

# CHAT (CHecklist for Autism in Toddlers)

Screening per l'autismo tra i 18 e i 24 mesi di età

Nome del paziente: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_

Numero di cartella clinica: \_\_\_\_\_

Data odierna: \_\_\_\_\_

## Sezione A: da compilare a cura del genitore

|                                                                                                                                                                                              |                             |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Al Suo bambino piace essere dondolato, fatto saltare sulle ginocchia e cose simili?                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Il Suo bambino si interessa agli altri bambini?                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Al Suo bambino piace arrampicarsi sulle cose, per esempio salire le scale?                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Al Suo bambino piace giocare a cucù o a nascondino?                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 5. Il Suo bambino gioca mai a FAR FINTA, per esempio a preparare una tazza di tè con una tazzina e una teiera giocattolo, o a far finta di fare altre cose?                                  | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 6. Il Suo bambino usa mai l'indice per indicare, per CHIEDERE qualcosa?                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 7. Il Suo bambino usa mai l'indice per indicare, per mostrare INTERESSE verso qualcosa?                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 8. Il Suo bambino sa giocare in modo appropriato con giocattoli piccoli (per esempio macchinine o cubetti), senza limitarsi a portarli alla bocca, a rigirarli tra le mani o a farli cadere? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 9. Il Suo bambino porta mai degli oggetti a Lei (il genitore) per MOSTRARLE qualcosa?                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

## Sezione B: medico o operatore sanitario

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Durante la visita il bambino ha stabilito un contatto visivo con Lei?                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 2. Attiri l'attenzione del bambino, poi indichi un oggetto interessante dall'altra parte della stanza e dica: «Oh, guarda! C'è un (nome del giocattolo)!» Osservi il viso del bambino. Il bambino guarda in quella direzione per vedere che cosa sta indicando Lei? | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 3. Attiri l'attenzione del bambino, poi gli dia una tazzina e una teiera giocattolo e dica: «Mi prepari una tazza di tè?» Il bambino fa finta di versare il tè, di berlo e così via?                                                                                | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 4. Dica al bambino: «Dov'è la luce?» oppure «Fammi vedere dov'è la luce». Il bambino INDICA la luce con l'indice?                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |
| 5. Il bambino sa costruire una torre di cubetti? (Se sì, quanti _____ )                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

B2: Per registrare Sì a questo item, si assicuri che il bambino non abbia semplicemente guardato la Sua mano, ma abbia davvero guardato l'oggetto che Lei sta indicando.

B3: Se riesce a suscitare un esempio di gioco di finzione in un altro gioco, assegni un Sì a questo item.

B4: Se il bambino non capisce la parola luce, ripeta la prova con «Dov'è l'orsacchiotto?» o con un altro oggetto fuori portata. Per registrare Sì a questo item, il bambino deve aver alzato lo sguardo verso il Suo viso all'incirca nel momento in cui indica.

*(Per le raccomandazioni sul punteggio vedere il retro)*

## Item chiave del CHAT

### Sezione A

- A5: Gioco di finzione
- A7: Indicazione protodichiarativa

### Sezione B

- B2: Seguire un'indicazione
- B3: Far finta
- B4: Produrre un'indicazione

## Item non chiave del CHAT

### Sezione A

- A1: Gioco fisico movimentato
- A2: Interesse sociale
- A3: Sviluppo motorio
- A4: Gioco sociale
- A6: Indicazione protoimperativa
- A8: Gioco funzionale
- A9: Mostrare oggetti

### Sezione B

- B1: Contatto visivo
- B5: Torre di cubetti

## Attribuzione del rischio

|                                   |                                                            |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Gruppo ad alto rischio di autismo | Risposta NO ad A5, A7, B2, B3, B4                          |
| Gruppo a rischio medio di autismo | Risposta NO ad A7 e B4 (ma non nel gruppo ad alto rischio) |
| Gruppo a basso rischio di autismo | Non rientra negli altri due gruppi di rischio              |

## Raccomandazioni per la presa in carico:

- Gruppo ad alto rischio:** Inviare al servizio di neuropsichiatria infantile e ai servizi territoriali di intervento precoce.
- Gruppo a rischio medio:** Sospetto elevato: inviare come sopra  
Sospetto lieve: ripetere il test dopo un mese
- Gruppo a basso rischio:** In presenza di risposte NO, ripetere il test dopo un mese.