

Memorie AITA

La mototerapia non ha alcuna evidenza scientifica. Nel momento in cui il medico neuropsichiatra conferma il sospetto diagnostico di autismo in realtà si stabilisce non un punto di arrivo ma un punto di partenza: il passo successivo è passare all'azione di intervento per aiutare concretamente la persona autistica ad implementare le sue capacità socio-relazionali e diminuire i comportamenti disfunzionali. Prima di orientare l'azione di intervento, è tuttavia assolutamente necessario attuare una valutazione completa della persona, che metta in luce sia i suoi bisogni sia i suoi punti di forza: questi ultimi, se valorizzati, possono mitigare le difficoltà e portare ad una piena espressione delle potenzialità uniche di ogni individuo (Vivanti, Bottema-Beutel & Turner-Brown, 2020; Vivanti, Rogers et al., 2022). E' importante sottolineare che affinché tutto questo avvenga bisogna identificare delle pratiche di intervento *evidence-based*, cioè basate sull'evidenza scientifica – un processo reso arduo da diversi fattori. Il primo è che nonostante ci sia un consenso nella comunità scientifica sull'idea che le persone con una diagnosi autismo debbano ricevere interventi “evidence-based”, il concetto stesso è stato soggetto a dibattito e continua evoluzione (Vivanti & Messinger, 2021). Il termine *evidence-based* è stato introdotto negli anni '90 (Guyatt, 1991) per descrivere interventi i cui benefici sono documentati obiettivamente dalla ricerca scientifica, e non basati su impressioni soggettive e informazioni aneddotiche. La spinta a non fidarsi delle impressioni soggettive che anima la filosofia “evidence-based” riflette un'evoluzione iniziata nei paesi anglosassoni dalla fine degli anni '60, che nell'ambito dell'autismo ha incoraggiato il passaggio da trattamenti arbitrari a pratiche i cui benefici per le persone coinvolte potessero essere documentate scientificamente. In tal senso sarebbe un grave errore far passare il concetto di terapia attraverso una semplice attività ludica.

Il processo di validazione scientifica per una terapia medica è molto complesso e deve essere sottoposto a passaggi molto delicati tra cui studi randomizzati controllati in doppio cieco (randomized controlled trial, RCT) e successive meta-analisi. Ricordo che proprio gli studi clinici

controllati randomizzati sono gli studi sperimentali che permettono di **valutare l'efficacia di uno specifico trattamento in una determinata popolazione**. Tali studi e ricerche devono essere successivamente pubblicate su riviste peer-reviewed indicizzate riconosciute dalla comunità internazionale e replicate da diversi gruppi di ricerca.

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un aumento sostanziale della ricerca sull'intervento nell'autismo, sia dal punto di vista della quantità che di quello della qualità della ricerca: è aumentato il numero di interventi sostenuti da studi randomizzati controllati, che permettono di stabilire l'efficacia (*efficacy*) di un intervento, ovvero studi che valutano se i miglioramenti maturati da bambini assegnati in modo random a ricevere l'intervento sotto esame sono superiori rispetto a bambini con la stessa diagnosi assegnati ad una condizione di controllo. In aggiunta sono aumentati anche gli studi focalizzati sull'effetto (*effectiveness*) di interventi nel contesto dei servizi che si distinguono dagli studi di *efficacy* perché valutano gli esiti degli interventi quando questi sono messi in atto non nel contesto di un trial clinico ma direttamente nel mondo reale dei servizi che hanno in carico i bambini. Infine è importante sottolineare che una ricerca deve valutare anche i “moderatori e mediatori” degli interventi, ovvero esaminare cosa funziona per chi e perché, tra le varie opzioni di trattamento per diversi sottogruppi di persone all'interno dello spettro autistico (Vivanti, Bent et al., 2022).

Premesso tutto questo è fondamentale sottolineare che non solo non esiste un solo studio che esamina tali aspetti sulla “mototerapia nell'autismo” ma altresì non esiste nemmeno un semplice articolo scientifico in tutto il mondo che evidenzia che l'utilizzo della motocicletta come terapia nell'autismo possa avere alcun beneficio sulle persone autistiche. Aggiungo inoltre che nel testo per promuovere la mototerapia non si fa riferimento ad alcuno studio specifico o trial clinico sull'autismo ma a un semplice studio su una casistica esigua di bambini con problemi oncologici pubblicata su una rivista con scarso impatto. Sottolineo e stresso il concetto **che non sono stati mai esaminati bambini autistici o con disabilità intellettiva** in nessuno studio serio pubblicato ad oggi nella letteratura scientifica mondiale e l'Italia sarebbe il primo paese che approva un'attività

ludica-ricreativa con le motociclette come “terapia” senza aver mai eseguito o condotto studi seri prima di dare il via a tale approvazione. Occorre inoltre specificare che il fenotipo dello spettro autistico è molto eterogeneo (Mazzone, Vitiello, 2016) ed esistono persone autistiche diverse con bisogni totalmente diversi che richiedono differenti approcci terapeutici anche in base alle diverse necessità nelle varie età della vita e nei contesti familiari, sociali ed economici. Riporto tali aspetti in quanto è invece evidenza scientifica che oltre il 70% delle persone autistiche presenta un disturbo del processamento sensoriale con iper o ipo sensorialità (Kyrbi et al. 2022) e che il rumore e le vibrazioni delle stesse motociclette potrebbero determinare importanti **effetti collaterali** nelle persone autistiche come ansia, paura e agitazione psicomotoria peggiorando sensibilmente il quadro clinico e comportamentale.

Detto questo ritengo che sostenere le attività ludiche e sportive, tra cui l’attività ricreativa con le motociclette per le persone autistiche, sia un approccio di svago assolutamente condivisibile. Per chi volesse utilizzarle, al netto di valutare prima eventuali paure o sensorialità atipiche della persone autistiche a cui si propone l’attività, vanno benissimo i motociclisti nelle corsie degli ospedali, come già sono presenti gli operatori con il naso da clown per rasserenare il clima nei reparti pediatrici. Ma sottolineo nuovamente che stiamo parlando di un’attività ludico-ricreativa e non di una “terapia”, altrimenti c’è il rischio di fare confusione, oltre che di dare false speranze ai genitori.

Prof. Luigi Mazzone

Bibliografia di riferimento

- Vivanti, G., Bottema-Beutel, K., Turner-Brown, L. (2020). *Clinical Guide to Early Interventions for Children with Autism*. Springer.
- Vivanti, G., Rogers, S. J., Dwyer, P., & Rivera, S. (2022). Early learning in autism as an atypical balance between assimilation and accommodation processes. *Human Development*, 1-17.

- Vivanti, G., & Messinger, D. S. (2021). Theories of autism and autism treatment from the DSM III through the present and beyond: Impact on research and practice. *Journal of autism and developmental disorders*, 51(12), 4309-4320.
- Guyatt GH. Evidence-based medicine. *ACP J Club*. March/April 1991:A-16.
- Vivanti, G., Bent, C., Capes, K., Upson, S., Hudry, K., Dissanayake, C., & Victorian ASELCC Team. (2022). Characteristics of children on the autism spectrum who benefit the most from receiving intervention in inclusive versus specialised early childhood education settings. *Autism Research*.
- Mazzone L., Vitiello B Psychiatric Symptoms and Comorbidities in Autism Spectrum Disorder. Springer, 2016
- Kirby, Bilder, Wiggins, et al. 2022. *Autism Research* 15 (4): 751–60.