**Terapia dell’autismo**

Non è possibile individuare un intervento esclusivo e specifico per tutte le persone affette da **autismo** a causa della variabilità e complessità dei sintomi. Il percorso terapeutico deve evolversi e modificarsi in funzione dell’evoluzione e dei cambiamenti, in itinere, del disturbo. Quanto più complesso appare il quadro clinico più è necessario individuare obiettivi intermedi, ciascuno dei quali può prevedere più interventi per la sua realizzazione.

Parent training

Il percorso terapeutico, in generale, dovrebbe prevedere l’attivazione di una serie di interventi finalizzati ad arricchire l’interazione sociale, a incrementare la comunicazione e a facilitare l’ampliamento degli interessi rendendo più flessibili gli schemi di azione. Tutto questo con un percorso di parent training coinvolgendo attivamente i genitori e con il continuo adattamento dell’intero contesto ambientale, con l’obiettivo di aiutare le famiglie a interagire con i loro figli, promuovere lo sviluppo e l’incremento della soddisfazione dei genitori, del loro empowerment e benessere emotivo.

Terapia farmacologica

Nel trattamento delle persone con **diagnosi di autismo** può emergere la necessità di ricorrere a una terapia farmacologica, che ha l’obiettivo di affrontare e ridurre a livello sintomatologico i diversi problemi che possono accompagnare questa condizione. Tuttavia non esiste una validazione specifica di questi farmaci per il trattamento dei disturbi dello spettro dell’**autismo**. Studi clinici controllati hanno dimostrato spesso l’inefficacia di alcune strategie di trattamento farmacologico, come nel caso del Citalopram, del Naltrexone, o della Secretina.

I disturbi psichiatrici (ad esempio, ansia sociale e depressione) accompagnano spesso la condizione autistica, ma i farmaci generalmente utilizzati per questi sintomi (antipsicotici tipici e atipici: aloperidolo, clorpromazina, risperidone, aripiprazolo; antidepressivi: fluoxetina, clorimipramina, clonidina; stimolanti: metilfenidato, atomoxetina) determinano effetti indesiderati (aumento di peso, effetti cardiovascolari, sintomi extrapiramidali discinesie, tremori, effetti neuroendocrini); inoltre per alcuni farmaci come gli stimolanti si registrano effetti paradosso (aumento delle stereotipie). Nell’**autismo** è frequente riscontrare anche la presenza di sintomi neurologici, come l’epilessia. In questo caso si usano farmaci anticonvulsivanti (valproato).

È da tenere, comunque, in considerazione che una terapia farmacologica, da sola, non è sufficiente a modificare la componente comportamentale caratteristica del disturbo. È importante prima di intraprendere un trattamento farmacologico verificare se specifici cambiamenti negli ambienti quotidiani (scuola, casa) o nelle abitudini (ritmi sonno/veglia, attività quotidiane, alimentazione), e soprattutto l’inserimento in protocolli di intervento comportamentali ed educativi, possano migliorare i sintomi indesiderati senza dovere ricorre all’uso di farmaci.

**Terapia cognitivo-comportamentale (ABA)**

Da un’attenta analisi delle linee guida (Practice Guidelines) stilate dall’American Psychiatric Association (APA) secondo l’Evidence Based Medicine, e dalle Linee Guida Autismo redatte dall’Istituto Superiore di Sanità (2011) emerge che la Terapia Cognitivo-Comportamentale rappresenta ad oggi l’intervento di prima scelta per molti disturbi psichiatrici.

Ad oggi gli interventi psicoeducativi per i disturbi dello spettro autistico, validati da evidenze empiriche e di letteratura, fanno riferimento a una cornice teorica di stampo cognitivo-comportamentale, finalizzati a modificare il comportamento generale per renderlo funzionale ai compiti della vita di ogni giorno (alimentazione, igiene personale, capacità di vestirsi) e tentano di ridurre i comportamenti disfunzionali. La maggior parte di questi interventi si basano sulla tecnica **ABA per l’autismo** (Applied Behavioural Analysis). Il **metodo ABA per l’autismo** interviene sulle competenze cognitive, linguistiche e di adattabilità. Altri modelli di intervento si basano sul modello Denver che individua, nelle specifiche caratteristiche di ogni bambino e sulle sue preferenze di gioco o di attività, la leva sulla quale delineare il progetto riabilitativo. Il Denver tiene conto del momento evolutivo del bambino ed è volto a sviluppare le capacità imitative e sociali, oltre a quelle cognitive. Ambedue questi modelli hanno proposto nuovi modelli di intervento applicabili nella fasi precoci dello sviluppo (prima dei 24 mesi).

La Terapia Cognitivo-Comportamentale è indicata come raccomandazione anche per l’**Autismo Lieve** (**Sindrome di Asperger**e**autismo ad alto funzionamento**) per il trattamento della rabbia e la comorbidità con i disturbi d’ansia e dell’umore.

Un programma di intervento di Terapia Cognitivo-Comportamentale modificata per adattarsi efficacemente alle esigenze cognitive e sensoriali delle persone con **autismo** si focalizza su sia aspetti emotivi sia cognitivi. Le aree di valutazione e di intervento dello sviluppo emotivo sono la maturità dell’espressione emotiva, la complessità o sottigliezza del lessico emotivo e l’efficacia nella gestione delle emozioni.

Un intervento Cognitivo-comportamentale si divide in più fasi: la valutazione della natura e del grado del disturbo dell’umore, l’educazione emotiva, la ristrutturazione cognitiva, la gestione dello stress, l’automonitoraggio e la programmazione delle attività per esercitarsi e mettere in pratica le nuove strategie e abilità cognitive. Una parte centrale dell’intervento consiste nell’insegnamento di abilità comportamentali, cognitive ed emotive (coping skills) utili a modificare pensieri e comportamenti, causa di stati emotivi negativi, come ansia, depressione e rabbia.

**Modello DIR Floortime**

Il termine **DIR** significa **D** Development, cioè basato sullo Sviluppo; **I** Individual Differenc, cioè basato sulle differenze Individuali di ciascun bambino; **R** Relationship- Based cioè basato sulle relazioni. Il modello DIR ha come obiettivo quello di costruire solide basi per le competenze sociali, emotive ed intellettuali (favorendo i processi evolutivi), piuttosto che focalizzarsi su semplici abilità (insegnare a…) o su processi di sviluppo di aree cognitive isolateo sulla modificazione del comportamento del bambino. Il DIR Floortime è un modello multidisciplinare che lavora su **attenzione**, **regolazione**emotivo-comportamentale, **salute mentale**, **processazione sensoriale**, **sviluppo motorio** e **linguaggio**con il **coinvolgimento attivo dei genitori** nella terapia. Il terapista DIR identifica il **profilo individuale** del bambino/adolescente e crea un piano di trattamento personalizzato con attività semistrutturate sensoriali e motorie, attività socio-comunicative e di problem solving sociale e Floortime. Il modello DIRFloortime riconosce l’importanza di esperienze affettive significative e della relazione come cornice di sviluppo della persona: l**a relazione genitore-bambino è al centro** dell’intervento e i **genitori sono attivamente coinvolti** nell’intero piano di trattamento quali relazioni di riferimento per lo sviluppo del bambino. Oltre a partecipare attivamente alle sedute di trattamento, i genitori possono analizzare insieme al terapista DIR le videoregistrazioni delle sedute con il bambino per rafforzare l’acquisizione di competenze nel gioco e nelle routine quotidiane a casa. Il modello DIRFloortime si applica a **casa**, nello **studio** di terapia e a **scuola**

### DENVER

### Che cos’è e cosa si propone Il Denver Model è un modello di presa in carico per bambini con disturbi dello spettro autistico in età prescolare, promosso dagli inizi degli anni Ottanta da Sally Rogers e coll. all’interno dei programmi per le Disabilità dello sviluppo dell’Università del Colorado Health Sciences Center (UCHSC). Le convinzioni che stanno alla base del Denver Model sono:- le famiglie devono essere a capo del trattamento dei loro bambini, dal momento che ogni bambino con autismo e la sua famiglia sono unici, gli obiettivi, gli interventi e gli approcci devono essere individualizzati; - i bambini con autismo possono apprendere con successo; - dal momento che l’autismo è in sostanza un disturbo sociale, il trattamento deve focalizzarsi sulla disabilità sociale; - i bambini sono membri della famiglia e della comunità ed è necessario che abbiano un ruolo nella famiglia e nelle attività della comunità; - i bambini con autismo hanno una mente, opinioni, preferenze, scelte, e sentimenti; hanno diritto alla espressione di sé e ad un certo controllo del proprio mondo - l’autismo è un disturbo complesso che colpisce praticamente tutte le aree del funzionamento dell’individuo; è necessaria una collaborazione interdisciplinare professionale per affrontare le varie sfide che l’autismo presenta; - i bambini con autismo sono in grado di diventare comunicatori intenzionali e simbolici, e la maggior parte di loro è in grado di sviluppare un linguaggio comunicativo utile se vengono attuati interventi appropriati e di sufficiente intensità durante gli anni prescolari; - diversi approcci di intervento per bambini con autismo hanno dimostrato la loro efficacia usando varie metodologie istruttive; un approccio di trattamento globale e integrato deve essere in grado di estrapolare da tutte le esperienze disponibili sul campo; - il gioco è uno dei mezzi più potenti di apprendimento cognitivo e sociale a disposizione del bambino; - interventi efficaci per bambini con autismo richiedono che molte delle ore di veglia vengano impiegate in attività orientate alla socializzazione. E’ necessario fornire più di 20 ore a settimana di interventi strutturati per ottenere dei progressi ottimali.

### Si tratta di un modello basato sull’"approccio evolutivo" in cui l’intervento è centrato sul bambino per favorire la sua iniziativa, la sua motivazione e la sua partecipazione. La conoscenza di base o concettualizzazione dell’autismo, nucleo del Denver Model, deriva da un modello evolutivo dell’autismo proposto da Rogers e Pennington (1991) ed elaborato successivamente da Rogers, Benedetto, McEvoy e Pennington (1996) e Rogers (1999), che considera un ipotetico deficit nell’abilità imitativa dovuto ad un sottostante disturbo prassico o della capacità di programmare le sequenze di movimento che impedirebbe il precoce stabilirsi della sincronia e della coordinazione a livello del corpo così da dare inizio alle difficoltà progressive nell’area dell’intersoggettività.  Da questa concettualizzazione di autismo precoce derivano i cardini del trattamento: a)  inserimento del bambino in relazioni sociali coordinate e interattive per la maggior parte delle ore di veglia, in modo da poter stabilire sia l’imitazione che una comunicazione simbolica e interpersonale (non verbale, affettiva, pragmatica), e così che può avvenire la trasmissione di conoscenze ed esperienze sociali. b)  insegnamento intensivo per "colmare" i deficit di apprendimento che derivano dalla passata incapacità di accedere al mondo della socializzazione, dovuta agli effetti dell’autismo. I mezzi principali per raggiungere questi due obiettivi terapeutici comprendono l’insegnamento dell’imitazione, lo sviluppo della consapevolezza delle interazioni sociali e della reciprocità, l’insegnamento del potere della comunicazione, l’insegnamento di un sistema di comunicazione simbolica; il cercare di rendere il mondo delle interazioni sociali comprensibile come quello degli oggetti per portare il bambino nel ricco ambiente degli scambi sociali. L’intervento deve avvenire in ambienti strutturati che forniscano una sorta di regolazione esterna; vengono utilizzate strategie di educazione strutturata di tipo cognitivo-comportamentale.

### 

**ESDM (Early Start Denver Model)**

il modello ESDM è un'evoluzione del MODELLO DENVER sviluppata per intervenire su bambini a partire dai 18 mesi di età.  
Con questa tecnica, ha in comune l'obiettivo di rinforzare gli strumenti comunicativi e di incentivare il più possibile l'attività di socializzazione e di scambio.

Andando, però ad intervenire su bambini in una fase ancora precoce dello sviluppo, si possono stimolare competenze in fase di apprendimento, praticamente da zero.

Alcune di queste sono:

* richiesta di indicazione di un oggetto o di una persona (pointing)
* apprendimento del ruolo del linguaggio verbale
* richiesta di gesti comunicativi non verbali (sorriso, saluto)
* imitazione motoria su modello
* abbinamento e categorizzazione di codici simboli

Tutte queste azioni, se messe in pratica in maniera corretta e nell'ambito di una terapia che mediamente richiede un'applicazione di 20 ore settimanali, possono modificare la traiettoria evolutiva compromessa dal disturbo diagnosticato.

ESDM è una terapia *evidence based*.  
Molteplici, infatti, sono le evidenze scientifiche sui risultati ottenuti utilizzando il trattamento.

In uno studio del 2010 al quale hanno partecipato bambini tra i 18 e 30 mesi di età, che sono stati sottoposti alla terapia di 15 ore settimanali per un periodo di due anni, si è evidenziato che rispetto ad un gruppo trattato con altri modelli, i bambini nel gruppo ESDM hanno ottenuto miglioramenti statisticamente significativi nei quozienti di sviluppo verbale e non verbale.

Oltre ai miglioramenti nel linguaggio e nelle abilità cognitive nei bambini con autismo, sono stati documentati altri effetti attribuibili all’ESDM.  
Dawson e il suo staff (2012) hanno confrontato l’attività cerebrale attraverso encefalogramma in tre gruppi di bambini:

1. bambini con autismo trattati per due anni con ESDM
2. bambini con autismo trattati per due anni con un altro modello
3. bambini a sviluppo neurotipico.

**L’attività cerebrale, registrata durante una richiesta di tipo visivo, in cui venivano presentati sia stimoli non sociali (oggetti), che stimoli sociali (persone), è risultata simile nei bambini con autismo trattati con ESDM e nei bambini con sviluppo tipico.  
I bambini con autismo trattati con altri modelli differivano dagli altri due gruppi.**

Questo è il risultato che indica l'efficacia dell’ESDM, che agisce sulla biologia dell’autismo e può essere utile nel tentativo di modificare le traiettorie di sviluppo dei bambini con diagnosi di disordine o rischio autistico.

Infine, sono stati documentati gli effetti dell’ESDM sullo stress dei genitori.  
In uno studio del 2014, madri e padri di bambini con autismo trattati con ESDM, hanno riportato livelli di stress inferiori rispetto ai genitori di bambini che avevano ricevuto un altro tipo di intervento.  
I genitori che scelgono di somministrare ai loro figli una terapia basata sul modello ESDM apprendono diverse strategie e tecniche utili ad incentivare la comunicazione, l’interazione e a gestire il comportamento dei propri figli, con un miglior controllo educativo.

**DIAGNOSI E CURA**

* **IRRCS Fondazione Stella Maris**

Viale del Tirreno n°331 Calambrone PI

tel.050 886111

* **USL TOSCANA NORD OVEST**

Unità funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza - Zona Pisana

Responsabile: f.f. Roberta Romano

Poliambulatorio USL5 di via Garibaldi 198- Pisa. tel: 050 959831

* **FIRENZE Azienda Ospedaliero Universitaria “A.Meyer”**

Clinica di >Neurologia Pediatrica - Università degli Studi di Firenze

Referente Responsabile: prof. Renzo Guerrini

Viale Pieraccini 24, 50100 Firenze

telefono : 055 5662834

* **GROSSETO Unità funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza (UFSMIA)**

Gruppo interdisciplinare Aziendale sui Disturbi dello Spettro Autistico

Referente: Dr.ssa Papa Margherita

via Don Minzoni 3 - 58100 Grosseto

tel: 0564 485725

* **LIVORNO - Asl 6 - Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza**

Centro per i Disturbi della Relazione e della Comunicazione

Referente: Dr.ssa Cristina Casella Responsabile: Dr.ssa Maria Teresa Toler

via S.Gaetano 7 - 57100 Livorno

telefofono: 0586 223163- centr. 0586 223160

* **LUCCA - ASL 12 Viareggio - Ospedale “Versilia”**

Gruppo Aziendale Autismo

Referente e Responsabile: Dr. Giorgio Pini

via Aurelia 335, 55041 Lido di Camaiore - (LU)

telefono 0584 6059527 - 9552

* **LUCCA ASL2 - Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza**

Gruppo Multidisciplinare per i Disturbi dello Spettro Autistico

Referente: Dr.ssa Antonella Giorgi - Responsabile:Dr.ssa Incoronata Favatà

Ospedale “Campo di Marte”- via Pesciatina - 55100 - LUCCA

* **PRATO - ASL 4- Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza (UFSMIA)**

GRUPPO MULTIDISCIPLINARE per la diagnosi e la cura dei soggetti con disturbo dello Spettro Autistico

Centro sociosanitario Giovannini, via Cavour 118, Prato

tel. 057 4435416

Referente: Drssa Laura Succhielli - Responsabile: Dr Marco Armellini

* **SIENA - ASL7 Siena- Salute Mentale Infanzia Adolescenza SMIA**

Gruppo Aziensale per la valutazione dei Distruebi dello Spettro Autistico

Via Pian d’Ovile 9, 53100 Siena - Zona Senese

tel: 0577 535975

Responsabile e Referente Dr.ssa Giuliana Galli

* **SIENA - Azienda Ospedaliera Senese**

Neuropsichiatria Infantile

Viale Bracci “Le Scotte” - 53100 Siena

tel: 0577 586585

Referente:Dr J. Hayek

**ALCUNI CENTRI DI CURA PRIVATI ZONA PISANA**

* **IL PRINCIPE E LA VOLPE**

**Centro ABA**

**Via delle Brigate Partigiane 4, 56025 Pontedera (PI)**

**0587 691494**

* **IL GRILLO PARLANTE**

**Via G.Bonamici 6, 56122 PISA**

**TEL: 050 3148202**

* **CENTRO CE.T.R.A.**

**Via dei Giacinti 6/2, Calambrone - Pisa**

**tel: 050 37109 - 342 3642026**