



Associazione Autismo Toscana

associazione di volontariato

iscr. al n. 522 del Registro del Volontariato Regione Toscana

Via delle Ginestre, 9 - 50054 Fucecchio (Fi)

Tel. 0571 261812 - Fax 0571 245898

www.autismotoscana.it

E-mail info@autismotoscana.it

Roma, 06.02.2014

DDL N. 334 – DDL 359 – DDL 1009 – DDL 1073

Contributo dell'Associazione Autismo Toscana alla Commissione Igiene e sanità del Senato della Repubblica Italiana in materia di Autismo

L'Associazione Autismo Toscana ONLUS ha avuto l'onore di essere chiamata di fronte alla dodicesima Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica ad esprimere osservazioni in merito al:

- Disegno di Legge d'iniziativa del Senatore De Poli n. 334 “ Norme per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dell'autismo e disposizioni per l'assistenza delle famiglie e delle persone affette da questa malattia” comunicato alla Presidenza il 29.03.2013;
- Disegno di Legge d'iniziativa del Senatore Ranucci n. 359 “Cura e tutela delle persone con disturbi dello spettro autistico” comunicato alla Presidenza il 02.04.2013;
- Disegno di Legge d'iniziativa della Senatrice Padua n. 1009 “Disposizioni in materia di prevenzione, cura, riabilitazione delle persone affette da autismo e assistenza alle famiglie”, comunicato alla Presidenza l'08.08.2013;
- Disegno di Legge d'iniziativa della Senatrice Zanoni n. 1073 “Disposizioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle persone affette da autismo e per l'assistenza alle loro famiglie” comunicato alla Presidenza il 02.10.2013.

Nel ringraziare il Senato della Repubblica per la preziosa opportunità offerta, ci rallegriamo dell'attenzione e della sensibilità dimostrata dai rappresentanti del nostro Parlamento nei confronti dell'autismo.

Nello stesso tempo, ci permettiamo di esprimere alcune doverose osservazioni.

Il DDL n. 344 prevede finanziamenti (18 milioni e mezzo di euro annui per esenzioni, erogazione gratuita di prodotti dietoterapeutici specifici, somministrazione di prodotti dietetici presso ospedali e mense scolastiche) destinati a trattamenti per l'autismo che non hanno validità scientifica dimostrata ad oggi (diete specialistiche, protocolli di trattamento per patologie gastrointestinali ecc.)

Nella relazione al disegno di legge si fa appello all'approccio medico multidisciplinare per affermare che “tale approccio ha dimostrato che nella sindrome autistica l'inquinamento ambientale e alimentare, campagne vaccinali ..., l'abuso di antibiotici, l'applicazione di amalgama al mercurio, la diffusione di alimenti carichi di glutine, caseina, soia, zucchero e lieviti, possono avere un impatto significativo nelle alterazioni comportamentali dei soggetto autistici”.

In realtà non risulta nessuna dimostrazione scientifica in proposito.

Nessuno studio condotto con rigoroso metodo scientifico ha provato l'efficacia di tale approccio.

Al contrario in ricerche basate su uno studio randomizzato in doppio cieco (uso di terapia e di placebo- sostanza priva di qualsiasi effetto - in due gruppi in cui pazienti , genitori e sperimentatori ignoravano la natura della sostanza somministrata) ha dimostrato l'inefficacia della terapia proposta (Elder, 2008; Elder, et al., 2006).

I protocolli basati su diete, oltre a non essere supportati da studi condotti con rigoroso metodo scientifico, vengono proposti con alone romantico di sfida al sistema e alla scienza ufficiale ed hanno facile presa su genitori disposti a tutto, anche ad indebitarsi, pur di guarire il proprio figlio.

In realtà quello che ci sentiamo di dire come Associazione è che ad oggi, molte delle terapie non validate scientificamente, incidono pesantemente sulla qualità della vita delle famiglie vessate da spese ingenti e ingiustificate e sulla qualità della vita degli individui, perlopiù bambini, affetti da autismo sottoposti, senza motivo, a trattamenti non appropriati a volte fantasiosi e , nel caso delle diete deprivate di alcuni alimenti, alla frustrazione di non poter mangiare quello che mangiano i coetanei, come se non bastasse la sofferenza inferta da questa grave disabilità.

Inoltre la ricerca recente ha iniziato a far luce su alcuni effetti nocivi che ha la terapia sui bambini che la seguono.

Due ricerche hanno documentato che privare i bambini di importanti gruppi alimentari provoca una riduzione di amino-acidi essenziali nel plasma (Arnold, Hyman, Mooney, & Kirby,2003; Goday, 2008) e un ridotto sviluppo delle ossa (Hediger, et al., 2008)

Purtroppo ancora oggi sono numerosi i tentativi di operare nel “mercato della disperazione” dell'autismo, facendo leva sugli effimeri miglioramenti che talvolta qualunque "metodo" di trattamento, anche il più assurdo e immotivato, porta con sé insieme alla rinnovata speranza dei genitori e alla legittima consolazione di "fare qualcosa" che possa aiutare il proprio bambino.

Per combattere questa tendenza, gli sforzi della comunità scientifica stanno procedendo su due binari.

Da un lato la ricerca clinica e la ricerca di base continuano a fornire nuovi dati sui processi genetici, neurali e cognitivi alla base dell'autismo e dello sviluppo tipico.

Dall'altro, in attesa di guadagnare una chiarezza totale su questi processi, vengono attuati dalla comunità scientifica interventi sulla base delle informazioni (incomplete ma coerenti) offerte dalla ricerca. Questi interventi a loro volta devono essere valutati nella loro efficacia.

Come Associazione chiediamo con forza che non si sostenga alcun tipo di terapia che non abbia una evidenza riconosciuta dalla comunità scientifica internazionale.

Un sostegno a terapie non validate non deve essere dato in nessuna occasione e meno che mai in un atto legislativo che oltretutto dovrebbe avere le caratteristiche della generalità e dell'astrattezza come imposto dai principi del diritto oggettivo.

Relativamente al DDL n. 359 rileviamo la mancanza della previsione di finanziamenti oltre ad una trattazione che non affronta sufficientemente una problematica complessa come l'autismo.

Il DDL 1073 pur presentando alcuni aspetti positivi, purtroppo propone tra le finalità della legge, quella di promuovere progetti di ricerca “con particolare riguardo ai settori della genomica, gastroenterologia, neuroimmunità, metabolismo e detossificazione”.

Il DDL n. 1009, a nostro parere, potrebbero utilmente essere integrato in una proposta di legge che preveda:

- l'aggiornamento periodico delle linee guida;
- l'istituzione dei LEA;
- l'istituzione di un Osservatorio Nazionale per definire in maniera esatta le dimensioni numeriche del problema attraverso studi epidemiologici, per conoscere i bisogni, uniformare l'offerta, indirizzare la ricerca scientifica e la formazione professionale;
- la possibilità delle regioni di avvalersi del fondo per la realizzare tutti gli obiettivi previsti dalla lettera a) alla lettera h) dell'art. 3 ed in particolare per la realizzazione di “**strutture diurne e residenziali con competenze specifiche sui disturbi dello spettro autistico**” e per la realizzazione di “**progetti finalizzati all'inserimento lavorativo di soggetti adulti**”;

- norme che garantiscano percorsi reali di presa in carico dalla diagnosi alla vita adulta ed anche nel “dopo di noi” e che recepiscano le osservazioni e le indicazioni che, come associazione ci sentiamo qui di seguito di proporre.

Siamo infatti consapevoli che di autismo non si muore e non si guarisce, ma si può stare meglio se non si rincorrono le false chimere del passato, che speravamo esserci lasciati alle spalle, e si agisce positivamente facendo ciò che è necessario fare secondo quanto la letteratura scientifica ci insegna e ricordando anche che *“se una persona autistica è profondamente diversa dalla maggior parte di noi, non per questo è meno umana, è umana in un altro modo”* (Oliver Sacks).

Cos'è l'autismo

L'autismo, secondo le ricerche della comunità scientifica internazionale, è un disturbo dello sviluppo della funzione cerebrale di natura neurobiologica che implica disabilità complesse, nei vari livelli di gravità. È identificabile sin dalla prima infanzia sulla base di difficoltà nella comunicazione, nella interazione sociale e nelle modalità comportamentali, che compromettono lo sviluppo delle facoltà di apprendimento e le conseguenti relazioni sociali.

L'autismo - e più in generale i disturbi dello spettro autistico - è definito dai sistemi di classificazione internazionale, Manuale Diagnostico e Statistico (DSM -IV) e ICD 10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, compresa la sindrome di Asperger, la sindrome di Rett, il Disturbo disintegrativo dell'infanzia e i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato .

Questa condizione patologica cronica e inabilitante, che si manifesta nei primi 3 anni di vita. In Italia non esistono dati nazionali sulla frequenza dell'autismo nella popolazione; le stime disponibili (Osservatorio autismo della Regione Lombardia) indicano una prevalenza minima di 10-13 casi per 10.000. (3-4 maschi ogni femmina), interessa un numero elevato di famiglie e per tale motivo questa condizione si configura come un rilevante problema di sanità pubblica con evidenti ricadute di ordine sociale ed economico.

Ricadute dell'autismo sulla famiglia

E' accertato che proprio sulla famiglia ricade l'onere più alto dell'assistenza, sia sul versante emotivo sia su quello materiale, per sostenere i costi umani ed economici di prestazioni che il sistema del welfare pubblico non offre, con la conseguenza di gravi forme di impoverimento sociale, relazionale, economico e di disgregazione del tessuto familiare, tra cui nei casi più gravi perdita del lavoro, separazioni, divorzi e suicidi.

Infatti, nonostante l'autismo sia una patologia da tempo conosciuta dalle istituzioni non sempre viene trattata con appropriatezza dalla rete delle unità di offerta sanitarie e sociali e da istituzioni importanti come la scuola e spesso, le persone autistiche e le loro famiglie non trovano accoglienza all'interno del sistema di welfare, il che significa pochi servizi e poche prestazioni nella definizione precoce della diagnosi, nella presa in carico, nell'intensività delle cure e nella loro continuità in età adulta.

L'autismo e le linee guida del Ministero della Salute

Riteniamo che sia necessario l'aggiornamento periodico delle linee guida sul trattamento dei disturbi dello spettro autistico, adottate per la prima volta nell'ottobre 2011 dal Ministero della Salute.

Tali linee guida assolveranno al ruolo di indicare gli interventi farmacologici e non farmacologici basati sull'evidenza scientifica e contribuiranno a sgomberare il campo dai troppi “mercanti dell'autismo” che ancora oggi operano nelle nostre realtà.

La necessità di una discriminazione positiva per l'autismo

Stante la complessità e la gravità della patologia, qualunque provvedimento in tema di autismo deve ispirarsi alle cosiddette politiche di *discriminazione positiva* che vengono adottate per contrastare un particolare fenomeno, occupandosi in maniera specifica di una categoria di persone disabili rispetto alla grande platea della disabilità, che sono state o si ritengono discriminate, nella consapevolezza che i diritti delle persone con autismo nel campo della salute, dell'educazione, della formazione professionale e dell'occupazione oggi sono drammaticamente disattesi, con gravi conseguenze per il futuro della loro vita.

E' necessario definire specifiche linee d'indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi sanitari, sociosanitari e sociali e, in particolare definire le forme, le modalità di accesso e di presa in carico, le metodologie degli interventi di diagnosi precoce, intensità della cura, l'abilitazione e la riabilitazione delle persone minori, adolescenti e adulte affette dai disturbi dello spettro autistico e degli interventi di sostegno alle loro famiglie.

Istituzione di un osservatorio nazionale sull'autismo

Si reputa necessaria l'istituzione di un osservatorio nazionale sull'autismo per definire in maniera esatta le dimensioni anche numeriche del problema attraverso studi epidemiologici, per conoscere i bisogni, uniformare l'offerta, indirizzare la ricerca scientifica e la formazione professionale e definire l'entità e la specificità delle risorse da assegnare.

Si ritiene che per il principio di trasparenza e di massima fruibilità dei dati, i risultati dell'osservatorio, debbano essere messi in rete e resi disponibili a chiunque.

Diagnosi precoce e percorso valutativo

Secondo le Linea guida 21 del Ministero della Salute (ottobre, 2011) *"...L'identificazione precoce dell'autismo rappresenta una sfida importante poiché apre delle possibilità di presa a carico ad un'età dove alcuni processi di sviluppo possono ancora venire modificati. Le ricerche che valutano gli effetti di un intervento precoce mostrano che i bambini beneficiari di tali interventi presentano dei progressi significativi sul piano cognitivo, emotivo e sociale..."*.

È oggi possibile formulare una diagnosi di DSA dal secondo anno di vita del bambino e definire le prime traiettorie evolutive del disturbo entro i tre anni. Tuttavia non è raro che tuttora il disturbo venga riconosciuto ad un'età di circa 4-5 anni (2 o 3 anni dopo la comparsa dei primi sintomi): l'età di diagnosi è mediamente più alta per i casi di DSA "spettro" ad alto funzionamento, per ovvi motivi di maggior variabilità e minore atipia.

È evidente che più precocemente verrà formulata la diagnosi, più mirato e tempestivo sarà il trattamento, agendo così sulla maggiore capacità di riorganizzazione delle funzioni adattive con importanti ricadute nell'evoluzione e prognosi del disturbo nell'età adulta. Per tale ragione diviene fondamentale migliorare le procedure di comunicazione e collaborazione tra la rete dei pediatri di libera scelta (PLS) e i servizi aziendali di età evolutiva.

Appare particolarmente opportuno favorire negli operatori di primo livello (a partire proprio dai pediatri di libera scelta) la conoscenza degli indicatori comunicativo-relazionali utili per un precoce orientamento diagnostico. Il percorso diagnostico deve articolarsi nell'integrazione di vari livelli, volti all'identificazione delle manifestazioni nei vari ambiti di vita del bambino. Il profilo funzionale di ciascun bambino costituisce la premessa necessaria per la definizione del progetto abilitativo/riabilitativo appropriato rispetto alle specifiche modalità di funzionamento di ogni soggetto.

È necessario che la diagnosi finale venga formulata facendo riferimento ai criteri ICD 10 e/o DSM IV-TR (e 0-3R per i più piccoli). A tal fine elemento basilare è prevedere una formazione specifica dei PLS sul tema, e l'inclusione routinaria nei bilanci di salute, della Checklist for autism in toddlers (CHAT), quale strumento standardizzato di identificazione precoce (18 mesi) di alcuni potenziali segni di autismo al fine di permettere un invio più tempestivo.

La diagnosi di sospetto dovrebbe comportare l'invio presso i servizi dell'età evolutiva delle aziende ASL per i successivi approfondimenti e l'eventuale conferma diagnostica, all'interno dei percorsi di comunicazione e collaborazione previsti nel progetto di legge.

La responsabilità della presa in carico permanente e la necessità di definire un modello operativo diagnostico globale per tutto l'arco della vita

La responsabilità della diagnosi precoce non compete alla famiglia ma ai servizi, come ne compete la presa in carico, la cura, la redazione e la realizzazione di un piano personalizzato di trattamento che, fuori dal gergo tecnico, significa un progetto di vita per l'intera esistenza della persona perché di autismo non si muore, di autismo non si guarisce ma si può stare meglio forse fino a conviverci. La finalità del progetto terapeutico/abilitativo è quella di favorire il miglior adattamento possibile della persona al suo ambiente per garantire una soddisfacente qualità di vita dell'individuo. In ogni età è fondamentale quindi che il progetto sia altamente individualizzato e che tenga conto dei reali bisogni della persona, come indicato dalle linee guida per servizi di età evolutiva e dai dati della letteratura.

I programmi di trattamento che sembrano produrre i migliori risultati sono quelli che:

- prevedono non un singolo trattamento, ma un insieme integrato di interventi sequenziali coordinati, continuativi e coerenti, che garantiscano la globalità della presa in carico;
- iniziano il più precocemente possibile;
 - riconoscono come opportunità terapeutiche tutti gli spazi naturali di vita che abitualmente l'individuo frequenta (famiglia, scuola, lavoro, società);
 - coinvolgono strettamente la famiglia come attore del processo terapeutico condiviso con tutta la rete sociale del soggetto, fornendo le opportunità abilitative ed educative;
 - prevedono un follow-up di verifica periodica dell'efficacia degli interventi abilitativi mediante strumenti validati e specifici;
 - finalizzano l'eventuale terapia farmacologica alle problematiche psicopatologiche presenti in comorbidità ed, eventualmente, al supporto della gestione di problematiche comportamentali. Gli interventi più utilizzati e validati sono quelli psicoeducativo-abilitativi, che debbono avere l'obiettivo di favorire lo sviluppo delle capacità adattive, sociali e comunicative all'interno di esperienze significative in diversi contesti di vita.

La formazione degli operatori e la scuola

Una inclusione sociale senza preparazione o una istituzionalizzazione sono due facce della stessa medaglia, mancanza di cura e mancanza di rispetto per la particolare umanità e caratteristiche di queste persone.

E' necessario quindi:

- farsi carico della programmazione della formazione degli operatori implicati a vario titolo nella gestione delle problematiche poste dai soggetti autistici, al fine di porre gli interventi in linea con i più moderni e accreditati protocolli operativi e terapeutici per dare garanzie di appropriatezza ed efficacia; indicativamente, destinatari dell'attività di formazione sono i PLS, i medici di medicina generale (MMG), gli operatori dei servizi di età evolutiva e del dipartimento di salute mentale e degli altri servizi distrettuali aziendali coinvolti, ma anche i familiari, e tutti i professionisti e operatori comunque coinvolti nell'interazione con le persone autistiche (con percorsi formativi differenziati a seconda della professionalità, della responsabilità e del ruolo svolto);
- attivare i dispositivi specifici per il coordinamento e il raccordo con la formazione a livello scolastico e, in generale, per la collaborazione con gli interventi direttamente erogati dalle istituzioni scolastiche, in tutte le loro articolazioni, in vario modo coinvolte nel percorso

educativo di inclusione dei soggetti con DSA.

Il diritto all'istruzione è uno dei diritti fondamentali di ogni cittadino ed i ragazzi con autismo devono poter essere inseriti in ogni ordine di scuola.

Il problema emergente: gli adulti con autismo

Di autismo non si muore, non si guarisce ma si può stare meglio, quindi è necessario ipotizzare una presa in carico che duri nel tempo. Dobbiamo registrare che tuttora nel quadro generale italiano, sia pure con situazioni a macchia di leopardo, sui piccoli con autismo si sta iniziando a fare un buon lavoro, i ragazzi e le famiglie hanno maggiori punti di riferimento, gli adulti con autismo continuano ad essere scarsamente considerati e va da sé che anche la migliore presa in carico per i piccoli è inutile se già da oggi non ci prepariamo a dare risposte agli adulti.

Nel momento attuale si registra forte e pressante la problematica del passaggio nella presa in carico dall'età adolescenziale all'età adulta. Salvo rare eccezioni, la psichiatria non si occupa degli adulti con autismo con risorse adeguate e con strumenti e conoscenze specifiche.

Ogni giorno per molti ragazzi il percorso di presa in carico finisce o sta per finire. Che cosa possiamo dire alla famiglia e al ragazzo diventato ormai adulto? Abbiamo scherzato? Possiamo togliere l'insulina ad un diabetico giovanile quando giunge a 20 anni? No di certo, non possiamo.

Se di autismo non si muore e non si guarisce, se la presa in carico in istituto è la più costosa non rimane che l'integrazione, l'inclusione sociale che può avvenire solo con interventi mirati e specializzati con il supporto della psichiatria e con la predisposizione di percorsi di vita autonoma e con il lavoro.

Autismo ed età adulta: percorsi di vita autonoma e lavoro

La grande eterogeneità delle condizioni raggruppate sotto la categoria autismo ha tradizionalmente reso problematico delineare una sua evoluzione tipo nell'età adulta. Tuttavia dalle conoscenze disponibili sappiamo che l'autismo ha stabilità diagnostica nel corso della vita.

E' sempre più evidente l'opportunità di mantenere programmi psico-educazionali specifici per persone autistiche diversi da quelli per persone con disturbo psicotico o con sola disabilità intellettiva, insieme a specifici adattamenti degli ambienti abilitativi dato che i contesti in cui si trattano tali soggetti, in genere sovraccarichi di importanti problematiche, richiedono accorgimenti e interventi appropriati e specifici per corrispondere alle esigenze di costanza, prevedibilità e coerenza, indispensabili a qualsiasi buona pratica per l'autismo.

Per quel che riguarda la presa in carico, si ritiene necessaria la predisposizione di percorsi e di strumenti condivisi e integrati tra tutti i servizi coinvolti e i medici di medicina generale che garantiscano, oltre ad una comune valutazione dei problemi, anche la continuità del progetto individualizzato di intervento, organizzato in base alla logica della centralità della persona portatrice del bisogno e non in base alle esigenze delle singole strutture e della loro attitudine a riconoscersi più o meno competenti rispetto ai problemi. Si tratta dunque di un approccio fondato sulla persona al centro di quel continuum che viene rappresentato dalla rete socio-sanitaria.

Purtroppo i dati del flusso informativo sull'assistenza psichiatrica territoriale consentono di verificare l'evoluzione di un fenomeno noto e diffuso, ossia la sparizione delle diagnosi e delle prese in carico di autismo dopo i 18 anni di età da parte dei dipartimenti di salute mentale (DSM), determinando una invisibilità dell'autismo adulto con impossibilità di accedere a interventi appropriati per il disturbo.

Tutto ciò, associato alla scarsità delle risorse, ha portato negli anni ad un appiattimento degli interventi e dei contesti di trattamento per l'autismo da un lato su quelli per la disabilità intellettiva (DI) e, dall'altro, su quelli per le psicosi a seconda che l'evoluzione del disturbo autistico fosse prevalentemente ad espressione deficitaria o nel registro della bizzaria-isolamento.

In base alle situazioni locali e ai bisogni emergenti e in relazione alla prevista mappatura

epidemiologica e organizzativa è necessario creare:

- strutture diurne dedicate oppure optare per nuclei di riferimento all'interno di centri diurni (CD) per disabili, in grado di erogare interventi appropriati e prevedendo una adeguata formazione degli operatori sulla specificità del disturbo autistico;
- strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche che facilitano il conseguimento di una migliore qualità di vita dei soggetti con DSA.

Compiti delle strutture sono l'acquisizione e il consolidamento di competenze dei soggetti con DSA per raggiungere i migliori livelli possibili di autonomia personale, di interazione sociale e di inclusione nel mondo del lavoro. Gli interventi devono essere posti all'interno del progetto di presa in carico globale individualizzato formulato dai servizi territoriali dedicati, in stretta collaborazione con le famiglie.

Il lavoro

Riteniamo che ogni persona debba vivere in un contesto adeguato alle proprie capacità e alla propria età. Ogni contesto ed ogni percorso di presa in carico deve essere finalizzato affinché la vita di ciascun individuo abbia un senso e che venga percepita come tale. Le risorse investite devono essere tutte finalizzate in funzionamenti individuali e così valutate, abbandonando definitivamente qualsiasi laboratorio o percorso decontestualizzato e a finalizzato. Anche per una persona autistica l'unica risposta che possiamo dare è il lavoro. L'unico strumento che permetta a tutti noi e a tutti i nostri ragazzi una vita con dignità è il lavoro.

Tutti noi e tutti i nostri ragazzi quindi, sono dotati di certi inalienabili diritti, la vita, la libertà ma permettetemi, anche per i disabili, il perseguimento della felicità. Noi abbiamo l'obbligo di creare le condizioni grazie alle quali le persone possono prima di tutto conoscere le loro potenzialità. Se di autismo non si muore e non si guarisce, se la presa in carico in istituto è la più costosa non rimane che l'integrazione, l'inclusione sociale, che può avvenire solo con il lavoro. Solo il lavoro può permettere a chi ne ha la capacità, più di quanti si creda e ancora di più in futuro se faremo tesoro del buon lavoro che si può fare ora con i piccoli, una vita dignitosa. Si esca dalla logica ambulatoriale e si passi alla logica della vita.

Non può esistere per nessuno una vita dignitosa, non può esistere libertà, autodeterminazione o indipendenza senza lavoro. L'intervento educativo non solo non deve essere impartito dall'esterno ma "fatto assieme", non solo ha al centro la persona, ma avviene in un contesto naturalistico: non riguarda cioè l'acquisizione di competenze astratte, bensì la vita di tutti i giorni. Tutte le attività devono avere questa impronta: il lavoro non è "ergoterapia" ma "lavoro vero" (nei limiti individuali). Così molti adulti autistici potranno continuare a fare progressi importanti, molti forse diventeranno autonomi e anche se la maggior parte di loro continuerà ad aver bisogno, per esprimere la propria umanità, di ambienti protetti e facilitati, è necessario e doveroso immaginare contesti per persone adulte, autistiche, che riescano a mantenere una **tensione abilitativa** adatta alle varie fasi della vita, che non siano dei generici contenitori di disabilità, con funzioni di intrattenimento. Che non siano in buona sostanza "asili per grandi che non riescono a crescere".

Istituzione di un fondo nazionale per l'autismo

E' indispensabile istituire un fondo nazionale per l'autismo per finanziare i servizi dedicati necessari.

Marino Lupi
Presidente Autismo Toscana Onlus