttamente dalle Unità Operative di Neuropsichiatria Infantile nei primi anni di vita, con l'obiettivo di assicurare un monitoraggio ravvicinato e un'aderenza più rigorosa alle linee guida.

Lo stesso dovrà accadere anche per la persona adulta che deve essere adeguatamente presa in carico.

La presa in carico deve articolarsi in un sistema curante che va oltre la tradizionale prescrizione di terapie riabilitative. I servizi devono costruire un modello di lavoro integrato, capace di interpretare i bisogni emergenti, di coordinare gli interventi delle diverse figure coinvolte – terapisti, educatori, insegnanti, operatori sociali – e di promuovere un ambiente coerente attorno al bambino. Ciò implica una forte alleanza con la famiglia, che rappresenta il principale contesto di vita e di apprendimento, ma anche un dialogo continuo con la scuola, soprattutto nelle fasi in cui il bambino è chiamato a confrontarsi con richieste evolutive più complesse.

Un altro elemento centrale della presa in carico è la continuità: il percorso assistenziale deve garantire una transizione fluida da un'età all'altra, evitando le fratture che spesso caratterizzano il passaggio dalla prima infanzia alla scuola primaria, dall'età scolare all'adolescenza e, in modo ancora più critico, dall'età evolutiva a quella adulta. La continuità non riguarda solo la presenza di interventi, ma anche la coerenza degli obiettivi, la stabilità della relazione con i curanti e la capacità dei servizi di adattarsi al mutare delle esigenze, mantenendo un quadro di riferimento unitario.

La presa in carico efficace richiede competenze specifiche, che non possono essere improvvisate né affidate esclusivamente a prestatori esterni. Le équipe pubbliche devono svolgere un ruolo di coordinamento, supervisione e verifica della qualità degli interventi, assicurando che le metodologie adottate siano basate su evidenze scientifiche, che gli obiettivi siano realistici e che i progressi siano monitorati con strumenti adeguati. Anche quando parte del trattamento viene affidata a enti convenzionati, il governo complessivo del percorso deve rimanere in capo ai servizi pubblici, che hanno la responsabilità di garantire appropriatezza, equità e continuità.

In questa prospettiva, il concetto di presa in carico assume un significato ampio, che integra dimensioni cliniche, educative e sociali. Non si tratta solo di rispondere a un bisogno sanitario, ma

di costruire un ambiente di cura capace di sostenere la persona con autismo nella crescita, nella partecipazione e nell'acquisizione della massima autonomia possibile, valorizzando le risorse della famiglia e della comunità.

La presa in carico delle persone con disturbo dello spettro autistico richiede un'organizzazione dei servizi che sia in grado di rispondere a bisogni molteplici e mutevoli. Ogni bambino, adolescente o adulto presenta un profilo di funzionamento unico, che deve essere compreso nella sua globalità attraverso una valutazione attenta non solo degli aspetti clinici, ma anche delle dinamiche familiari, del contesto scolastico o lavorativo, delle condizioni sociali e delle opportunità disponibili sul territorio. In questo senso, la presa in carico diventa un processo dinamico, che si rinnova ad ogni cambiamento evolutivo, adattando gli interventi e ridefinendo gli obiettivi.

La programmazione degli interventi deve tenere conto di una serie di passaggi che, nella traiettoria evolutiva della persona con autismo, costituiscono momenti particolarmente delicati. I primi anni di vita sono determinanti per la costruzione delle competenze comunicative e sociali, per cui è necessario un coinvolgimento diretto e intensivo dei servizi pubblici, soprattutto nella fascia 0-3 anni. Successivamente, il periodo della scuola primaria richiede un'attenzione mirata allo sviluppo delle abilità cognitive e strumentali, mentre l'ingresso nella preadolescenza e nell'adolescenza comporta una revisione complessiva del progetto terapeutico, con l'obiettivo di favorire l'adattamento a richieste sociali sempre più complesse e la gestione dei cambiamenti puberali.

Per garantire efficacia e continuità, gli interventi non possono essere standardizzati, ma devono essere definiti all'interno di un Progetto Assistenziale Individualizzato che tenga conto delle attitudini personali, delle preferenze del ragazzo, delle difficoltà emergenti e delle risorse del contesto. Questo progetto non è un documento statico, ma il risultato di un lavoro condiviso tra professionisti e famiglia, che viene aggiornato periodicamente sulla base della valutazione degli esiti e dell'osservazione quotidiana del comportamento e delle competenze.

La famiglia mantiene un ruolo centrale. Senza un suo coinvolgimento consapevole, non è possibile assicurare continuità agli apprendimenti e stabilità alle routine educative. Il sostegno ai genitori deve quindi essere considerato parte integrante della presa in carico, attraverso momenti di formazione, consulenze dedicate e indicazioni che aiutino a comprendere le caratteristiche del disturbo e a gestire le situazioni problematiche. Questo supporto non si limita ai primi anni di vita, ma deve proseguire nelle fasi successive, quando l'adolescenza e le incertezze legate al futuro possono acuire il senso di fatica e di disorientamento.

La qualità della presa in carico dipende anche dalla capacità dei servizi di costruire reti di collaborazione con la scuola, gli enti locali, le strutture riabilitative e le organizzazioni del terzo settore. La scuola rappresenta un ambiente fondamentale per lo sviluppo delle abilità sociali e adattive; è dunque essenziale che vi sia un dialogo costante tra gli insegnanti, l'équipe sanitaria e la famiglia, affinché gli interventi educativi siano coerenti con il progetto terapeutico e favoriscano la generalizzazione delle competenze. Allo stesso modo, le amministrazioni comunali e i servizi sociali svolgono un ruolo determinante nel garantire opportunità di integrazione, attività laboratoriali e percorsi di autonomia.

Infine, la presa in carico deve essere fondata su una cultura della valutazione continua. Ogni intervento deve essere oggetto di monitoraggio, verificando gli esiti raggiunti e l'adeguatezza delle strategie utilizzate. Questo approccio non solo permette di identificare tempestivamente eventuali criticità, ma consente anche di valorizzare i progressi, sostenendo il percorso motivazionale della famiglia e rafforzando la fiducia nel sistema curante. È in questo equilibrio fra rigore metodologico, responsabilità clinica e capacità di ascolto che si costruisce una presa in carico realmente efficace e rispettosa della complessità dell'autismo.

La transizione all'età adulta

La transizione dall'età evolutiva a quella adulta rappresenta, per le persone con disturbo dello spettro autistico, uno dei momenti più complessi dell'intero percorso di cura. È una fase che coinvolge non soltanto il cambiamento dei servizi di riferimento, ma anche una trasformazione profonda delle aspettative, delle responsabilità e delle esigenze, sia della persona sia della famiglia. Proprio per questo, il passaggio alla maggiore età non può essere vissuto come una semplice procedura amministrativa, ma deve diventare un processo accompagnato e graduale, costruito in modo condiviso tra i servizi dell'area dell'età evolutiva e quelli del Dipartimento di Salute Mentale. A tal riguardo si rimanda alla Delibera n. 1160 del 23 settembre 2025 "Modello operativo per garantire la continuità di cure nella transizione dalla Neuropsichiatria Infantile – alla Psichiatria – adozione".

Uno degli elementi che rendono questa fase particolarmente critica è la discontinuità che tradizionalmente caratterizza i sistemi di cura. Le famiglie, dopo anni di relazione stabile con la Neuropsichiatria Infantile, si trovano improvvisamente a dover ricostruire un nuovo legame con servizi che, in molti casi, non sono strutturati per accogliere in maniera specifica le persone con autismo. Questo cambiamento, se non adeguatamente preparato, può generare smarrimento, senso di abbandono e difficoltà nell'accesso alle cure, proprio in un momento della vita in cui le vulnerabilità emotive, comportamentali e psicosociali tendono ad aumentare.

Per evitare queste fratture, la transizione deve essere programmata con largo anticipo, generalmente a partire dai sedici anni. In questa fase è importante che i due sistemi – UONPIA e DSM – stabiliscano un dialogo strutturato, scambiando informazioni, documentazione clinica e valutazioni funzionali aggiornate, e coinvolgendo attivamente la famiglia e la scuola nella definizione delle tappe del passaggio. La costruzione di un progetto condiviso è fondamentale per garantire che la persona non perda la continuità dei trattamenti e che gli interventi previsti in età adulta siano coerenti con il percorso sinora svolto.

Particolare rilevanza assume l'individuazione del servizio più appropriato per la presa in carico in età adulta. Le persone con compromissione intellettiva significativa, o con elevata dipendenza assistenziale, trovano nei servizi per le disabilità adulte il contesto più adeguato, in cui gli interventi possono essere orientati principalmente al sostegno funzionale, alla gestione del quotidiano e alla promozione delle autonomie di base. Diversamente, le persone con autismo ad alto funzionamento, o con quadri in cui prevalgono aspetti psicopatologici quali ansia, depressione, disregolazione emotiva o difficoltà relazionali, richiedono l'inserimento nei servizi del DSM, dove la competenza psicologica e psichiatrica può essere maggiormente utile.

La qualità della transizione dipende anche dalla presenza di una "fase cuscinetto", nella quale NPIA e DSM condividono per alcuni mesi la presa in carico, garantendo una doppia supervisione clinica e un passaggio graduale. Questo periodo permette alla nuova équipe di conoscere la persona e la sua storia, e alla famiglia di adattarsi progressivamente al cambiamento, evitando interruzioni degli interventi o incertezze sulle responsabilità dei diversi professionisti.

In età adulta emergono anche nuovi bisogni, spesso non presenti nell'infanzia, che richiedono una revisione del progetto terapeutico. Il tema dell'autonomia personale, dell'inclusione sociale, dell'orientamento professionale, del lavoro protetto o del supporto nella gestione delle relazioni affettive assume progressiva centralità. Per affrontarli è necessario che i servizi non si limitino a una prospettiva sanitaria ma collaborino con i servizi sociali, i centri per l'impiego, le associazioni del terzo settore e, quando possibile, le agenzie formative e le realtà del mondo produttivo.

La transizione, dunque, non è soltanto un passaggio tra due servizi: è l'ingresso della persona con autismo in una fase della vita in cui il sistema deve essere in grado di sostenere un progetto di maggiore autodeterminazione, prevenendo l'isolamento e favorendo, per quanto possibile, un percorso di partecipazione sociale. Per questo motivo, la definizione del progetto di vita e la sua traduzione in obiettivi concreti rappresentano la naturale prosecuzione del processo iniziato

nell'infanzia, che trova nella transizione il suo punto di svolta e nel DSM il suo nuovo centro di riferimento.

Il Progetto di Vita

Il Progetto di Vita rappresenta il punto di convergenza di tutto il percorso assistenziale della persona con disturbo dello spettro autistico. È l'esito di un lavoro che inizia già nei primi anni di vita e che, nel tempo, si arricchisce di valutazioni, esperienze, obiettivi raggiunti e nuovi bisogni. A differenza dei singoli interventi riabilitativi o educativi, il Progetto di Vita non ha una scadenza e non si limita a una dimensione clinica: è un percorso globale, che accompagna la persona nella costruzione della propria identità, delle proprie competenze e del proprio ruolo all'interno della comunità.

Il principio che guida la sua elaborazione è quello di riconoscere la singolarità della persona, valorizzandone preferenze, punti di forza e potenzialità, e sostenendola nelle aree di maggiore vulnerabilità. Il Progetto di Vita si fonda su una visione antropologica che considera la persona con autismo non come un insieme di deficit da correggere, ma come un individuo che può realizzare il proprio benessere solo attraverso un equilibrio tra autonomie, relazioni, sicurezza e partecipazione sociale. È quindi un progetto che si costruisce intorno ai desideri, ai limiti e ai contesti, e che trova nella rete dei servizi un sostegno organizzato, ma non invasivo.

La sua elaborazione richiede un lavoro coordinato tra diversi attori: l'équipe sanitaria, la famiglia, i servizi sociali, la scuola, gli enti del terzo settore e, quando possibile, la stessa persona con autismo, che deve essere coinvolta in tutte le fasi con modalità adeguate alle sue capacità comunicative. Questo coinvolgimento diretto è essenziale, poiché consente di evitare progetti calati dall'alto, poco realistici o poco rispettosi delle aspirazioni personali. Il Progetto di Vita è infatti un esercizio di ascolto, prima ancora che una pianificazione tecnica.

Gli obiettivi che orientano il progetto non sono uniformi per tutti, ma si distribuiscono lungo alcune aree fondamentali: l'autonomia nell'abitare, lo sviluppo delle relazioni affettive e amicali, la partecipazione alla vita comunitaria, l'inclusione scolastica e lavorativa, la gestione del tempo libero e, più in generale, l'acquisizione di competenze che consentano alla persona di sentirsi parte attiva della propria comunità. In questo senso, il Progetto di Vita non mira a "normalizzare" i comportamenti, ma a costruire un ambiente in cui la persona possa funzionare nel modo più adeguato possibile, riducendo il rischio di isolamento e di dipendenza totale dalla famiglia.

Dal punto di vista operativo, la costruzione del progetto parte da una valutazione approfondita del funzionamento secondo il modello ICF, che consente di individuare non solo gli aspetti clinici rilevanti, ma anche i fattori ambientali che facilitano o ostacolano il benessere e le autonomie. Il Progetto di Vita deve essere realistico, sostenibile e verificabile nel tempo: per questo viene aggiornato periodicamente, adattandosi ai cambiamenti che derivano dalle fasi evolutive, dalle opportunità del territorio e dall'evoluzione dei bisogni personali.

Nella fase adolescenziale e adulta, il Progetto di Vita assume un ruolo decisivo, poiché definisce il cammino verso l'autonomia possibile. Le scelte in tema di formazione professionale, tirocini, percorsi lavorativi o abitativi devono essere inserite dentro una visione condivisa, che considera le aspirazioni della persona, le sue capacità reali, le risorse disponibili e il grado di sostegno necessario. Anche gli interventi sanitari e psichiatrici trovano in questo progetto la loro cornice di riferimento, poiché diventano strumenti a servizio della qualità della vita e non obiettivi in sé.

Elemento imprescindibile del Progetto di Vita è la continuità. Il passaggio tra età evolutiva ed età adulta deve avvenire senza interruzioni, e i servizi – a partire dalla Neuropsichiatria Infantile e dal Dipartimento di Salute Mentale – devono garantire una linea di responsabilità chiara e condivisa. Inoltre, il progetto non può essere costruito senza considerare il ruolo centrale della famiglia, che rimane spesso il principale supporto della persona con autismo e che deve essere sostenuta nella comprensione del percorso, nelle decisioni e nella gestione delle fragilità quotidiane.

Il Progetto di Vita, dunque, non è un documento, ma un modo di intendere la cura. È la traduzione concreta del principio secondo cui l'autismo non può essere affrontato con risposte frammentate o episodiche: richiede una visione lunga, capace di anticipare i bisogni, di valorizzare le competenze e di garantire a ogni persona il massimo livello possibile di autodeterminazione. Solo in questa prospettiva è possibile costruire percorsi che non si limitino a "gestire" la condizione, ma che contribuiscano a definire un futuro dignitoso, stabile e ricco di significato.

Il "Progetto di Vita", pertanto, dovrà garantire alla persona con disturbo dello spettro autistico il maggior adattamento possibile in relazione alle tre aree "Abitare, Affettività, Attività", contestualizzando e personalizzando gli obiettivi in base al caso specifico. Ogni individuo (insieme alla famiglia) deve essere supportato con azioni di sostegno personale e sociale, calibrando adeguatamente l'assistenza professionale necessaria per sviluppare al massimo le potenzialità del soggetto e per garantire un adeguato percorso secondo il profilo di funzionamento specifico.

Laddove concorrono più enti, più agenzie per la sua realizzazione, il Progetto di vita deve essere discusso e condiviso, attivando gli strumenti che la normativa mette a disposizione (Gruppo di lavoro operativo scolastico (GLO), se il paziente frequenta la scuola e/o l'Unità di Valutazione integrata (U.V.I.).

Riassumendo il Progetto di vita dovrà prevedere un'analisi e un'azione di sostegno per ognuno di seguenti punti:

- ❑ valutazione delle preferenze;
- ❑ valutazione delle aspettative della persona con disturbo dello spettro autistico e della sua famiglia;
- ❑ valutazione del funzionamento e bisogno di sostegno;
- ❑ valutazione dei contesti in cui la persona vive e intende vivere in funzione della definizione del profilo delle risorse disponibili/necessarie perché il contesto attuale e quello desiderato, es. vita indipendente, corrispondano ai repertori di abilità di cui la persona dispone;
- ❑ valutazione dei bisogni di salute;
- ❑ valutazione delle problematiche psicopatologiche e dei comportamenti disadattivi;
- ❑ identificazione delle risorse e degli ostacoli presenti nell'ambiente di vita;
- ❑ definizione delle mete di vita (progetto di vita);
- ❑ definizione annuale del programma dei sostegni: finalità degli obiettivi, caratteristica degli obiettivi (Clinici, Funzionali e Personali) metodologia di definizione in linea con i costrutti di qualità di vita e procedura per la stesura e la loro misurazione;
- ❑ identificazione delle metodologie, strategie e procedure d'intervento di tipo psichiatrico, psicologico, pedagogico-educativo, sociale, ovvero di modifica dei contesti, e psicoterapeutico basate su prove di efficacia;
- ❑ identificazione delle terapie farmacologiche o dei trattamenti sanitari specifici per la persona con disturbo dello spettro autistico, con attenta valutazione del rapporto rischio/beneficio;
- ❑ strumenti e procedure per la misura degli esiti;
- ❑ percorsi di formazione e sostegno ai familiari, alla rete di sostegno per favorire la vita indipendente della persona con disturbo dello spettro autistico, preservando la massima autodeterminazione possibile della persona con disturbo dello spettro autistico.

Si sottolinea, inoltre, la necessità, per una parte delle persone con disturbo dello spettro autistico, di possedere uno strumento efficace di comunicazione aumentativa in ogni sua forma (immagini, segni, parole scritte, fotografie, dispositivi per sintesi vocale).

La redazione del Progetto di Vita

A seguito delle valutazioni verrà stilato il profilo di funzionamento, che “fotografa” la situazione di quella persona in un dato momento storico e che potrebbe essere suscettibile di modificazione.

La redazione del Progetto di vita è imprescindibile dalla definizione del profilo di funzionamento: quest’ultimo condiziona il percorso che sarà attivato, che, comunque, terrà conto delle possibili declinazioni e delle novità che potrebbero verificarsi (ad esempio, la ricomparsa di problematiche comportamentali, ecc.).

Il progetto di vita è inevitabilmente un progetto individuale che identifica per quella specifica persona le azioni, i servizi, gli interventi attivati dalla rete formale dei servizi, coerenti con le aspettative e le preferenze della persona, e che identifica anche le risorse, gli impegni e le attività sinergiche della rete familiare e informale.

Il profilo di funzionamento deve testimoniare, in modo dinamico, il percorso che verrà realizzato rendendo apprezzabili e verificabili gli obiettivi raggiunti.

Il coordinamento del Progetto di vita è affidato all’equipe multidisciplinare del nucleo funzionale, che indicherà, al suo interno, la figura più idonea (case manager) a seguire le varie fasi della sua realizzazione.

La metodologia che dovrà essere seguita è la seguente:

- a. definizione del profilo di funzionamento;
- b. scelta degli obiettivi, tenendo conto delle preferenze, dei desideri e delle aspettative del paziente e della sua famiglia;
- c. scelta degli strumenti più idonei per raggiungere gli obiettivi;
- d. definizione dell’orizzonte temporale entro il quale raggiungere gli obiettivi;
- e. verifica del raggiungimento degli obiettivi, utilizzando strumenti che ne consentono la rilevazione.

Il “Progetto di Vita”, pertanto, dovrà garantire alla persona con disturbo dello spettro autistico il maggior adattamento possibile in relazione alle tre aree “Abitare, Affettività, Attività”, contestualizzando e personalizzando gli obiettivi in base al caso specifico. Ogni individuo (insieme alla famiglia) deve essere supportato con azioni di sostegno personale e sociale, calibrando adeguatamente l’assistenza professionale necessaria per sviluppare al massimo le potenzialità del soggetto e per garantire un adeguato percorso secondo il profilo di funzionamento specifico.

Laddove concorrono più enti, più agenzie per la sua realizzazione, il Progetto di vita deve essere discusso e condiviso, attivando gli strumenti che la normativa mette a disposizione (Gruppo di lavoro operativo scolastico (GLO), se il paziente frequenta la scuola e/o l’Unità di Valutazione integrata (U.V.I.).

In questo contesto assume un ruolo cruciale il Distretto Sanitario che, attraverso l’U.V.I., rappresenta la sede “naturale” dove si condividono le azioni da realizzare per dare risposte appropriate a specifici bisogni assistenziali per le persone che presentano un determinato profilo di funzionamento.

Gli obiettivi della presa in carico

La definizione degli obiettivi per la presa in carico delle persone con disturbo dello spettro autistico rappresenta un passaggio cruciale per costruire un sistema di cura realmente efficace, capace di rispondere ai bisogni complessi che caratterizzano questa condizione. L’autismo, infatti, è un disturbo neurobiologico ad esordio precoce, nel quale il profilo di funzionamento della persona evolve nel tempo e richiede un’attenzione costante alla variabilità individuale. Gli interventi disponibili – sanitari, educativi, didattici e sociali – possono compensare solo parzialmente le

difficoltà, ma se ben coordinati e personalizzati sono in grado di migliorare in modo significativo gli esiti evolutivi.

Le più recenti evidenze scientifiche, recepite nelle Linee Guida nazionali, sottolineano come non esista un'unica forma di trattamento valida per tutti i bambini o per tutte le età.

Ogni persona con autismo presenta infatti un profilo specifico, con punti di forza, fragilità, preferenze e bisogni differenti, che rendono indispensabile la costruzione di percorsi individualizzati. Gli interventi, per quanto appropriati, non determinano una "guarigione" del disturbo, ma possono favorire un recupero clinico e funzionale significativo, soprattutto quando vengono avviati precocemente e calibrati sull'evoluzione del quadro clinico.

In questo contesto la Regione Campania ha approvato un impianto normativo e programmatico che pone al centro la persona e la sua famiglia, riconoscendo l'importanza della diagnosi precoce, della tempestività degli interventi e della continuità assistenziale lungo l'intero ciclo di vita. Il sistema degli interventi deve fondarsi sul concetto di "cura" e non limitarsi a una mera erogazione di prestazioni; occorre sviluppare una presa in carico responsabile, competente e realmente multidimensionale, che includa il sostegno alle famiglie, l'attenzione al contesto di vita e il coordinamento tra servizi sanitari, sociali ed educativi.

Gli obiettivi generali del sistema curante mirano a favorire lo sviluppo delle competenze compromesse dal disturbo, potenziare le autonomie personali e sociali e garantire un miglioramento concreto della qualità della vita.

È altrettanto importante rafforzare la capacità delle famiglie di gestire il disturbo, prevenendo l'impovertimento delle relazioni, la disgregazione del nucleo familiare e le possibili ricadute socioeconomiche. Il sistema deve anche promuovere una cultura sociale più accogliente, che riconosca i diritti e le specificità delle persone con autismo e sostenga la più ampia inclusione possibile.

In questo quadro l'integrazione tra servizi pubblici, enti del terzo settore, scuola e famiglia diventa uno dei pilastri fondamentali per garantire continuità, tempestività e appropriatezza degli interventi. L'obiettivo ultimo è costruire un sistema capace di accompagnare la persona con autismo nelle diverse fasi della vita, offrendo risposte proporzionate ai bisogni emergenti e sostenendo un percorso evolutivo che consenta a ciascuno di avvicinarsi al massimo livello possibile di autonomia, benessere e partecipazione sociale.

Di seguito si elencano delle proposte per l'attuazione del Progetto di Vita, a seconda delle caratteristiche della persona con disturbo dello spettro autistico:

Sintomi autistici gravità 1 e 2 + compromissione cognitiva moderata/lieve o nessuna + lieve compromissione del funzionamento adattivo	
Obiettivi	Attività/Strumenti (a seconda del profilo di funzionamento)
Training su autonomie personali non ancora acquisite	<ul style="list-style-type: none">• Sostegno alla domiciliarità in famiglia: assistenza educativa, inserimento in Centri Diurni sociosanitari, centri polifunzionali o laboratori protetti• Percorsi di rafforzamento delle autonomie per la vita domestica• Residenzialità alternativa alla famiglia (Residenze socio-riabilitative protette, progetti per l'abitare)• gruppi appartamento• assistente personale• preparazione del gruppo di convivenza

	<ul style="list-style-type: none"> • progetti di sostegno alla domiciliarità autonoma, anche attraverso brevi soggiorni preparatori fuori casa
Promozione dell'indipendenza dalla famiglia e supporto alla domiciliarità	<ul style="list-style-type: none"> • soluzione alloggiativa autonoma in appartamento privato • gruppi appartamento • assistente personale • percorsi di rafforzamento delle autonomie per la vita domestica • attività di preparazione del gruppo di convivenza; • progetti di sostegno alla domiciliarità autonoma, anche attraverso brevi soggiorni preparatori fuori casa
Interventi su abilità sociali e competenze emotive	<ul style="list-style-type: none"> • programmi per lo sviluppo delle abilità sociali (in contesti di vita) • Parent Training • interventi psico-educativi • gruppi di socializzazione • interventi ambulatoriali individualizzati, training esperienziali in appartamenti didattici • attività sportive di gruppo e in gruppo • percorsi di rafforzamento dell'autostima e delle autonomie per la socialità (es. muoversi in città, gestione del denaro, piccoli acquisti) • partecipazione ad attività socializzanti
Interventi su abilità sociali e competenze emotive per promuovere l'emancipazione dalla famiglia	<ul style="list-style-type: none"> • programmi per lo sviluppo delle abilità sociali con: strategie di modeling, auto-video modeling, video modeling e feedback sociali • programmi di sviluppo delle abilità sociali per adulti con ASD ad alto funzionamento (feedback fra pari, visualizzazione delle regole e suggerimenti per affrontare situazioni socialmente difficili), • parent training • interventi psico-educativi • training esperienziali in appartamenti didattici • gruppi di auto-mutuo aiuto • interventi individuali e di gruppo ambulatoriali (psicoterapie e sostegno psicologico), • attività sportive integrabili di gruppo • percorsi di rafforzamento dell'autostima e delle autonomie per la socialità (es. muoversi in città, gestione del denaro, piccoli acquisti)
Definire un tirocinio per l'inclusione sociale e/o attività strutturate predisposte	<ul style="list-style-type: none"> • percorsi di inclusione sociale • percorsi integrati socio-lavorativi • laboratori protetti presso centri semiresidenziali • tirocini di inclusione

	<ul style="list-style-type: none"> • attività di preparazione del contesto sociale all'interazione e alla gestione di eventuali difficoltà comportamentali
Avviare un inserimento lavorativo o un tirocinio inclusione sociale, definendo la mansione, la tempistica e le modalità	<ul style="list-style-type: none"> • percorsi terapeutici-riabilitativi individualizzati (PTRI) • percorsi di avvicinamento al lavoro (tirocini di inserimento lavorativo) in contesti protetti • collocamento mirato e collegamento con il centro per l'impiego • progetti speciali per inserimento ragazzi ad alto funzionamento • tirocini formativi • tirocini di inclusione • attività di preparazione del gruppo di convivenza; del contesto sociale all'interazione e alla gestione di eventuali difficoltà comportamentali

Sintomi autistici gravità 3 + compromissione cognitiva significativa + funzionamento adattivo inadeguato

Obiettivi	Attività/Strumenti
Sperimentare le autonomie di base in ambiente protetto e con la presenza costante dell'adulto	<ul style="list-style-type: none"> • Sostegno alla domiciliarità in famiglia: assistenza educativa, sostegno economico per disabilità gravissima, inserimento in Centri Diurni sociosanitari per gravi • Residenzialità alternativa alla famiglia (residenze sanitarie, RSA, e residenze socio-riabilitative),
Interventi su abilità sociali e competenze emotive	<ul style="list-style-type: none"> • Training social skills (in contesti di vita • Parent Training • interventi psico-educativi • gruppi di socializzazione • partecipazione a attività socializzanti • brevi soggiorni fuori famiglia • attività di preparazione del contesto sociale all'interazione e alla gestione di eventuali difficoltà comportamentali
Definire le attività strutturate da potenziare o da mantenere	<ul style="list-style-type: none"> • training esperienziali in appartamenti didattici • laboratori protetti • percorsi di inclusione sociale • attività di preparazione del contesto sociale all'interazione e alla gestione di eventuali difficoltà comportamentali

CRONOPROGRAMMA

AZIONE	ANNO 2026											
	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC
Presentazione del modello operativo		X	X	X	X							
Formazione del personale dell'ASL			X	X	X							
Attività clinica						X	X	X	X	X	X	X
Raccolta dati e rilevazione criticità						X	X	X	X	X	X	X
Revisione modello operativo											X	X

Indicatori

- ☐ Gli indicatori di **processo** saranno:
 - tempo (espresso in giorni) che intercorre tra la prima visita e la diagnosi
 - n. di transizioni completate rispetto a quelle attivate
 - tempo (espresso in giorni) di risposta intercorso tra richiesta e attivazione del percorso di transizione
 - n. di corsi di formazione per il personale ASL (almeno 2)
- ☐ Gli indicatori di **struttura** saranno:
 - n. di persone che hanno ricevuto la prima diagnosi in età adulta
 - n. di persone in carico alle UOSM rispetto a quelli transitati
 - n. di pazienti con nuova diagnosi per i quali è stata compilata almeno una delle scale standardizzate raccomandate/totale delle nuove diagnosi
- ☐ Gli indicatori di **esito** saranno:
 - numero di Progetti di Vita (PdV) attivati in rapporto ai pazienti in carico
 - numero di accomodamenti ragionevoli attuati

Monitoraggio del PDTA

Il presente Modello Operativo è oggetto di monitoraggio periodico al fine di verificarne l'effettiva applicazione, la coerenza organizzativa e la capacità di rispondere in modo appropriato ai bisogni delle persone con disturbo dello spettro autistico e delle loro famiglie.

Il monitoraggio è finalizzato a valutare il funzionamento complessivo del sistema, attraverso l'osservazione di indicatori di processo e di esito definiti a livello aziendale, con particolare riferimento alla continuità della presa in carico, all'integrazione tra i servizi, alla gestione della transizione all'età adulta e all'attuazione del Progetto di Vita.

Il Modello promuove un approccio integrato e continuativo lungo l'intero arco di vita, valorizzando il coordinamento tra i servizi sanitari, sociali ed educativi e ponendo al centro la persona e la sua famiglia, nel rispetto dei principi di appropriatezza, equità e sostenibilità.

Il Dipartimento di Salute Mentale, in raccordo con le Unità Operative coinvolte e con la Direzione Strategica, assicura la raccolta e l'analisi delle informazioni utili al monitoraggio, promuovendo eventuali azioni di miglioramento organizzativo coerenti con gli obiettivi del Modello.

L'ASL di Avellino si impegna a garantire l'attuazione e il progressivo aggiornamento del Modello Operativo, tenendo conto dell'evoluzione della normativa e delle indicazioni programmatiche regionali, dei bisogni del territorio e delle criticità rilevate, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità dei servizi e di rafforzamento della rete territoriale.

PUBBLICAZIONE E TRASMISSIONE

La pubblicazione del presente atto è a cura della UOSD Affari Generali e la sua durata è di giorni 15 dalla effettiva data di pubblicazione (caricamento sull'albo pretorio on line).

La trasmissione di copia della presente Deliberazione a Enti/Organi/interessati esterni all'ASL, espressamente indicati nell'atto, viene effettuata nelle modalità previste dalla normativa vigente dalla Struttura Proponente.

L'inoltro alle UU.OO. aziendali e/o ai destinatari interni all'ASL avverrà in modalità digitale, in ossequio alle disposizioni vigenti.

ASL AVELLINO
UO AFFARI GENERALI
Pubblicato il

07 GEN. 2026

