

Roberto Keller (a cura di)

I DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO IN ADOLESCENZA E IN ETÀ ADULTA

Aspetti diagnostici e proposte di intervento

*Prefazione di
Michele Zappella*

Erickson

Questo testo viene a colmare un vuoto presente nella letteratura italiana relativa all'autismo: la diagnosi e le proposte di intervento per i disturbi dello spettro autistico in età adolescenziale e adulta.

Troppo spesso assistiamo, con soggetti già in età adulta, alla mancanza di una corretta diagnosi e all'assenza di un intervento specifico per l'autismo; troppo spesso vediamo famiglie lasciate sole con la fatica di avere un figlio o un fratello autistico e la mancanza di progetti individualizzati specifici. Questo testo, nato con il contributo e la collaborazione di oltre cinquanta autori che si occupano da anni di questi disturbi, prende in esame la situazione dell'autismo in età adolescenziale e adulta nella sua complessità per affrontare con esaustività e visione d'insieme queste difficili situazioni, al di là di facili stereotipi e diagnosi improprie. Fondamentale nel volume è la prospettiva di un effettivo miglioramento della qualità della vita del soggetto, che tenga conto non solo delle sue problematiche cliniche, ma anche e soprattutto dei suoi fondamentali bisogni ed esigenze quotidiane.

ISBN 978-88-590-1116-3



€ 34,50

9

7 8 8 8 5 9 | 0 1 1 1 6 3 |

Indice

- 19 Prefazione *(di Michele Zappella)*
- 27 Introduzione *(di Roberto Keller)*

PRIMA PARTE Aspetti diagnostici

- 31 CAP. 1 Percorsi diagnostici nei disturbi dello spettro autistico in età adolescenziale e adulta *(di Roberto Keller)*
- 45 CAP. 2 Psicopatologia e disturbi dello spettro autistico in età adolescenziale e adulta. *Focus su sindrome di Asperger e disturbi dello spettro autistico per i quali è necessario un minore supporto (precedentemente definiti ad alto funzionamento)* *(di Roberto Keller)*
- 57 CAP. 3 La valutazione testistica psicopatologica nei disturbi dello spettro autistico. *Focus su alto funzionamento, sindrome di Asperger/autismi con necessità di minore supporto* *(di Stefania Bari e Roberto Keller)*
- 71 CAP. 4 Valutazione neuropsicologica nella sindrome di Asperger *(ASD con necessità di supporto – livello 1 secondo il DSM-5®)* *(di Stefania Brighenti e Roberto Keller)*
- 85 CAP. 5 Organizzazione della valutazione e dell'intervento nei disturbi dello spettro autistico con necessità di maggiore livello di supporto *(di Roberto Keller)*
- 93 CAP. 6 Valutazione e diagnosi psichiatrica nella disabilità intellettiva *(di Marco O. Bertelli)*

SECONDA PARTE Aspetti neurobiologici

- 113 CAP. 7 Genetica dell'autismo *(di Elisa Biamino, Marco Gregnanin, Alfredo Brusco e Giovanni Battista Ferrero)*

- 125** CAP. 8 Aspetti immunitari dell'autismo *(di Cristina Panisi)*
- 147** CAP. 9 I disturbi gastrointestinali e l'asse intestino-cervello nei disturbi dello spettro autistico *(di Carlo Alessandria e Federico Balzola)*
- 163** CAP. 10 Autismo e neuroimaging *(di Francesca Bianco)*

TERZA PARTE Interventi clinici

- 179** CAP. 11 Epilessia e disturbo dello spettro autistico *(di Maurizio Elia)*
- 191** CAP. 12 Utilizzo di psicofarmaci nei disturbi dello spettro autistico in età adolescenziale e adulta *(di Roberto Keller)*
- 211** CAP. 13 Fra talenti invisibili e stereotipie manifeste *(di Pierluigi Politi, Laura Fusar-Poli, Noemi Ancona, Enrico Pozzato, Matteo Rocchetti e Michela Garda)*
- 223** CAP. 14 Cascina Rossago: un modello «ecologico» di intervento per adulti affetti da autismo a basso funzionamento *(di Laura Fusar-Poli, Natascia Brondino, Paolo Orsi, Stefano Damiani, Umberto Provenzani, Stefania Ucelli di Nemi, Francesco Barale e Pierluigi Politi)*
- 233** CAP. 15 Autismo e sessualità *(di Manuela Dagna e Antonella Margaria)*
- 259** CAP. 16 La famiglia nell'autismo: ruolo terapeutico e forme di sostegno *(di Maria Emilia Seira Ozino e Roberto Keller)*
- 275** CAP. 17 Programma di arricchimento strumentale: esperienze pratiche di applicazioni nell'autismo in età adulta *(di Caterina Finardi)*
- 285** CAP. 18 La riabilitazione neuropsicologica nel disturbo dello spettro autistico in età adulta: un esempio di intervento clinico *(di Monica Bosio)*

QUARTA PARTE Interventi di tipo cognitivo-
comportamentale

- 297** CAP. 19 Gli interventi cognitivo-comportamentali nell'autismo *(di Paolo Moderato)*
- 335** CAP. 20 Intervento contestualistico e comportamenti problematici *(di Serafino Corti, Giovanni Miselli, Mauro Leoni, Roberto Cavagnola, Francesco Fioriti e Giuseppe Chiodelli)*
- 353** CAP. 21 Autismo e interventi abilitativi/educativi *(di Lucio Moderato)*
- 375** CAP. 22 Intervento sulle abilità sociali nella sindrome di Asperger/disturbo dello spettro autistico di livello 1 – ASD (DSM-5[®]) *(di Romina Castaldo)*
- 397** CAP. 23 Intervento psicoterapeutico cognitivo nella depressione in comorbidità con la sindrome di Asperger/autismo di livello 1 (secondo il DSM-5[®]) *(di Gabriella Tocchi e Roberto Keller)*
- 407** CAP. 24 La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) del disturbo ossessivo compulsivo (DOC) e dei disturbi d'ansia nei disturbi dello spettro autistico *(di Loredana Notaro)*
- 421** CAP. 25 Esempio clinico di intervento cognitivo comportamentale su aspetti compulsivi in un paziente autistico *(di Gian Marco De Vito)*

QUINTA PARTE Progetti e interventi psicosociali

- 433** CAP. 26 Organizzazione di interventi volti all'inserimento lavorativo: un esempio di percorso di rete e di sostegno psicologico in pazienti con sindrome di Asperger/autismo di livello 1 (DSM-5[®]) *(di Roberto Keller, Angela Aresi e Stefania Bari)*

- 439** CAP. 27 La formazione prelaborativa *(di Daniela Audisio, Giovanni Iacono, Alfonso Longo, Maria Grazia Marinò, Loredana Mazzotta e Alessia Riccio)*
- 451** CAP. 28 Un equilibrio da funamboli: il ruolo delle associazioni che si occupano di autismo *(di Sara Boggio)*
- 459** CAP. 29 Autismo e sport *(di Francesca Ame, Sarah Calcagno, Silvia Chierogato, Pietro Cristini, Manuela Rocci ed Elena Grosso – ASD Autismo e Sport Onlus)*
- 475** CAP. 30 Il durante e dopo di noi: conoscere le leggi per chiedere le prestazioni a cui si ha diritto *(di Maria Grazia Breda)*
- 499** Conclusioni *(di Roberto Keller)*

Prefazione

Michele Zappella

Questo è il primo libro scritto da psichiatri e psicologi italiani sui disturbi dello spettro autistico (che riassumiamo all'inglese in ASD — Autistic Spectrum Disorder, visto che il termine DSA è stato occupato da Disturbi specifici dell'apprendimento) in adolescenza e in età adulta ed è un grande merito di Roberto Keller e del suo gruppo di averlo realizzato, coinvolgendo la parte migliore dei colleghi che si occupano ormai da anni della condizione autistica in queste fasce d'età. Come tale è importante perché riempie un vuoto — su questo tema non c'erano nemmeno traduzioni di libri scritti da autori stranieri — nel modo migliore e cioè con una grande accuratezza di studio e di lavoro che ha alle spalle una continua esperienza sul campo. È il caso, difatti, di sottolineare che Keller e il suo gruppo hanno dato vita da anni al primo esempio di un lavoro condotto sull'ASD in adolescenti e adulti in strutture pubbliche, e precisamente in un'ASL di Torino, e rimangono tuttora un punto di riferimento di notevole rilievo. Tutto ciò in un contesto per cui sia nel nostro Paese che all'estero spesso le persone con ASD, superati i 18 anni, vengono prese in carico da psichiatri degli adulti che non conoscono questi disturbi che, forse, non erano presenti nemmeno nel loro curriculum di studi e in ragione di questa ignoranza fanno diagnosi improprie di psicosi, paranoia, schizofrenia, con le conseguenze che si possono immaginare per cura e riabilitazione.

Lo spettro autistico comprende un fenotipo molto ampio con le più diverse cause ed evoluzioni. In molti casi gli ASD persistono per tutta la vita

e vanno conosciuti accuratamente sia sul piano diagnostico specifico che per le comorbidità con altri disturbi psichiatrici e nella loro evoluzione nel corso degli anni. Per lungo tempo l'autismo è stato visto come una singola entità clinica, ma questa concezione, tuttora abbarbicata in alcuni modi di interpretare lo spettro autistico, appare oggi superata, per cui gli ASD vanno considerati come disturbi del neurosviluppo nei quali, accanto a sintomi che rientrano nell'ASD, c'è spesso una comorbidità con disabilità intellettiva (ritardo mentale), con ADHD, con disturbo oppositivo-provocatorio, del linguaggio, della coordinazione, ecc. Tutto ciò ha delle ovvie conseguenze sull'indirizzo terapeutico-riabilitativo da intraprendere.

Sin dalle prime righe del suo libro Keller rende subito esplicita la sua posizione su alcuni problemi di fondo: «Le persone autistiche *sono innanzitutto persone*». Ne consegue che obiettivo della diagnosi è quello di un'«interazione umana di conoscenza tra persone» e non quello di attribuire un'etichetta. Questo è un messaggio fondamentale che illumina e guida la lettura di tutto il libro. Uno dei primi rischi, infatti, che corre una persona con diagnosi di ASD è quello di essere definito secondo gli stereotipi correnti dell'autismo che sono spesso impropri e pesanti. Quello che avviene in molti casi è ciò che Lantéri-Laura, riprendendo un concetto espresso inizialmente da Thomas S. Kuhn, chiama l'«effetto paradigma» che consiste nell'«effetto che pochi semplici concetti, collegati tra loro come in una "Gestalt", hanno sulla nostra esperienza, dandole un senso e una struttura» (Lantéri-Laura, 1998). Nel caso dell'autismo l'effetto paradigma comprende l'idea di irreversibilità, di un individuo frammentato e inadeguato sul piano dei sentimenti e cieco alle intenzioni altrui ed è in parte la conseguenza di teorie avanzate nel corso degli anni Ottanta come la Teoria della mente (Frith, 1989). Questo implica che chi ha questa diagnosi non proverebbe gli stessi sentimenti come tutti e sarebbe annebbiato dinanzi alle intenzioni e ai pensieri altrui: radicalmente diverso da noi in ciò che di più intimo ha la natura umana. Oggi ciò è contraddetto da vari articoli (Tracy et al., 2011; Scheeren et al., 2013) e dalla pratica clinica, ma rimane un modo di pensare che troviamo ricorrente, soprattutto in ambienti pubblici come la scuola, dove spesso le diagnosi sono sventolate ai quattro venti. Questo può dare un contributo decisivo a un'esclusione di fatto e al bullismo, che è particolarmente devastante soprattutto per i giovani con un disturbo autistico ad alto funzionamento e per quelli con sindrome di Asperger.

Nel modello di intervento diagnostico che Keller illustra c'è, infatti, una particolare attenzione alla flessibilità, che vuol dire la capacità di adattarsi alla persona che hai di fronte, a cosa pensa, a cosa teme. Ciò vale per chi

Percorsi diagnostici nei disturbi dello spettro autistico in età adolescenziale e adulta

Roberto Keller

Introduzione

I disturbi dello spettro autistico (Autism Spectrum Disorder, ASD) rappresentano un insieme di disturbi neuroevolutivi su base genetica a insorgenza in età evolutiva. La loro patogenesi è complessa coinvolgendo, oltre che aspetti cerebrali, anche altri organi o sistemi (gastrointestinale, immunitario, ecc.). I disturbi dello spettro autistico hanno un ampio range di espressione, da forme con disabilità intellettiva e grave compromissione del linguaggio a forme con funzionamento intellettuale anche superiore alla norma, ma pur sempre evidenzianti difficoltà nella comunicazione e interazione sociale associata a interessi, attività, comportamenti ristretti, ripetitivi, stereotipati e alterazioni sensoriali. Prima ancora di parlare di diagnosi è necessario mettere un punto fermo, per quanto possa sembrare banale: le persone autistiche *sono innanzitutto persone*. Ne deriva che l'impostazione del processo diagnostico-valutativo ha quindi come scopo principale *l'interazione umana di conoscenza fra persone*, nel pieno rispetto di questo, e non quello di arrivare a un'etichetta afferente a questo o quel manuale.

I due concetti fondamentali del modello che propongo (*multistep-network model*) sono:

1. valutazione multistep, vale a dire un protocollo diagnostico, complesso e articolato, che prevede diversi passaggi definiti, ma flessibile ai cambiamenti resi necessari dalle persone e dal contesto;
2. modello a rete, vale a dire che già in fase diagnostica si creano delle interazioni e delle relazioni con i diversi attori che ruotano intorno alla persona affetta da autismo (famiglia, scuola, servizi sociali, psichiatria, neuropsichiatria infantile, centri abilitativi, ecc.) in modo da collaborare insieme alla costruzione del progetto individuale, che segue la fase diagnostica.

In età adolescenziale e adulta l'autismo presenta dei problemi specifici:

- con il finire della scuola viene meno un contenitore strutturato di attività che codifica spazio e tempo, e lascia «spazio a un vuoto», con il rischio elevato di regressione, isolamento e perdita delle competenze sociali faticosamente acquisite;
- talvolta con il passaggio in età adulta si osserva addirittura la perdita di specificità diagnostica e l'autismo si «trasforma» in psicosi, disturbo di personalità, ritardo mentale, ecc., e ne deriva che si perde la specificità dell'intervento;
- in fase adolescenziale aumenta fisiologicamente il desiderio di autonomia della persona e si evidenzia maggiormente il divario di abilità sociali tra persone autistiche e neurotipiche;
- l'impatto con l'ambiente e lo stress che ne deriva fa evidenziare in età adolescenziale e adulta delle psicopatologie secondarie, che si associano all'autismo (depressione, ansia, disturbi della condotta alimentare, uso di sostanze, psicosi, ecc.), in particolare quando non è stato portato avanti un intervento corretto o ancor più quando la diagnosi non è stata effettuata;
- le famiglie sentono il peso degli anni e aumentano le preoccupazioni per un figlio che diventa grande e per quello che sarà di lui in futuro.

Fasi (step) del percorso di diagnosi

Gli step del percorso di diagnosi sono rappresentati da:

1. avere ben chiari potenzialità e limiti dei modelli di riferimento diagnostico;
2. conoscenza del paziente e della sua famiglia;
3. valutazione testistica specifica per l'autismo e per i disturbi psicopatologici;

4. valutazione medica;
5. conoscenza del contesto di vita.

Step 1: potenzialità e limiti dei modelli di riferimento diagnostico

I sistemi di classificazione sono delle convenzioni soggette a cambiamenti. Vanno quindi utilizzati in modo critico come uno strumento e non come fine.

In particolare, nella fase adolescenziale-adulta si osserva il passaggio tra neuropsichiatria infantile e psichiatria degli adulti che si riferiscono abitualmente a due sistemi classificativi diversi, l'ICD per i minori e il DSM per gli adulti. È quindi necessario «convertire» i termini di riferimento. Vi sono poi alcune peculiarità, ad esempio l'ICD usa il termine «autismo infantile» che risulta un po' bizzarro da usare in un cinquantenne affetto da autismo! L'ICD si riferisce a un modello categoriale, vale a dire a un modello classificativo che divide i tipi di autismo in disturbi fra di loro nettamente separati. Esiste inoltre una versione specifica dell'ICD e del DSM per formulare diagnosi psicopatologica in presenza di disabilità intellettiva, che risulta praticamente misconosciuta e non utilizzata nell'abituale pratica clinica, ma che invece può essere molto utile per mostrare come un disturbo psicopatologico (ad esempio depressione) si manifesta con sintomi diversi e specifici in presenza di disabilità intellettiva. L'ICD sarebbe in teoria un modello di riferimento per la diagnosi, data la provenienza dall'Organizzazione mondiale della sanità, ma nella pratica clinica viene poco utilizzato in età adulta in ambito psichiatrico. Il DSM è invece il manuale diagnostico-statistico dei disturbi mentali più utilizzato dagli psichiatri in età adulta e rappresenta un sistema in via di cambiamento. Il DSM sta infatti passando da una visione categoriale dell'autismo (DSM-IV-TR) a una visione di spettro (DSM-5[®]). Nel DSM-IV-TR (categoriale) si parlava di disturbi pervasivi dello sviluppo, che erano suddivisi in categorie diagnostiche ben separate fra loro:

- disturbo autistico;
- disturbo di Rett;
- disturbo disintegrativo dell'infanzia;
- disturbo di Asperger;
- disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato.

Per fare diagnosi di disturbo autistico secondo il DSM-IV-TR è necessaria la presenza della triade classica — compromissione qualitativa dell'interazione sociale; compromissione qualitativa della comunicazione;

chiave nei processi neurobiologici che stanno alla base dell'autismo. D'altra parte non è stato ancora chiarito il motivo per cui una porzione quasi altrettanto grande di bambini autistici non è in linea con questo pattern di crescita cerebrale. Nel processo evolutivo del cervello si è poi visto che, dopo il picco di crescita all'età di 2-4 anni, segue un periodo di crescita ridotta per cui, con l'aumentare dell'età, gradualmente le dimensioni del volume cerebrale e della circonferenza cranica si normalizzano, fino ad arrivare a una sostanziale parità tra individui sani e autistici nel corso dell'adolescenza e dell'età adulta (Lainhart et al., 1997; Redcay e Courchesne, 2005). Le cause dell'incremento volumetrico del cervello sono sconosciute, ma alcuni autori ipotizzano che il processo sia influenzato da fattori genetici poiché, anche negli individui a sviluppo tipico, il volume cerebrale è in gran parte sotto il controllo genetico (Kremen et al., 2010; Courchesne et al., 2011). Studi di *brain-imaging* strutturale hanno identificato le principali regioni del cervello in cui è stata riscontrata questa crescita eccessiva: nel lobo temporale (Know et al., 2004; Rojas et al., 2005), nel lobo parietale (Courchesne, Press e Yeung-Courchesne, 1993), nel talamo (Tsatsanis et al., 2003), nel tronco cerebrale (Rodier, 2002) e soprattutto nel lobo frontale con riferimento alla corteccia frontale mediale, corteccia prefrontale dorsolaterale e corteccia cingolata anteriore (Carper e Courchesne, 2005). L'aumento del volume del cervello è dovuto alla rapida crescita della sostanza grigia e, in misura ancora più significativa, della sostanza bianca. La sostanza grigia è la porzione di tessuto nervoso che include i corpi dei neuroni, i dendriti, le cellule gliali e le fibre nervose non mielinizzate; essa svolge la funzione di selezione e avviamento delle informazioni che viaggiano lungo il sistema nervoso, ma è anche il punto di partenza degli input motori. La sostanza bianca, invece, è costituita da fasci di fibre mieliniche e presiede al collegamento e alla diffusione dei segnali nervosi e degli stimoli motori. L'incremento volumetrico del cervello in ASD potrebbe essere dovuto a un difetto nella potatura dendritica e sinaptica che causa un'eccedenza nel numero di neuroni e che si riflette in un aumento del volume cerebrale. Questa teoria è anche supportata da Courchesne e collaboratori (2011) che, in uno studio postmortem su bambini autistici (con i limiti che hanno questo tipo di studi), riportano un'eccedenza del numero di neuroni nella corteccia prefrontale. Alcune ricerche mettono in evidenza come invece, dalla tarda infanzia in poi, vi sia una perdita di neuroni, un assottigliamento della corteccia e un possibile processo infiammatorio che sta alla base del declino della crescita cerebrale (Courchesne et al., 2011). Rispetto alla sostanza bianca, alcuni studi mettono in luce come negli individui autistici questa risulti mal organizzata, con alterazioni nel processo

campioni: ad esempio, i pazienti che presentano o che sono ad alto rischio per crisi epilettiche tendono a effettuare un maggior numero di registrazioni EEG, e questo può sopravvalutare la prevalenza delle anomalie EEG in quegli studi nei quali i soggetti con epilessia non sono distinti da quelli senza epilessia. Molto rilevante è la tecnica EEG utilizzata: l'EEG in veglia di routine, l'EEG in sonno pomeridiano, l'EEG in sonno notturno, l'EEG dinamico o il monitoraggio (video), EEG di lungo termine che hanno livelli di sensibilità molto differenti e possono quindi inficiare l'omogeneità dei dati ottenuti nei diversi studi. Inoltre, non tutte le anomalie EEG hanno il medesimo significato, tenuto conto che alcune di esse, quali le punte e le *sharp wave*, sono in genere considerate anomalie parossistiche o epilettiformi; altre, quali le onde lente, sono invece spesso espressione della sottostante encefalopatia.

Caratteristiche delle crisi epilettiche e dell'epilessia

È stato dimostrato che la *famigliarità* per epilessia è associata all'aumentato rischio di presentare epilessia nei soggetti con disturbo dello spettro autistico (Ekinci et al., 2010, p. 178). Inoltre, l'analisi di famiglie con più di un membro affetto da disturbo dello spettro autistico (denominate «multiplex») ha messo in evidenza un tasso di epilessia del 12,8% nei bambini autistici contro il 2,3% nei fratelli non autistici (Amiet et al., 2013b, p. 1). Ciò sembra dimostrare che esiste una predisposizione genetica non solo per il disturbo dello spettro autistico, ma anche per l'epilessia.

Il rischio di sviluppare epilessia nei soggetti con disturbo dello spettro autistico sembra essere più alto nel *sexu femmineo* che in quello maschile (rispettivamente 34,5% e 18,5%) (Elia et al., 1995, p. 6; Amiet et al., 2008, p. 580).

Un altro rilevante fattore di rischio per la comparsa di epilessia è rappresentato dalla *disabilità intellettiva*, stante il fatto che la prevalenza di epilessia risulta essere il 21,4% nelle persone con disturbo autistico e disabilità intellettiva, contro l'8% nei pazienti con solo disturbo dello spettro autistico (Amiet et al., 2008, p. 580).

L'*età di esordio* delle crisi epilettiche nell'autismo è stata classicamente riportata come a distribuzione bimodale, con un picco nell'infanzia e un secondo picco nell'adolescenza. Tuttavia, si stima che circa il 20% dei pazienti sperimentino la loro prima crisi epilettica dai vent'anni in poi (Bolton et al., 2011, p. 291).

Inserire quindi il farmaco *dopo* l'intervento psicoeducativo e mantenere quest'ultimo.

Bisogna prestare attenzione alle stratificazioni farmacologiche: man mano che i pazienti crescono e cambiano comunità spesso si assiste a un'aggiunta progressiva di medicine, dove tutti aggiungono e nessuno toglie, con la conseguenza di creare talora anche degli effetti collaterali da interazioni farmacologiche.

Bisogna fare attenzione al fatto che molti farmaci sono utilizzati al di fuori delle indicazioni in scheda tecnica (*off label*), come ad esempio usare nell'autismo un farmaco indicato per la schizofrenia, fatto che pone dei limiti nella prescrizione e nel rimborso del farmaco da parte dell'SSN.

Bisogna prestare molta attenzione alle interazioni non solo tra psicofarmaci, ma anche con i farmaci usati per altri scopi: ad esempio con clozapina non vanno usati antibiotici che abbiano un effetto negativo sui globuli bianchi; con fluoxetina o con paroxetina (farmaci potenti inibitori del citocromo P450 2 D6 con cui si può potenziare l'effetto di altri farmaci perché ne rallentano l'eliminazione) possono essere potenziati gli effetti clinici e le collateralità di farmaci associati che usino la stessa via metabolica, sino ad avere ad esempio fenomeni di allucinazioni con l'associazione di alcuni sciroppi per la tosse ad azione centrale.

2. Il paziente va visitato da un punto di vista medico e controllato periodicamente. Vanno eseguiti degli esami generali. Per tutti i tipi di farmaci è consigliabile effettuare una valutazione delle condizioni di salute della persona, attraverso l'esecuzione di una routine ematochimica, comprensiva di: emocromo, NA, K, Ca, AST ALT GGT, creatinina, glicemia, esame delle urine. In caso di neurolettici/antipsicotici vanno aggiunti: PRL, colesterolo tot+ HDL, trigliceridi. Per alcuni farmaci come il valproato va aggiunto un controllo epatico e coagulativo: bilirubina, PT, PTT, fibrinogeno, ammoniemia. Per altri farmaci come la quetiapina è utile anche un controllo tiroideo.

Alcuni farmaci possono essere dosati e quindi periodicamente si effettua un monitoraggio plasmatico (ad esempio litio e valproato).

Per alcuni farmaci come il litio è necessario monitorare periodicamente la funzione tiroidea, renale e cardiaca.

Per i neurolettici/antipsicotici e per gli antidepressivi triciclici (ad esempio clomipramina) è necessario eseguire un ECG con calcolo del QTC prima e durante il trattamento.

necessario equilibrio e messo in relazione con l'esistenza della persona nel suo complesso.

Invece di descrivere aneddoticamente alcune talentuose persone con autismo, abbiamo scelto di restringere la nostra esemplificazione a un unico caso, così da poterci spingere più in profondità nella discussione. Tratteremo di una situazione in cui il talento si è manifestato gagliardamente, rispetto alla severità della condizione del soggetto, eppure in maniera non troppo distante, quanto a peculiarità, rispetto al resto della popolazione neurotipica.

Simona, una storia di autismo e musica

Simona Concaro è nata negli anni folli in cui i genitori venivano ritenuti essere la principale causa dell'autismo. È la primogenita di una coppia abbastanza eterogenea, in quanto a provenienza sociale e carattere: madre cittadina estroversa e padre rurale, decisamente più solitario; i due, sposandosi, si erano trasferiti in campagna, dove il padre aveva ereditato l'attività di famiglia. La coppia viveva in una casa ampia, contigua all'attività del padre. Simona nasce presto, quando la madre ha 21 anni. La bambina affronta le prime tappe della vita senza manifestare sintomi particolari, all'infuori di una notevole difficoltà nel prendere sonno. Il ricordo della madre è quello di infinite notti trascorse cullando Simona, cercando invano di farla addormentare. L'insonnia conduce a frequenti consultazioni pediatriche, in seguito alle quali giungono la diagnosi di autismo e l'indicazione di un intervento psicoterapico, intorno ai 3 anni di età.

I primi contatti con la musica avvengono in quel periodo. Il padre, jazzista amatoriale, poteva disporre in casa di una sala-musica, dove radunava settimanalmente un gruppo di amici (un contrabbassista, un chitarrista e due saxofonisti); occasionalmente, il gruppo si esibiva in pubblico, ma soprattutto si divertiva a suonare insieme. Simona poteva avere 4 o 5 anni quando agli strumenti del padre (batteria e vibrafono) venne aggiunto un pianoforte. La piccola, fino ad allora affascinata e, al contempo, spaventata dal jazz domestico (entrava nella stanza coprendosi le orecchie con le mani) fu inevitabilmente attratta dal nuovo strumento. Dapprima il padre (che suonava a orecchio), poi la madre (che cantava accompagnandosi con la chitarra), in seguito la nonna materna (che aveva studiato pianoforte) cercarono di trasmetterle i primi rudimenti, senza risultato alcuno. Per contro, Simona entrava spesso nella stanza del pianoforte e lo suonava a modo suo, in piedi, dondolandosi sulle gambe, in maniera molto ripetitiva.