ASOCIAȚIA RAZĂ DE SPERANȚĂ ÎN INTERVENȚIA ȘI TERAPIA TULBURĂRILOR DIN SPECTRUL AUTIST

Echipa multidisciplinară în diagnosticul precoce *și intervenția timpurie în TSA*

De la suspiciune la acțiune — un protocol practic pentru cabinetul medicului de familie.

Ximena Bejan
Psiholog în specialitatea Psihologie Clinică
Analist Comportamental- în formare
Coordonator Structură de Psihologie și Centru de Zi ”Rază de Speranță”

Roxana Elena Bădilă - Psiholog în specialitatea Psihologie Clinică și Psihoterapeut cognitiv-comportamental
Ana Sandu - Psiholog în specialitatea Psihopedagogie specială, Psihologie Educațională, consiliere școlară și vocațională

CONFERINȚA AS-PRIM 2026

De ce TSA în medicina de familie?

- **Medicul de familie** este primul — și adesea singurul — care vede sistematic copilul în primii 3 ani.
- Vizitele de bilanț de la **18 și 24 luni** sunt momente optime pentru screening.
- Fiecare lună de întârziere = neuroplasticitate pierdută.

ÎN CIFRE

Într-un cabinet cu 250 copii pe listă, 2–3 au TSA.

Cel puțin unul nediagnosticat.



Plan prezentare

1 Semne precoce de suspiciune pentru TSA în medicina de familie

2 Screening M-CHAT și criterii de trimitere

3 Traseul optim de evaluare multidisciplinară

4 Modele eficiente de colaborare interdisciplinară

1

CAPITOLUL 1

Semne precoce de suspiciune pentru TSA în medicina de familie

Definiție

Tulburarea din Spectrul Autist (DSM-5)

Tulburare de neurodezvoltare cu debut în copilăria timpurie. *Ambele criterii sunt necesare; severitatea variază — de unde și termenul de „spectru".*

A Deficite persistente în comunicarea și interacțiunea socială

B Pattern-uri restrictive și repetitive de comportament, interese și activități



Prevalență

Prevalența și factorii de risc

4 : 1

Raport băieți : fete

cu subdiagnosticare semnificativă la fete

5–10%

Risc de recurență la frate / soră

când există deja un caz diagnosticat în familie

ALȚI FACTORI DE RISC

Vârstă parentală înaintată · prematuritate

Afecțiuni genetice (X Fragil, Scleroză Tuberoasă, Angelman)

Aproximativ 200.000 de copii și adulți diagnosticați cu TSA

Vârsta de debut

Cele două tipare clinice

TIPAR 1

Debut insidios

Cel mai frecvent

Copilul *nu învață niciodată* anumite abilități sociale. Recunoaștere graduală între **12–24 luni**.



TIPAR 2

Debut cu regresie

~30% din cazuri

Copilul atinge reperele, apoi **le pierde** între 12–24 luni. Cea mai mare valoare clinică în anamneză — **trimitere imediată**, indiferent de scor.



Interacțiune socială (1/2)

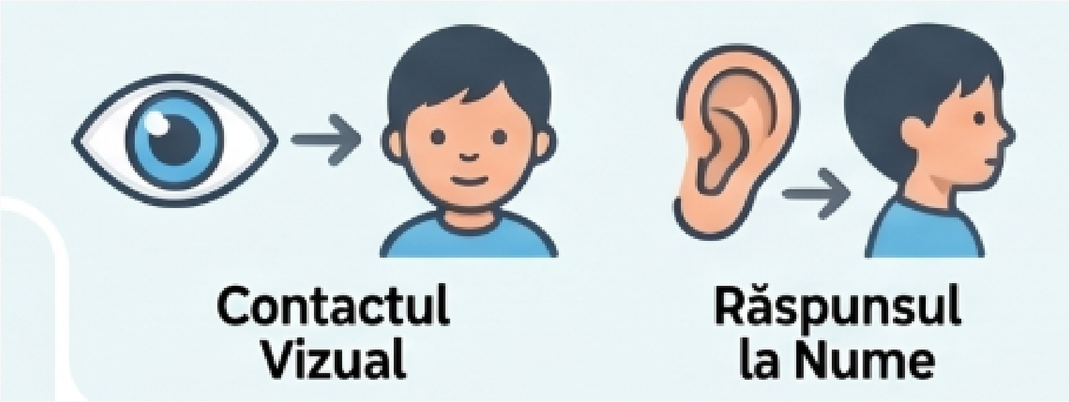
Semnele precoce la nivelul interacțiunii sociale

- **Contactul vizual** (itemul 1 + observația O1) — absența acestuia este semnul cel mai robust.
- **Răspunsul la nume** (itemul 9)— vizibil deja la 12 lunii prin lipsa orientării
- **Reciprocitate în atașament și joc** — la 18 luni, itemii 4, 5, 6 și 8 din M-CHAT.
- **Lipsa de interes pentru persoane** (observația O2).

7/12

itemi M-CHAT vizează direct interacțiunea socială.

Semne surprinse de M-CHAT



Interacțiune socială (2/2)

Semne pe care M-CHAT nu le acoperă — verificați direct

Atenția comună (Joint attention)

- Copilul NU arată cu degetul pentru a împărtăși un interes- vizibil de la 18 luni
- Copilul NU urmărește privirea adultului

Jocul simbolic

- Absența jocului simbolic spontan la 18–24 luni- „de-a doctorul, de-a bucătarul"

Hand-leading sign— copilul folosește mâna adultului ca instrument, fără privire către adult. Semn clinic puternic.







Comunicare

Semne precoce la nivelul comunicării

Semne surprinse de M-CHAT

ITEMUL 7 — FORMULAT DIFERENȚIAT PE VÂRSTĂ

18 luni -zâmbetul social reciproc

24 luni -folosirea cuvântului „mama" ca adresare directă

ITEMUL 2 — SUSPICIUNEA DE SURDITATE

„V-ați gândit că nu aude normal?"

Paradoxul: copilul aude, dar nu răspunde la voce — semn social, nu auditiv.

Repere de limbaj-verificate activ de către medic:

18 luni - absența cuvintelor cu sens

24 luni- absența frazelor din două cuvinte

- **Ecolalie**
- **Regresia limbajului**- copilul avea câteva cuvinte și le-a pierdut -urgență de evaluare
- Folosirea limbajului fără **funcție comunicativă**

Semne precoce comportamentale

Comportamente repetitive, stereotipe și interese restrânse

01

Stereotipii motorii

fluturatul mâinilor, învârtirea în jurul axei proprii, posturi inadecvate, mers pe vârfuri

02

Insistență pe rutine și rezistență la schimbare

mâncare, drum, ritual

”Este ceva ce trebuie sa facă mereu la fel?”

03

Interese restrânse intense

fixații pe anumite obiecte, stimulare senzorial- repetitivă

04

Manipularea atipică a obiectelor

sortare, aliniere, miros, gust

05

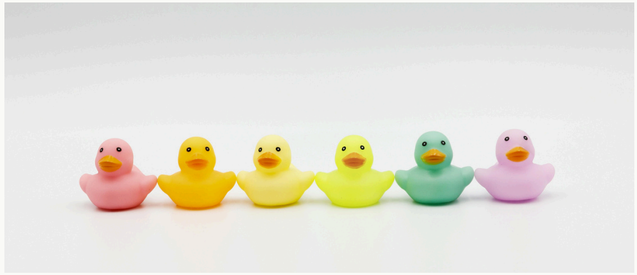
Stereotipii verbale

ecolalie imediată sau întârziată

Medicul observă activ - NU sunt surprinse de chestionar

Observația O3 -regăsită în chestionar

!!! Doar **dupa 24 luni**



Senzorial și motor

Particularități senzoriale

- **Hiperreactivitate senzorială -** reacții exagerate la sunete, lumini, atingere
- **Hiporeactivitate senzorială-** nu reacționează la durere, frig - **itemul 2** evalueaza parțial
- **Căutare senzorială** - neobișnuită
- **Selectivitate alimentară extremă- item 3-** textură sau culoare/aspect

ATENȚIE ÎN CABINET

Reacții puternice la stimulul senzorial obișnuit:

stetoscop · otoscop · lumina lămpii · contactul cu masa de examinare.







Particularități motorii

- **Mers pe vârfuri persistent -** peste 3 luni de la dobândirea mersului
- **Hipotonie generalizată-** ”păpușa de paie”/ hiperton ”bucata de lemn”
- **Întârziere motorie** - primii pași după 18 luni, neîndemânare, împiedicări
- **Deficit de imitație motorie-** apare devreme, nu copiază gesturi simple
- **Salivare necontrolată-** peste 24 luni







Comorbidități

Regula, nu excepția

70%

au cel puțin o tulburare psihică asociată

40%

au două sau mai multe







CELE MAI FRECVENTE- Căutare activă

- **Tulburări de somn** · peste 50%.

  ”Prima problemă” adusă de părinte.

- **Probleme gastrointestinale** · trimitere la gastroenterolog

- **Selectivitate alimentară extremă**

2

CAPITOLUL 2

Screening și criterii de trimitere

Instrumentul

M-CHAT — varianta recomandată oficial în România

- **Modified Checklist for Autism in Toddlers** — Chestionarul Modificat de Screening pentru Autism la Copiii mici
- Instrument scurt de screening
- Chestionar elaborat în cadrul **Pogramului Național de Sănătate Mintală 3.1.**
- Validat de **Universitatea Babeș-Bolyai**, Cluj-Napoca.
- Adaptat cultural pentru contextul clinic românesc.
- Se aplică direct în **cabinetul medicului de familie**, în câteva minute

STRUCTURĂ

12

itemi cu pondere diferită

Avantaje

De ce e potrivit pentru cabinetul Medicului de Familie

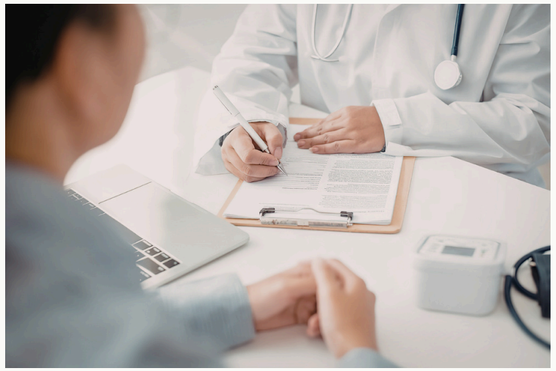
01 Rapid
durează câteva minute în consultația obișnuită

02 Fără pregătire psihologică specială
răspunsurile se cotează pe baza matricei

03 Adaptat cultural
reduce fals-pozitivele și fals-negativele

04 Cost minim
impact major asupra prognosticului

Medicul de familie = prima și adesea singura verigă pentru identificarea precoce.



Aplicare

Când și cum se aplică M-CHAT

SISTEMATIC

- La **toți** copiii: la controalele de la **18 luni** și la **24 luni**.

SUPLIMENTAR

- La orice **îngrijorare nouă** a părintelui.
- La **regresie** raportată — indiferent de vârstă.
- Există un **frate deja diagnosticat** cu TSA
- Copilul a fost încadrat anterior la **risc mediu** și necesită o **reevaluare**

CUM

01 9 întrebări către părinte

02 3 observații directe ale medicului

Durata: **câteva minute**— în consultația obișnuită.



Structură

Cele 9 întrebări către părinte

Nr.	Întrebare adresată părintelui	Da	Nu	Uneori
1	Copilul dvs. vă privește în ochi când vorbiți cu el?	0	2	1
2	V-ați gândit uneori că nu aude normal?	2	0	1
3	Copilul dvs. este dificil la mâncare? / Pare lipsit de apetit?	2	0	1
4	Întinde brațele să fie luat în brațe?	0	2	1
5	Se opune când este luat în brațe de dvs.?	2	0	1
6	Participă la jocul „cucu-bau"?	0	2	1
7	Zâmbește când dvs. îi zâmbiți? (la 24 luni: „Folosește cuvântul «mama» când vă strigă?")	0	2	1
8	Poate să stea singur în pătuț când este treaz?	2	0	1
9	Reacționează întotdeauna când este strigat pe nume? / Întoarce capul când este strigat?	0	2	1

0 / 1 / 2 puncte per item — interval teoretic **0–18**.

Cele 3 observații făcute de medic

Nr.	Observație clinică	Da	Nu
O1	Evită privirea directă / Nu susține contactul vizual	1	0
O2	Lipsă evidentă de interes pentru persoane	1	0
O3	(După 24 de luni) Stereotipii motorii: flutură mâinile, țopăie, merge pe vârfuri, se învârte în jurul propriei axe, posturi inadecvate	1	0

O3(stereotipii motorii) — valid **doar după 24 luni**.

Interpretarea scorului

Cele 3 benzi de risc

RISC MINIM 0–6

Monitorizare de rutină

Screening la următoarea vizită programată

RISC MEDIU 7–9

Reevaluare la 3 luni

Dacă scor ≤ 6 → monitorizare. Dacă scor ≥ 7 sau crește → trimitere.

RISC SEVER 10–18

Trimitere directă la specialist

Fără reevaluare intermediară. Fals-pozitivul devine puțin probabil.

SCOR TOTAL

Însumarea punctelor acordate la toți cei 12 itemi. Scoruri posibile: **0-18**

ATENȚIE LA SCORARE

Asimetria sensului răspunsurilor — citiți cu atenție tabelul de scorare (**sensul patologic** se inversează de la item la item)

VALOAREA RĂSPUNSULUI ”UNEORI”

„Uneori" = 1 punct, principiul: „comportamentele inconstante sunt ele însele un semn slab de alertă".

Pondere clinică maximă

Cei 4 itemi „grei"

1
ITEMUL
Contactul vizual
dublat de O1

9
ITEMUL
Răspunsul la nume
vizibil deja la 12 luni

2
ITEMUL
Suspiciunea de surditate
paradoxul „aude, nu răspunde"

7
ITEMUL
Zâmbetul social / „mama"
recalibrat 18 vs 24 luni

Observațiile **O1 (contactul vizual) + O2(lipsa de interes pentru persoane)** adaugă obiectivitate peste raportul parental.

IMPORTANȚĂ CRESCUTĂ: la părinții ce minimalizează, aceste 2 observații pot **duce singure scorul peste prag.**

Algoritm

Reevaluare versus trimitere

0–6	Monitorizare	Screening la următoarea vizită (la 24 de luni sau la controlul de rutină). Atenție la îngrijorări noi între vizite	→
7–9	Reevaluare la 3 luni	Intervalul cel mai delicat clinic- unește 2 subpopulații: întârziere tranzitorie vs. TSA atipică/ la debut Scor ≤ 6 → monitorizare · Scor ≥ 7 → trimitere	→
10–18	Trimitere directă	Fără reevaluare intermediară. Fals-pozitivul tranzitor devine puțin probabil	→
*	Regresie sau îngrijorare puternică	Trimitere imediată — indiferent de scor	→

Dincolo de M-CHAT

Cele 3 verificări de făcut în cabinet

M-CHAT acoperă bine reciprocitatea socială, mai puțin atenția comună și jocul simbolic.

01 Copilul urmărește direcția degetului adultului când acesta arată un obiect?

02 Copilul arată el însuși cu degetul către lucrurile care îl interesează?

03 Există un moment de joc pretins spontan? (păpușă, telefon)

Toate 3 răspunsuri „NU" → suspiciune foarte puternică, chiar și cu scor sub 10 la M-CHAT.

Semne de alarmă

Semne care impun trimitere indiferent de scor

⚠ **REGRESIA** — la orice vârstă, indiferent de scor: pierderea unor abilități sociale sau de limbaj deja dobândite. Urgență în pediatria dezvoltării — trimitere imediată, fără chestionar.

PÂNĂ LA 12 LUNI

- Absența lalațiunii și a gânguritului
- Absența gesturilor comunicative (arătat, „pa", întins brațele)
- Lipsa orientării la strigarea pe nume
- Evitarea activă a privirii

PÂNĂ LA 18 LUNI

- Niciun cuvânt individual cu sens (bolboroseala nu se numără)
- Lipsa gestului proto-declarativ (nu arată cu degetul pentru a împărtăși interesul)
- Lipsa jocului simbolic

PÂNĂ LA 24 LUNI

- Nu combină cuvinte în fraze de 2 elemente
- Predominanță ecolalică în limbaj

Comunicarea suspiciunii către părinți

3 MESAJE CHEIE

”Acest rezultat înseamnă că trebuie să mai verificăm — nu că există deja un diagnostic."

”Cu cât mergem mai repede la evaluare, cu atât e mai bine — dacă se confirmă ceva, începem intervenția din timp; dacă nu, rămânem liniștiți."

„Între timp, anumite servicii — logopedie, stimulare timpurie — îl ajută oricum, indiferent de rezultatul final."

4 REGULI PENTRU DISCUȚIE

1. **Direct, dar calm** — fără ezitări, fără dramatizare

2. **Fără formulări definitive** — nici „are autism", nici „sigur nu e nimic"

3. **Cu plan concret** — nume specialist, contact, listă acte — la finalul discuției

4. **Permițând emoția** — negarea, furia, tristețea sunt firești; le recunoști, nu le contracarezi

Principiu final

Când există îndoială, se trimite

COST TRIMITERE CARE NU SE CONFIRMĂ

1 control

de specialitate, în plus

COST RATARE DIAGNOSTIC

luni / ani

de întârziere a intervenției timpurii

Trimiterea = pentru certitudine. Nu certitudine în sine.

Fără formulări definitive — nici „are autism", nici „sigur nu e nimic".

3

CAPITOLUL 3

Traseul optim de evaluare multidisciplinară

Rolul Medicului de familie

Cele 4 niveluri de responsabilitate ale **Medicului de Familie**

01	Supraveghere continuă a dezvoltării (vizite de bilanț)	**Întrebați părintele:** ”Cum comunică”, ”Se uită în ochii dvs., arată cu degetul?”
02	Screening structurat (M-CHAT la 18 și 24 luni)	**Toți copiii,** nu doar cei suspecți
03	Evaluare clinică inițială + excludere cauze somatice	Când **screening-ul e pozitiv**/ părintele aduce îngrijorări
04	Trimitere coordonată + coordonare pe termen lung	Rol de **medic-de-referință**

Medicul de Familie = și prima verigă, și veriga continuă.

Capcane clinice

Frazele de evitat

"
„Așteptăm și vedem"

→**CEA MAI COSTISITOARE EROARE**

"
„E băiat, băieții vorbesc mai târziu"

→**ÎNTÂRZIERE IZOLATĂ ≠ TSA**

"
„Pare că aude când vrea"

→**SEMN CLASIC DE TSA**

"
„Nu e clasic, nu are toate semnele"

→**SPECTRUL NU CERE TABLOU COMPLET**

"
„Atribuirea comportamentelor caracterului sau stilului parental”

→**EROARE CLINICĂ MAJORĂ- ÎNTÂRZIE DIAGNOSTICUL**

Etapa 0

ETAPA 0 -Suspiciunea ridicată în cabinet

SE DECLANȘEAZĂ ÎN 3 SITUAȚII

01 Scor M-CHAT **≥ 7** la vizita de la 18 sau 24 luni.

02 **Îngrijorare specifică** a părintelui — orice vârstă.

03 **Observație directă** — regresie, stereotipii, lipsa contactului vizual.



CE FACE MEDICUL DE FAMILIE ÎN 1–2 SĂPTĂMÂNI

→ M-CHAT + anamneză de dezvoltare + examen orientat

→**Audiogramă** obligatorie

→ Examen oftalmologic dacă e cazul

→ Bilet de trimitere către **psihiatrie pediatrică cu:**

- motivul trimiterii
- scorul M-CHAT (copia chestionarului completat)
- îngrijorările specifice părintelui
- observațiile clinice din cabinet

Etapa 1

ETAPA 1- Evaluarea diagnostică de specialitate

Singurul moment în care se pune diagnosticul formal.

SPECIALIST

Psihiatru pediatru / neuropsihiatru infantil + *psiholog clinician*

INSTRUMENTE STANDARD DE AUR

ADI-R— interviu structurat cu părinții **ADOS-2**— observație directă a copilului

Certificatul medical A5— eliberat aici de către Psihiatru Pediatru. Necesar pentru CES și grad handicap.





Etapa 2

ETAPA 2- Evaluări funcționale complementare

În paralel sau imediat după Etapa 1 — fără să se aștepte confirmarea diagnostică.

01 **Logoped**
Comunicare verbală / non-verbală, sisteme augmentative (PECS, AAC)

02 **Terapeut ocupațional**
cu formare în integrare senzorială

03 **Psihoterapeut comportamental**
analist ABA certificat

04 **Eventual**
Neurolog pediatru, genetician







Etapa 3

ETAPA 3- Sinteza și începerea intervenției

ÎN VARIANTA OPTIMĂ

Întâlnire de echipă cu familia → plan personalizat.

ÎN REALITATEA ROMÂNEASCĂ

Coordonarea cade pe psihiatru + părinți.

Aici **Medicul de Familie** redevine **cheie** — punct stabil de continuitate.

- Menține **fișa sintetică actualizată**.
- Identifică lacunele*(„fără audiogramă recentă")*.
- Ghidează familia spre intervenția timpurie



Repere

Reperul temporal pentru MF

2–3

luni maxim

de la suspiciune la diagnostic confirmat

(la un copil cu risc sever sau semn de alarmă izolat-regresie)

Fiecare lună amânată = lună pierdută din fereastra de neuroplasticitate maximă.

Distincția esențială

Specialiști implicați — 4 categorii

PUN DIAGNOSTICUL	Psihiatru pediatru / Neuropsihiatru infantil + psiholog clinician (instrumente diagnostice)
EVALUĂRI MEDICALE	Neurolog · Genetician · Audiolog/ORL · Oftalmolog · Gastroenterolog (pediatru)
EVALUARE FUNCȚIONALĂ ȘI INTERVENȚIE	Logoped · Psihoterapeut comportamental (ABA) · Terapeut ocupațional · kinetoterapeut
SUPORT SOCIAL ȘI ADMINISTRATIV	Asistent social· Consilier parental · CJRAE/ CMBRAE ·DGASPC

Multidisciplinar

De ce evaluarea în echipă



- **Diagnostic diferențial mai precis**
- **Plan de intervenție personalizat** (nu generic)
- **Identificare comorbidităților** (+ prevenirea omisiunilor medicale)
- **Dosar complet pentru drepturi** (certificatul CES și încadrarea în grad de handicap).

Limitarea unui singur specialist: **Un singur medic nu poate construi un plan complet de intervenție, deoarece TSA afectează simultan multiple domenii de dezvoltare ale copilului.**

De la diagnostic la acțiune

Intervenția timpurie

- Diagnosticul precoce = **poarta de intrare** în intervenție și la drepturile sociale, nu scop în sine.
- Certificat CES cu profesor de sprijin, încadrarea în grad de handicap+ drepturi, decontarea parțială a terapiilor (CAS)

3–5 ani

fereastra optimă — neuroplasticitate maximă care permite remodelarea cea mai amplă a circuitelor sociale și de limbaj.

Caracteristici:

- Recomandare: **15-20/ ore pe săptămână** de terapie
- Vârsta optimă de intrare în intervenție: **înainte de diagnosticul formal**
- Nu există tratament medicamentos pentru autism, **medicația e utilă pentru comorbidități**
- ”Vindecarea” nu este un obiectiv realist, ci **îmbunătățirea semnificativă**
- **Implicarea famiilor** este esențială
- Medicul orientează familia spre t**erapii bazate pe evidențe**

Particularități consultație

Adaptarea mediului și a comunicării

MEDIUL

- **Cabinet liniștit**— lumină redusă, fără zgomote puternice.
- Programări în orele cu mai puțină aglomerație.
- Părintele rămâne în cameră, ține copilul în brațe dacă e posibil.

DISCUȚIA PREALABILĂ CU PĂRINTELE

Scurtă discuție telefonică:

- istoricul clar al copilului
- solicită sugestii despre cum poate fi ușurat consultul

COMUNICAREA

- **Limbaj simplu, concret, literal** — fără ironii, fără metafore. *”O să simți o înțepătură mică”*
- **Comenzi directe, scurte, una pe rând-** *”Stai jos”*
- Fiecare **pas se anunță** înainte de a fi executat. Poate fi utilizată o păpușă demonstrativă. *”Acum o sa te ascult cu stetoscopul și o să fie rece pe spate*”.



Examen fizic

Adaptare și gestionarea crizelor

ÎNAINTE

- **Ordine flexibilă**— începe cu ce tolerează copilul.
- Lasă copilul să atingă instrumentele înainte.
- Evită **contactul vizual forțat**.
- Permite părintelui să rămână în cameră.



ÎN CRIZĂ

Redu imediat **stimularea** (*ieși din cameră)*

Vocea **nu** se ridică.

Nu se forțează contactul fizic de liniștire.

Permite părintelui să folosească strategiile proprii.

Reprogramare

O vizită reușită peste o săptămână > una forțată azi.

Dosarul CES și încadrarea în grad de handicap

Certificatul de Orientare Școlară și Profesională (CES) — eliberat de CJRAE (în București — CMBRAE) prin SEOSP/COSP.

Deschide **drepturile educaționale**: profesor de sprijin, curriculum adaptat, alocație de hrană, rechizite gratuite, bursă medicală.

Certificatul de încadrare în grad de handicap — eliberat de DGASPC prin Comisia pentru Protecția Copilului.

Deschide **drepturile financiare și sociale:** indemnizație lunară, asistent personal pentru gradul grav, gratuitate la transport, scutiri fiscale.

Gradele sunt patru — **grav, accentuat, mediu, ușor** — în funcție de severitatea deficitului funcțional.

Cele două dosare se depun separat, la instituții diferite, și nu se substituie. Familia are nevoie de ambele.

Rolul Medicului de Familie în întocmirea celor două dosare

Fișa medicală sintetică (valabilitate 1 an)

- **diagnosticul** (preluat de la psihiatrul pediatru — confirmat de medicul de familie);
- **comorbidități relevante** (epilepsie, tulburări digestive, tulburări de somn);
- **medicația** curentă;
- starea **vaccinărilor**
- **contraindicații** relevante pentru colectivitate.



Birocrație necesară

Dosarul CES necesită

01
Certificatul A5
Psihiatru pediatru

02
Fișa medicală sintetică
Medic de familie · anuală

03
Anchetă socială
SPAS sau DGASPC

04
Fișă psihologică
Psiholog clinician

05
Fișă psihopedagogică
Grădiniță / școală

06
Acte identitate
Certificat de naștere

Nu Medicul de Familie le procesează, dar e importantă cunoașterea acestora pentru a putea răspunde la întrebările părinților

Cine eliberează ce

Documente, instituții, reînnoire

DOCUMENT	ELIBERAT DE	REÎNNOIRE
Grad de handicap	DGASPC (Comisia pentru Protecția Copilului)	la 2 ani
Certificat de Orientare Școlară (CES)	CJRAE prin SEOSP / COSP	per ciclu școlar
Fișa medicală sintetică	Medic de familie	anual



4

CAPITOLUL 4

Modele eficiente de colaborare interdisciplinară

Premiza

De ce colaborare interdisciplinară

Niciun specialist nu cuprinde singur întregul tablou TSA.

- Permite **evaluare complexă și completă**.
- Facilitează un **plan de intervenție unitar** și coerent.
- **Continuitatea și coordonarea** = condiție pentru progres real.



Realitate

Adaptarea colaborării la nivel local

Ce funcționează în centre universitare ≠ ce funcționează în mediul rural.

TREI VARIABILE

- Resursele disponibile
- Nivelul de formare al specialiștilor
- Specificul socio-cultural

REȚEAUA DE SUPORT

Familie + școală + medicină + autorități + ONG + comunitate



Rețeaua

8 categorii de parteneri

01

Familia

părinți, frați, bunici

02

Sănătate și terapie

MF, psihiatru, logoped, ABA

03

Educație

grădiniță, școală, prof. sprijin

04

Autorități

DGASPC, primărie, sănătate publică

05

ONG-uri

intervenție timpurie, asociații părinți

06

Comunitate locală

grupuri suport, biserică, voluntari

07

Învățământ superior

universități, cercetare

08

Servicii conexe

transport adaptat, centre de zi

Studiu de caz · Brașov

Alexandru, 2 ani — parcurs interdisciplinar

Dificultăți de comunicare și interacțiune socială.

MF / Pediatru	aplică M-CHAT → trimitere
Echipă diagnostică	psihiatru + psiholog clinician → diagnostic TSA
Plan terapeutic	psiholog + logoped + ABA + consiliere parentală (ONG)
DGASPC + primărie	centru de zi + transport adaptat
ONG	intervenție timpurie + grupuri suport părinți
Comunitate	vecini + comunitate religioasă (suport emoțional)



Beneficii

Pentru toți actorii implicați

01

PENTRU

Copil

Dezvoltare coerentă, șanse mai mari de progres

02

PENTRU

Familie

Orientare clară, sprijin constant, rol activ în terapie

03

PENTRU

Medic de familie

Act medical mai eficient, evoluții favorabile, satisfacție profesională

04

PENTRU

Societate

Costuri reduse, integrare mai bună, calitate crescută a vieții

Mesaje cheie

De luat acasă

01 Diagnosticul precoce începe în cabinetul medicului de familie.

02 M-CHAT la 18 și 24 luni — standard, nu excepție.

03 5 semne-cheie + 3 verificări dincolo de chestionar.

04 Când există îndoială — se trimite. Regresia → trimitere imediată.

05 Coordonarea pe termen lung = rolul MF.

06 Colaborarea interdisciplinară = condiție pentru intervenție eficientă.



DISCUȚII ȘI APLICAȚII PRACTICE

Întrebări?

AS-PRIM 2026

ASOCIAȚIA RAZĂ DE SPERANȚĂ ÎN INTERVENȚIA ȘI TERAPIA TULBURĂRILOR DIN SPECTRUL AUTIST.

Mulțumim.

Ghidul scris este disponibil tuturor participanților.