



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Neuroscienze

Direttore Prof. Raffaele De Caro

CORSO DI LAUREA TRIENNALE IN IGIENE DENTALE

Presidente Prof. E. Stellini

TESI DI LAUREA

**L'AMBIENTE ODONTOIATRICO DAL PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE
CON AUTISMO SENZA COMPROMISSIONE COGNITIVA**

Relatore: Chiar.mo Prof. Claudio Gallo

Correlatore: Dott.ssa Sara Impellizzeri

Laureanda: Sara Bedana

ANNO ACCADEMICO 2021 – 2022

INDICE

RIASSUNTO	1
CAPITOLO I: INTRODUZIONE	3
1.1 Il Disturbo dello Spettro Autistico	3
1.1.1 Cenni storici	5
1.1.2 Epidemiologia	6
1.1.3 DSA e differenze di genere	8
1.1.4 DSA e patologie correlate	11
1.1.5 Novità e classificazione del DSM-5	16
1.1.6 Vantaggi del DSM-5	21
1.2 La Sindrome di Asperger	22
1.2.1 Differenze tra Sindrome di Asperger e Autismo ad alto funzionamento	24
1.2.2 La Sindrome di Asperger nel DSM-5	28
1.3 Condizioni oro-dentali e igiene orale nei pazienti con DSA	29
1.3.1 L'importanza dei genitori/caregiver	32
1.3.2 Contesto ambulatoriale	33
1.3.3 L'igiene orale domiciliare	35
1.3.4 Linee guida	36
CAPITOLO II. SCOPO DELLO STUDIO	39
CAPITOLO III: MATERIALI E METODI	41
CAPITOLO IV: RISULTATI	43
CAPITOLO V: DISCUSSIONE	53
CAPITOLO VI: CONCLUSIONI	59
BIBLIOGRAFIA	63
ALLEGATI	69

RIASSUNTO

Background: I Disturbi dello Spettro Autistico (DSA) sono una patologia in forte aumento negli ultimi anni: si stima che in Italia la prevalenza si aggiri ad un caso su 77 nei bambini tra i 7 e i 9 anni, con un maggior interessamento nel sesso maschile. È probabile quindi, che un operatore del campo odontoiatrico possa incontrare nella propria attività professionale, pazienti con questa patologia, trovandosi in molti casi, impreparato nel gestire l'incontro. Molto spesso, infatti, non è chiaro che cosa comporti questa condizione per il paziente stesso, né che vi siano grandi differenze tra le varie "sfumature" dei DSA.

Scopo dello studio: Lo scopo di questa tesi è quello di andare a evidenziare le differenze tra le persone con DSA di Livello 1, dai Livelli 2 e 3 e di valutare le loro esperienze odontoiatriche con le eventuali differenze.

Materiali e metodi: È stato utilizzato il motore di ricerca Pubmed ricercando le parole chiave: "Sindrome di Asperger, Disturbo dello Spettro Autistico e odontoiatria, Disturbo dello Spettro Autistico e comorbilità, Autismo e igiene orale". Tramite dei questionari poi, sono state valutate le esperienze odontoiatriche e le abitudini di igiene orale in 36 pazienti, portando alla luce difficoltà ed aspettative, differenziandoli in due gruppi: 17 pazienti con vecchia diagnosi di Asperger (Livello 1); e 17 pazienti del gruppo controllo ossia pazienti con diagnosi di DSA (dunque appartenenti ai Livelli 2 e 3).

Risultati: Il gruppo "Asperger" ha una maggior autonomia nell'igiene orale domiciliare. Inoltre, contrariamente alle aspettative, i ragazzi del gruppo controllo, pur avendo un DSA di livello più grave, grazie al fatto che frequentano un reparto specializzato nella cura di pazienti disabili (l'Odontoiatria di Comunità dell'ospedale di Piove di Sacco), hanno riportato minori difficoltà nell'esperienza clinica odontoiatrica rispetto ai primi che si erano rivolti invece a strutture esterne.

Conclusioni: È emerso quindi che, al di là delle difficoltà del singolo ragazzo dovute al "grado" di Disturbo dello Spettro a cui appartiene, la vera differenza nella collaborazione, nei risultati clinici e nella loro esperienza odontoiatrica è data dall'empatia e preparazione dell'operatore su questa specifica patologia e dagli ambienti spaziosi ed accoglienti studiati per loro.

ABSTRACT

Background: Autism Spectrum Disorders (ASD) are a pathology that has been increasing in recent years: it is estimated that, in Italy, 1 case in 77 in children between the ages of 7 and 9 is diagnosed with ASD, with a majority of male individuals. It is likely, therefore, that a dental practitioner might encounter in his professional activity, patients with this pathology, perhaps finding himself unprepared to handle these patients. Very often, in fact, it is not clear what the main differences between the various 'nuances' of ASD are and what this condition entails for the patients themselves.

Aim of the study: The aim of this thesis is to highlight the differences between people with Level 1, Level 2 and Level 3 ASDs and to evaluate their dental experiences with any differences.

Materials and methods: The Pubmed search engine was used, searching for the keywords: "Asperger's Syndrome, Asperger's Syndrome and High Functioning Autism, Autism Spectrum Disorder and dentistry, Autism Spectrum Disorder and comorbidity, Autism and oral hygiene". By means of questionnaires, then, dental experiences and oral hygiene habits were assessed in 36 patients, bringing to light difficulties and expectations by differentiating them into two groups: 17 patients with an old diagnosis of Asperger's (Level 1) from 17 patients in the control group, i.e. patients with a diagnosis of ASD (therefore belonging to Levels 2 and 3).

Results: The "Asperger's" group has greater autonomy in home oral hygiene. In addition, contrary to expectations, the young people in the control group, despite having a more severe level of DSA, thanks to the fact that they attend a department specialised in the care of disabled patients (Community Dentistry at the Piove di Sacco hospital), reported fewer difficulties in their clinical dental experience than the former who had instead turned to external facilities.

Conclusions: It therefore emerged that, beyond the difficulties of the individual child due to the "degree" of Spectrum Disorder to which he or she belongs, the real difference in collaboration, clinical results and their dental experience is given by the empathy and preparation of the operator on this specific pathology and by the spacious and welcoming environments designed for them.

CAPITOLO I: INTRODUZIONE

1.1 I Disturbi dello Spettro Autistico

I Disturbi dello Spettro Autistico (DSA), dall'inglese Autism Spectrum Disorders, (ASD) sono definiti come un insieme eterogeneo di alterazioni del neurosviluppo, caratterizzati da deficit della comunicazione e interazione sociale e dalla ristrettezza e ripetitività di interessi e comportamenti dell'individuo ^[1].

I DSA si manifestano solitamente nel secondo anno di vita del bambino, prima dei 12 mesi nei casi più gravi, oppure dopo i 24 nei casi più lievi e permangono generalmente per tutta la vita. Spesso gli individui possono sviluppare anche forme di epilessia, depressione, ansia o disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), con un grado di abilità cognitive estremamente variabile a seconda del soggetto.

Non è ancora chiara quale sia l'eziologia dei DSA, gli ultimi progressi della ricerca, però, hanno individuato diverse alterazioni genetiche correlate.

Il termine DSM è l'acronimo di "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) ed è uno degli strumenti diagnostici per disturbi mentali più utilizzati da medici, neuropsichiatri, psichiatri e psicologi di tutto il mondo. La prima versione risale al 1952 (DSM-1) e fu redatta dall'American Psychiatric Association (APA). L'attuale versione è il DSM-5. Nella definizione della condizione dei DSA, all'interno del DSM-5, si trova una maggior attenzione alle possibili condizioni genetiche associate, tanto che, all'interno del paragrafo "Marker Diagnostici" viene fatto specifico riferimento alla valutazione genetica dell'individuo. Vi è particolare attenzione anche per i fattori di rischio che implicano un'alterazione del sistema nervoso centrale (sindromi genetiche, encefalopatie neonatali, traumi, infezioni, ecc...) ^[2].

Nelle persone che presentano DSA possono esservi anche casi di regressione di abilità comportamentali o linguistiche già acquisite e il deterioramento può essere sia graduale, sia rapido^[2].

I primi campanelli d'allarme si presentano spesso come difficoltà nella comunicazione verbale e non verbale. I bambini con DSA possono tendere ad

evitare il contatto visivo o farne un uso atipico; potrebbero non mostrare particolarmente interesse per le interazioni con gli altri bambini e preferire attività solitarie (ciò generalmente persiste anche in età più avanzata), o ancora preferire giocare con regole fisse. Potrebbero, inoltre, esservi atteggiamenti ripetitivi e stereotipati quali “stereotipe motorie semplici (es. battere le mani), l’uso ripetitivo di oggetti (es. mettere in fila i giocattoli) ed eloquio ripetitivo”. Alcuni comportamenti routinari possono essere collegati con l’evidente iper- o ipo-reattività verso stimoli sensoriali”^[2].

Nelle persone con DSA possono essere comuni anche eccessive restrizioni alimentari e reazioni atipiche riguardanti gusto, olfatto, consistenza o aspetto del cibo^[2].

“I deficit verbali e non verbali si presentano sotto forma di diverse manifestazioni a seconda dell’età dell’individuo, del livello intellettivo e della capacità di linguaggio”^[2].

In alcuni casi potrebbero manifestarsi anche episodi di autolesionismo, come per esempio il colpirsi ripetutamente il capo, e in adolescenti e adulti con DSA è stata riscontrata una predisposizione ad ansia e depressione^[2].

“I DSA non sono disturbi degenerativi, ed è tipico che rendimento e compensazioni progrediscono per tutta la vita. I sintomi sono spesso marcati nella prima infanzia e nei primi anni di scuola, con un guadagno evolutivo in genere nella tarda infanzia, almeno in alcune aree (es. aumento di interesse per le interazioni sociali). Una piccola percentuale di individui peggiora durante l’adolescenza, mentre molti migliorano grazie agli interventi educativi e alle compensazioni.

Solo una minoranza di individui con DSA vive e lavora in maniera autonoma durante l’età adulta; quelli che lo fanno tendono ad avere linguaggio e capacità intellettive superiori e sono in grado di trovare una nicchia ambientale che si incontra adeguatamente con i loro interessi e le loro abilità speciali”^[2].

1.1.1 Cenni storici

Il concetto di “Autismo” inizialmente aveva un’accezione totalmente diversa da quella attuale. Il termine, infatti, nacque nel 1911 grazie a Eugen Bleuler, psichiatra tedesco che coniò il termine per spiegare dei sintomi che riteneva collegati a dei casi di schizofrenia. Più precisamente, secondo Bleuler “il pensiero autistico era caratterizzato da un desiderio infantile di evitare delle realtà insoddisfacenti e sostituirle con fantasie e allucinazioni”^{[3][4]}. Egli riteneva che le persone affette da schizofrenia, nell’analizzare la realtà circostante, non riuscissero a fare delle associazioni logiche appropriate, arrivando così a un’insoddisfacente visione della realtà che veniva compensata con delle fantasie e/o allucinazioni, che soddisfacessero le loro esigenze. Il “pensiero autistico” per Bleuler era il concetto necessario a spiegare il distacco dalla realtà, provocato dalla schizofrenia e riteneva che fosse un pensiero non più legato alle regole della logica, ma che ne seguisse di proprie.^{[3][4]}

Successivamente, nel 1922, partendo dal pensiero di Bleuler e Freud, lo psicologo Jean Piaget usò il termine “autistico” o “simbolico” per descrivere il modo di ragionare dei bambini nell’età pre-verbale. Piaget affermò che le interazioni con persone e oggetti a cui i bambini andavano quotidianamente incontro, li portavano a sviluppare il loro rapporto con la realtà^[5]; asserì che durante il periodo precedente all’uso della parola, il pensiero dei bambini non potesse seguire le regole della logica, bensì che fosse strutturato tramite delle “immagini visive” piuttosto che da concetti.^{[3][6]}

Solo nel 1943 con Leo Kanner, si parlò per la prima volta di “Autismo Infantile Precoce”, arrivando a una definizione di “Autismo” che si avvicina maggiormente a quella attuale, dando anche l’inizio dello sviluppo di “Autismo” come vero e proprio concetto diagnostico^[12]. Lo studio di Kanner descriveva 11 bambini (8 maschi e 3 femmine) in cui osservò delle caratteristiche comuni fondamentali ancora oggi: serie difficoltà con l’interazione sociale già in tenera età, insistenza nella ripetitività delle cose e un’opposta resistenza al cambiamento. Egli notò anche la presenza di movimenti stereotipati, quali il battere le mani e l’ondeggiare

con il corpo, che ritenne servissero ai bambini per rafforzare la ripetitività all'interno della loro realtà.^{[7][8]}

Un altro studio fondamentale risalente allo stesso periodo è anche quello di Hans Asperger, nel quale anch'egli evidenziava la presenza di difficoltà nei rapporti sociali, nonostante i ragazzini da lui osservati avessero delle buone capacità verbali; Hans Asperger introdusse anche il concetto di “interessi circoscritti e inusuali”.^[9]

Aspetto determinante nel percorso che ha portato alla concezione moderna dell'Autismo è anche il fatto che dal 1960 vi fu un aumento dei casi di diagnosi della patologia, portando maggiore attenzione e interesse da parte del mondo scientifico. Secondo uno studio di Gil Eyal e colleghi, l'aumento di diagnosi di Autismo negli Stati Uniti è da imputare alla chiusura degli istituti per le “persone con ritardi mentali”, avvenuta attorno agli anni '60 e che ha fatto sì che i bambini fossero introdotti in un contesto sociale ed educativo diverso.^{[3][10]} Nello stesso periodo ci fu un fenomeno simile anche in Gran Bretagna, cosa che spinse i genitori dei bambini usciti dai suddetti istituti a impegnarsi nella ricerca di maggior riconoscimento delle difficoltà dei propri figli e di diagnosi più soddisfacenti. Fu proprio questo impegno attivo dei genitori interessati che portò al finanziamento di nuove ricerche (anche in ambito genetico) e promosse la creazione di terapie innovative.^{[3][11]}

Durante gli anni '70 ci furono importanti sviluppi nell'area della psichiatria e venne data più attenzione anche all'Autismo finché, nel 1980, venne incluso nel DSM-III come diagnosi a sé stante nella categoria dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (PDDs).^[7]

1.1.2 Epidemiologia

Negli ultimi anni diversi studi a livello internazionale hanno registrato un incremento generale nella prevalenza dei DSA, fenomeno che molto probabilmente è da imputare al progressivo cambiamento sia della definizione di “Autismo” e dei suoi criteri diagnostici, sia ai nuovi metodi di screening e dei metodi di ricerca, così come all'aumento stesso della consapevolezza e

conoscenza sui Disturbi dello Spettro Autistico.^[12] A supporto della teoria vi è anche uno studio svedese che afferma l'aumento del numero dei bambini con diagnosi di DSA e che sia auspicabile pensare che i responsabili dell'aumento della prevalenza siano i nuovi mezzi diagnostici.^{[12][13]}

Per quanto riguarda il contesto italiano l'ultima stima nazionale è stata fatta dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Ministero della Salute nel "Progetto Osservatorio per il Monitoraggio dei Disturbi dello Spettro Autistico", da cui è emerso che, considerando la fascia d'età tra i 7 e i 9 anni, circa un bambino su 77 presenti DSA.^[14]

Uno studio condotto in Svezia su ragazzi dai 0 ai 17 anni ha segnalato un aumento dei DSA da 4.2/1000 nel 2001 a 14.4/1000 nel 2011^{[12][15]}; attualmente, sempre in Svezia, è stata registrata una prevalenza di circa 1 su 60, così come in Danimarca e di 1 su 86 in Gran Bretagna.^[14]

Negli Stati Uniti invece è il Center for Disease Control (CDC) di Atlanta a condurre dal 1996 una ricerca epidemiologica sulla prevalenza dei DSA nei bambini che hanno raggiunto gli 8 anni d'età in 11 stati USA, fondando anche successivamente l'Autism Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network con lo stesso scopo.

All'inizio degli anni 2000 l'ADDM Network aveva registrato una prevalenza di un bambino con Autismo ogni 150, dato che è risultato essere 2.5 volte più alto già nel 2014 con una prevalenza di 16.8 su 1000 (uno ogni 59 bambini) e successivamente, nel 2016, del 18.5 per 1000, pari a una persona con Autismo ogni 54 persone.^[16]

Aspetto interessante è che nello studio di Matthew J. Manner e colleghi è emerso che per il 2016, negli USA, la prevalenza dei Disturbi dello Spettro Autistico nei bambini fino agli 8 anni è approssimativamente identica tra i bambini di colore e non, mentre il dato è minore tra i bambini ispanici (rispettivamente 18.5, 18.3 e 15.4).^[16]

La prevalenza dei Disturbi dello Spettro Autistico in Canada, Asia, Africa e Australia sono rispettivamente : 1,2%, 0,4%, 1% e 1,7%.^[12]

Le ragioni di queste divergenze nei valori della prevalenza dei Disturbi dello Spettro Autistico nei diversi Paesi sono molteplici. Molto probabilmente la causa potrebbe essere imputata al fatto che l'Autismo si sviluppa su uno spettro che presenta una vasta rosa di caratteristiche con espressioni differenti nei singoli individui, i cui comportamenti possono essere interpretati diversamente anche in base alle diverse culture; oltre a questo influiscono anche i diversi livelli di consapevolezza della patologia che ci sono nelle diverse nazioni, così come i diversi metodi di campionatura nelle ricerche.^[12]

Un dato che invece risulta essere ugualmente riscontrato a livello internazionale è che i Disturbi dello Spettro Autistico vengano diagnosticati circa quattro volte di più nei maschi rispetto alle femmine.^{[2][16]}

1.1.3 DSA e differenze di genere

È noto da molti anni che i DSA si manifestano più frequentemente nei maschi piuttosto che nelle femmine, negli ultimi anni, però, è emerso che questo dato potrebbe non essere completamente corretto: sembra, infatti, che sia dovuto al fatto che le femmine con DSA tendono a non essere identificate, soprattutto quelle con un quoziente intellettivo nella media o superiore alla stessa, dunque senza compromissione cognitiva.

Diversi studi, infatti, hanno dimostrato che le ragazze in questione ricevono una diagnosi tendenzialmente più tardi rispetto ai maschi, oppure capita che vengano classificate con altre diagnosi, quali disturbi dell'ansia, di personalità, affettivi o alimentari. Le cause di questo fenomeno sono molteplici, può capitare, per esempio, che degli atteggiamenti dovuti a sentimenti di disagio di queste bambine e ragazze vengano fraintesi come semplice timidezza, cosa che non desta particolare sospetto di DSA a causa della concezione tipica della donna che c'è nella nostra cultura; oltre a questo c'è da tenere in considerazione anche un possibile pregiudizio clinico dei medici che, sapendo che l'andamento generale dei DSA interessa più frequentemente i maschi, possono inconsciamente essere meno propensi a pensare a una diagnosi di Autismo per una ragazza. Rilevante è anche il fatto che i criteri diagnostici per i DSA sono stati pensati studiando soprattutto su campioni prevalentemente maschili.^{[17][18]}

A conferma di ciò, in uno studio di De Giambattista e colleghi è emerso che le femmine arrivano ad avere il primo consulto medico a un'età media più alta rispetto ai maschi, più precisamente 2 anni più tardi rispetto al campione generale dello studio. Inoltre, i motivi del primo consulto medico nel gruppo maschile erano per problemi dell'attenzione e dell'apprendimento, mentre nel gruppo femminile principalmente erano per problemi di alimentazione o emotivi, anche se i dati raccolti non hanno riportato una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi per quando riguarda le motivazioni del primo consulto.^[18]

Un'ulteriore interpretazione che è stata data a questo divario diagnostico tra maschi e femmine con DSA consiste nell'ipotesi del camuffamento (“camouflage hypothesis”) secondo recenti studi, infatti, sembra che le ragazze con DSA presentino meno deficit socio comunicativi grazie a una loro maggiore capacità nell'adottare strategie compensative che le facciano apparire “socialmente tipiche”. Più precisamente le femmine con DSA tendono a imitare e/o imparare più o meno consapevolmente quali siano i comportamenti convenzionali accettati nelle diverse situazioni sociali, riuscendo a seguire una sorta di “copione sociale” del ruolo e della situazione in cui si trovano; osservando e imitando i propri coetanei, le donne adulte o adolescenti, possono anche arrivare ad essere in grado di sostenere una conversazione reciproca e ad allinearsi con l'uso comune di gesti e dello sguardo. Fondamentalmente tutto ciò le porta a “camuffare” il loro Autismo, rendendole quindi più sfuggenti alle diagnosi rispetto ai maschi. Nonostante questa capacità però, spesso queste ragazze continuano ad avere difficoltà nel capire i diversi tipi di rapporti, i gradi di intimità delle relazioni e a gestire i conflitti.^{[17] [18] [19]} In uno studio Dean e colleghi hanno osservato in un ambito scolastico le differenze nei comportamenti dei bambini e bambine con DSA senza compromissione cognitiva e hanno riportato che, mentre i maschi preferivano stare da soli, le femmine optavano per giochi con maggior contatto con i compagni o imitavano schemi di comportamento più articolati.^[20]

In ogni caso questa capacità delle femmine con DSA senza compromissione cognitiva, sebbene permetta loro di integrarsi meglio nella società, è fonte di forte stress e ansia. Alcune donne che riferiscono di usare queste strategie di

camuffamento, infatti, affermano che mantenere costantemente la maschera sia molto faticoso a lungo andare.^[19]

Per quanto riguarda la comprensione del linguaggio, in età prescolare le femmine risultano avere uno sviluppo precoce più avanzato, i ritardi di acquisizione del linguaggio, infatti, sono più comuni nei maschi, differenza che tende a normalizzarsi più avanti nella media infanzia e nell'adolescenza; a sostegno di ciò De Gianbattista e colleghi in un articolo del 2021 affermano che non ci siano vere e proprie differenze nel quoziente intellettivo medio tra maschi e femmine con DSA senza compromissione cognitiva, né sono state registrate differenze nei sottovalori del QI, se non per quanto riguarda il QIV (VIQ) per le abilità verbali e linguistiche in età prescolare, che infatti presenta punteggi migliori nelle femmine.

Ciò non significa che, in generale, le femmine non abbiano problemi di linguaggio, anche se statisticamente è un problema che caratterizza maggiormente i maschi, in quanto è stato visto che l'ipotesi del camuffamento sopracitata è stata osservata anche in ambito di abilità linguistiche e pragmatiche: è stato osservato che le femmine spesso imparano a utilizzare le pause in modo convenzionale, a inserire ricordi autobiografici anche emozionali più dettagliati nei discorsi, così come anche la gestualità risulta più simile a quella del resto della popolazione rispetto ai maschi. ^{[17] [18] [19]}

Da un punto di vista socio-emotivo, come è stato detto precedentemente, le femmine tendono a essere meno compromesse rispetto ai maschi in quanto, osservando i coetanei, riescono a imparare ad adattare il proprio comportamento nelle diverse situazioni sociali, pur continuando ad avere difficoltà nella comprensione del significato delle relazioni stesse, di alcuni contesti sociali e il motivo di determinate regole. Questo comporta che tutti gli atteggiamenti atipici quali l'uso di un tono insolito, l'evitare il contatto visivo, la difficoltà nel mandare avanti una conversazione e, nei più piccoli, di prendere parte a un gioco più immaginativo, risultino più spiccati nei maschi.

Per quanto riguarda i vari i patterns ristretti e ripetitivi (interessi, attività, movimenti corporei ecc..) i risultati sono ancora contraddittori: in alcuni studi

sembra che in certi ambiti siano meno presenti nelle femmine, in altri non sono state rilevate particolari differenze statisticamente significative, ad eccezione degli atteggiamenti riguardanti l'adesione quasi ferrea alla routine, che sembrano essere più spiccati nei maschi.^{[17][18][19]}

Un aspetto interessante è che gli interessi speciali delle femmine con DSA sono meno particolari e più simili a quelli degli altri loro coetanei, altro motivo per cui riescono a “mimetizzarsi” meglio nel contesto sociale.^{[18][19]}

1.1.4 DSA e patologie correlate

Un altro aspetto da tenere in considerazione quando si tratta con un paziente autistico sono le comorbidità. Negli ultimi anni, infatti, è diventata sempre più evidente la presenza di una relazione tra DSA e diverse altre patologie sia di tipo fisico, come l'epilessia, disturbi gastrointestinali, deficit uditivi, squilibri ormonali, sia di tipo psicologico, quali disturbi d'ansia, depressione, ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) e disturbi del sonno.^{[21][22][23]}

La presenza di queste patologie molto spesso, però, non ha diagnosi facile, in quanto spesso un bambino o ragazzo con DSA, presentando deficit di linguaggio, può esprimere i fastidi o il dolore in modo diverso da quelli usuali e avendo anche una sensibilità diversa agli stimoli esterni è difficile che riesca a esprimere in modo puntuale ciò che prova; spesso capita, infatti, che atteggiamenti più aggressivi o autolesionisti vengano interpretati come sintomi del Disturbo dello Spettro Autistico e vengano trattati come tali, quando invece il ragazzo magari sta solamente cercando di esprimere un disagio.^[21] L'esame clinico di questi pazienti può, inoltre, non essere così immediato, soprattutto con i bambini la cui collaborazione va conquistata pian piano.

- **Epilessia**

Per quando riguarda gli episodi di crisi epilettiche in persone con DSA, mediamente i vari studi che hanno trattato l'argomento riportano una prevalenza di circa 20%-35% negli adulti e 7%-14% nei bambini.^{[21][24]} Houghton et al. in Gran Bretagna hanno riportato, al contrario, delle stime

inferiori: 2.8% nei bambini di età compresa tra i 3 e gli 11 anni e 4.1% per le età dai 12 ai 17.^[25]

La diagnosi di epilessia può essere difficoltosa, poiché non sempre vi sono crisi particolarmente evidenti: in alcuni casi possono esservi solamente dei segnali più blandi che possono essere confusi con i movimenti atipici che già il DSA comporta. Motivo per cui, se si verificano episodi in cui il bambino smette improvvisamente di fare quel che stava facendo e fissa il vuoto, oppure se si notano dei movimenti atipici degli occhi (tic, deviazione dello sguardo da un lato, ecc...) o cambiamenti nell'atteggiamento a cui seguono momenti di particolare stanchezza o confusione, è meglio verificare con un elettroencefalogramma (EEG) che non si tratti di crisi di tipo epilettico. Nel caso di ragazzi poco collaboranti si può suggerire di eseguire un EEG più prolungato durante il sonno; inoltre può essere utile anche la registrazione di un video degli episodi sospetti da parte dei genitori, in modo tale che il medico possa visionarli se l'esame clinico presenta difficoltà.^[21]

Si stima, poi, che i periodi che presentano un rischio maggiore di insorgenza di crisi epilettiche siano la prima infanzia e l'adolescenza^[26]. Ewen e colleghi in una pubblicazione del 2019 stabilirono, inoltre, che le femmine con DSA presentano un rischio maggiore del 40% di incorrere in episodi di epilessia rispetto ai maschi.^[27]

- **Disturbi gastrointestinali**

Si distinguono pazienti con disturbi gastrointestinali che presentano patologie con sintomatologie inequivocabili (es. costipazione cronica, vomito, diarrea ecc...) e pazienti con sintomatologia meno evidente, come dolori addominali o malattia da reflusso gastroesofageo (GERD). Nel secondo caso infatti può capitare che i ragazzi con DSA manifestino il disagio con modalità che possono essere erroneamente catalogate come “comportamenti autistici” ad esempio: atteggiamenti più “aggressivi” verso gli altri e/o verso se stessi, masticare oggetti non commestibili, esercitare pressione sull'addome, o toccarsi ripetutamente il petto, ecc...^{[21] [28]}

Alcune delle patologie gastroesofagee che sono state osservate in correzione al Disturbo dello Spettro Autistico sono: la celiachia, le malattie infiammatorie intestinali, l'esofagite, la gastrite, la GERD, la colite e il morbo di Crohn.^[21]

Per quanto riguarda la prevalenza in Italia, uno studio condotto da Fulceri e colleghi è stata confrontata la presenza di disturbi gastrointestinali in un gruppo bambini con DSA e un altro di bambini senza disabilità. Sono stati presi in considerazione solo 7 sintomi: nausea, vomito, diarrea, dolori intestinali, costipazione, dolore allo stomaco, rifiuto di mangiare e nelle conclusioni gli autori hanno riportato una prevalenza del 37,40% nel primo gruppo (più precisamente 7,8% nelle femmine e 29,6% nei maschi) rispetto una prevalenza del 14,80% nel secondo gruppo.^[29]

- **Deficit uditivi**

La letteratura riguardante il rapporto dei deficit uditivi e il Disturbo dello Spettro Autistico risulta essere troppo scarsa per evidenziare risultati soddisfacenti riguardo l'impatto che l'età o il genere possono avere su di essi; esiste però uno studio scozzese in cui è stato osservato che il 2,90% dei ragazzi con DSA fino ai 15 anni risultava avere problemi di sordità o perdita di udito, che poi aumentava a 3,90% per la fascia d'età dai 16 ai 24 anni, mentre il gruppo controllo basato sulla popolazione generale presentava valori inferiori: il 0,50% e 0,80% rispettivamente per le due fasce d'età.^[22] Inoltre, un ulteriore studio del 2014 evidenziò che non sembrava esserci una differenza significativa tra la prevalenza nei maschi rispetto a quella delle femmine (rispettivamente 4,20% e 4,80%).^[30]

- **Squilibri ormonali**

Un aspetto curioso dei ragazzi con DSA consiste nel fatto che alcuni comportamenti possano peggiorare durante l'adolescenza e la causa di tutto ciò viene imputata ai cambiamenti ormonali che essa comporta; tesi che però, ad oggi, non è ancora supportata da sufficienti studi scientifici.

Gli unici studi che sono stati effettuati sulla correlazione di eventuali squilibri o cambiamenti ormonali e comportamenti problematici riguardano le ragazze

con DSA. È emerso, infatti, che sia il dolore che il disagio fisico dovuti al ciclo mestruale possano essere delle possibili cause di un peggioramento nei comportamenti; inoltre, in alcune ragazze adolescenti con DSA sono stati osservati dei livelli anomali di progesterone e/o estrogeni e trattando questi squilibrio (e gli eventuali dolori) è stata osservata una notevole diminuzione anche dei comportamenti problematici, alcuni casi con la completa risoluzione.^{[21][31]}

Purtroppo al momento i dati a riguardo sono scarsi e non sono presenti studi simili per quanto riguarda gli effetti ormonali nei ragazzi maschi.^[21]

- **Disturbi dell'ansia**

Un aspetto che è stato maggiormente studiato, invece, è la prevalenza dei disturbi d'ansia nei bambini con DSA; Houghton e colleghi hanno condotto lo stesso tipo di studio ambientandolo prima negli Stati Uniti e poi in Gran Bretagna e ottennero i rispettivi valori: 3,65/2,59% nei bambini di 3-4 anni negli USA e 0,00% per lo stesso range d'età in Gran Bretagna; 18,87/11,50% per gli americani tra i 5 e gli 11 anni e 1,70% per gli inglesi; 17,73/30,49% per quelli tra i 12 e i 17 anni negli USA e il 4.8% in Gran Bretagna.^{[22][24][25]}

Per quanto riguarda i disturbi d'ansia, inoltre, non sono emersi risultati statisticamente significativi che identifichino il sesso del ragazzo come fattore di rischio: le prevalenze sono relativamente simili tra maschi e femmine.^{[34] [35]}

Sembra, infine, che possano essere individuati come fattori di rischio l'età (in quanto risultano esserne più affetti i ragazzi più grandi rispetto ai più piccoli)^[36] e anche un quoziente intellettivo superiore al 70.^{[22] [32]}

- **Depressione**

Come per i disturbi d'ansia, anche nel caso della depressione l'età del ragazzo sembra essere un fattore di rischio.^[33]

Negli studi sopracitati Houghton e colleghi hanno analizzato anche la prevalenza della depressione nei ragazzi con DSA, e per quanto riguarda gli Stati Uniti i dati risultati sono: dal 0,44% al 3,28% nei bambini di 3-4 anni, dal 2,42% al 5,08% per la fascia d'età dai 5 agli 11, e dal 12,31% al 13,11% per

quelli fino ai 17 anni. Per quanto riguarda la Gran Bretagna invece i dati riportati sono 0,00% per i bambini di 3-4 anni e 0,90% per quelli tra i 5 e gli 11.^{[21][24][25]}

- **ADHD**

Con la sigla ADHD si intende il Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività, la cui caratteristica fondamentale per l'appunto è “un persistente pattern di disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferisce con il funzionamento o lo sviluppo”.^[2]

Sempre nei due studi sopracitati di Houghton e colleghi, gli autori hanno analizzato la prevalenza anche del ADHD per le tre fasce d'età (3-4,5-11,12-17 anni) nei bambini con Disturbo dello Spettro Autistico, ottenendo rispettivamente i seguenti valori: 6,89/14,19%, 40,46/47,67% e 47,73/51,08% per i bambini statunitensi; e 0,0%, 10,40% e 17,7% per gli inglesi.^{[22][24][25]}

Così come per i disturbi d'ansia quindi, l'età dei ragazzi sembra influire sul rischio di presentare il ADHD come patologia correlata al DSA, aumentando anch'esso man mano che il bambino si avvicina all'adolescenza.^[22]

A differenza dei disturbi d'ansia, però, un fattore di rischio del Disturbo da Deficit dell'Attenzione/Iperattività è anche il sesso del ragazzo; diversi studi infatti hanno riscontrato una prevalenza maggiore nei maschi piuttosto che nelle femmine.^{[30][33][34]}

- **Disturbi del sonno**

Sebbene non ne sia ancora ben chiaro il motivo, la patologia correlata che si riscontra più frequentemente nei pazienti con Disturbo dello Spettro Autistico sono i disturbi del sonno^[21], i quali hanno una prevalenza con un range molto ampio: varia dal 2,08% nelle femmine tra gli 0 e i 18 anni, fino ad arrivare al 72,50% nei bambini con un'età media di 9 anni.^[22] Prevalenza che risulta essere maggiore nei bambini con DSA rispetto agli altri, come evidenziato anche dallo studio di Elrod e colleghi nel 2016 in cui hanno ottenuto un valore del 31,00% per i bambini con DSA rispetto al 14,00% di quelli del gruppo controllo.^[34]

Anche in questo caso l'età risulta essere un fattore di rischio, anche se in senso contrario, ossia i disturbi del sonno risultano essere più frequenti nei bambini che negli adolescenti.^[22]

Le tipologie di disturbi del sonno riscontrate sono molteplici: comprendono insonnia, incubi ricorrenti così come anche disturbi del ritmo circadiano del sonno o disturbi respiratori, ecc... Un aspetto interessante è che per esempio nei casi di sonnambulismo i bambini con DSA presentano episodi di durata più lunga rispetto agli altri bambini, arrivando anche alle due o tre ore per notte, e inoltre durante gli episodi di sonnambulismo può capitare che il bambino giochi con oggetti, parli o rida, atteggiamenti che non vengono normalmente riscontrati né nei bambini senza disabilità né in quelli con disabilità dello sviluppo.^{[21][35]}

1.1.5 Novità e classificazione del DSM-5

I DSA sono da tempo al centro dell'interesse della ricerca in ambito della psicopatologia dell'età evolutiva. Recentemente, i criteri diagnostici di questo disturbo sono stati rivisti con la creazione della nuova categoria "Disturbi del Neurosviluppo" all'interno del DSM-5.

Nella versione precedente del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi^[36] l'American Psychiatric Association (APA) aveva definito i "Disturbi Pervasivi dello Sviluppo", categoria all'interno della quale erano compresi:

- Disturbo Autistico
- Sindrome di Asperger
- Sindrome di Rett
- Disturbo Disintegrativo dell'infanzia
- Disturbo Pervasivo dello Sviluppo Non Altrimenti Specificato (PDD NOS)

-Sindrome/Disturbo di Asperger (AD): si manifesta come imparità di interazione sociale e interessi ristretti. Le abilità comunicative precoci sono inalterate, tuttavia sono frequenti difficoltà motorie. Spesso i soggetti manifestano intenso interesse per un argomento, riguardo il quale parlano costantemente, talvolta utilizzando

termini sofisticati o inusuali in tono cantilenante. Possono presentare abilità cognitive normali ma mancare di capacità sociali.

-Sindrome/Disturbo di Rett: si tratta di un disturbo dello sviluppo con una prevalenza di 1/20000, più frequente nel genere femminile. Nei soggetti affetti tra i 5 e i 48 mesi di vita la circonferenza craniale inizia a decelerare nella crescita, si assiste a una perdita delle abilità motorie acquisite e si manifesta il caratteristico movimento di strizzare le mani, con il coinvolgimento anche degli arti inferiori e del tronco e con concomitante perdita del linguaggio, dell'interesse per l'ambiente e dell'interazione sociale (similmente all'autismo) e crisi convulsive, talvolta con dei miglioramenti tra i 2 e i 10 anni. È stata recentemente riscontrata un'associazione con ritardo mentale grave ed è inoltre stato individuato il gene responsabile della patologia: si tratta di una mutazione sporadica del gene codificante la proteina legante metil-CpG 2 (MeCP2), il quale presenta un tasso di ricorrenza dell'1%.

-Disturbo disintegrativo dell'infanzia (CDD) o sindrome di Heller: disturbo raro dello sviluppo caratterizzato da un tasso di prevalenza pari a 1.7/100000 e da una frequenza maggiore nel genere maschile. Si manifesta tra i due e i dieci anni sotto forma di rapida regressione in due aree tra linguaggio, abilità sociali, comportamenti adattativi, controllo dell'intestino o della vescica, gioco, abilità motorie.

-Disturbo pervasivo dello sviluppo non altrimenti specificato: si tratta di una diagnosi elaborata per quei soggetti che non rientrano nelle altre categorie, per esempio per diversa età di insorgenza o per caratteristiche cliniche meno severe, lasciando margine di arbitrio alla soggettività dei medici per quanto concerne la diagnosi.^[37]

Questi disturbi presentavano clinicamente una rosa di sintomi uguali, che variavano nella loro gravità. Nel DSM-5, invece, sono state unite sotto la dicitura "Disturbo dello Spettro Autistico" quattro diagnosi indipendenti (la sindrome di Rett rimane una patologia a sé stante). Si è così arrivati ad una visione dei DSA nuova: un'unica condizione, avente degli elementi distintivi principali, comuni a tutte le persone che ne fanno parte, ma che si sviluppa con un insieme di diverse

“sfumature” che rappresentano le diverse espressioni delle singole condizioni cliniche.

Questa novità comporta dei cambiamenti importanti anche da un punto di vista diagnostico. Nel DSM-IV, la scelta di una diagnosi piuttosto che un'altra, dipendeva dal numero di sintomi presenti nella manifestazione clinica del paziente. Con il DSM-5, invece, si può parlare di “diagnosi dimensionale”: ogni singola caratteristica o deficit deve, oltre che essere rilevato, anche essere collocato in una scala di intensità e gravità. Tutti i vari sintomi devono essere “misurati”.

La diagnosi di DSA secondo il DSM-5, viene posta secondo i seguenti criteri:

A- Deficit persistenti della comunicazione sociale e nell'interazione sociale

I deficit della comunicazione e interazione si possono manifestare in diversi modi: possono variare da una completa assenza di capacità discorsiva, alla compromissione dell'uso del linguaggio per la comunicazione sociale reciproca. Perché questo criterio sia soddisfatto devono essere compromesse tre abilità in modo pervasivo e costante:

- I comportamenti non verbali e lo sviluppo
- La reciprocità socio-emotiva
- La gestione e comprensione delle relazioni.

La comunicazione non verbale comprende l'insieme di gestualità, il contatto visivo, la mimica corporale e l'espressività del volto, l'intonazione della voce, ecc... Può essere carente o anche solo incoerente con la comunicazione verbale.

La reciprocità socio-emotiva riguarda la capacità di relazionarsi con gli altri e la capacità di condividere pensieri e sentimenti. Nel caso delle persone con DSA, ciò costituisce una problematicità, in quanto esse tendono ad avere difficoltà nell'espressione dei propri pensieri e/o sentimenti; difficilmente andranno per primi a cercare uno scambio reciproco e hanno difficoltà nell'adattare il comportamento per adeguarsi ai diversi contesti sociali. Generalmente non vi è risposta ai tentativi di coinvolgimento in una conversazione. Il linguaggio, se

presente è generalmente usato per avanzare richieste o per denominare, piuttosto che per condividere.

Le relazioni interpersonali possono non costituire una particolare fonte di interesse, oppure, quando lo sono, vengono spesso affrontate con atteggiamenti inadatti.

Questi aspetti sono presenti già nei bambini, che spesso preferiscono giochi in solitario perché la comprensione dei meccanismi della socialità non è così intuitiva per loro ed espressioni più articolate quali l'ironia e il sarcasmo non sempre vengono comprese.

B- Pattern di comportamento, interessi o attività ristretti o ripetitivi

In questo caso il criterio è soddisfatto se sono presenti attualmente o nel passato due o più aspetti tra:

- Movimento, uso degli oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi: può trattarsi di stereotipie motorie semplici come battere le mani o può essere presente l'uso ripetitivo di parole (ecolalia).
- Aderenza alla routine priva di flessibilità o rituali di comportamento. I comportamenti rituali possono essere verbali (come domande ripetitive) e non verbali (come percorrere sempre la stessa strada). Spesso capita che le persone con DSA, abbiano difficoltà ad accettare anche i piccoli cambiamenti (possono ad es. preferire mangiare lo stesso cibo in giorni fissi).
- Interessi molto limitati, fissi, anomali per intensità o profondità: può esservi, ad esempio, un forte interesse per gli orari dei mezzi pubblici, per le date di nascita, ecc...
- Iper- o iporeattività in risposta a stimoli sensoriali o interessi insoliti verso aspetti sensoriali dell'ambiente (stimoli che possono essere visivi, uditivi, olfattivi, tattili, ma anche gustativi). Potrebbero, ad esempio, avere reazioni di avversione minimi stimoli sensoriali come a rumori o alla luce, o in altri casi potrebbero esserne particolarmente affascinati. Quest'ultimo punto introduce un'altra peculiarità del DSM-5, ossia l'inclusione tra i criteri diagnostici anche dell'alterata percezione sensoriale, che spesso può

anche modificarsi con l'età. Al contrario, potrebbe esservi un'apparente indifferenza a stimoli anche dolorosi.

C - I sintomi devono essere presenti nella prima infanzia

I sintomi devono essere presenti nella prima infanzia, ma possono non manifestarsi completamente prima che le esigenze sociali eccedano le capacità limitate o possono essere mascherati da strategie apprese in età successiva.

D- I sintomi causano compromissione clinicamente significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Questo criterio richiede che le caratteristiche causino compromissioni significative nelle aree sociali, occupazionali o altre aree funzionali.

E- Queste alterazioni non sono meglio spiegate da disabilità intellettiva o da ritardo globale dello sviluppo. Questo ovviamente non esclude una comorbilità di DSA e disabilità intellettiva, anzi spesso sono presenti in concomitanza ^[2]; perché vengano date le due diagnosi contemporaneamente le capacità di comunicazione sociale devono essere più compromesse di quanto di si aspetterebbe dato il livello di sviluppo generale.

Utile alla formulazione della diagnosi è anche l'utilizzo di specificatori, ossia la precisazione di se siano presenza o assenza della compromissione intellettiva, compromissione del linguaggio (non strettamente necessario ai fini diagnostici, ma utile), altri problemi comportamentali, mentali o del neurosviluppo (ad es: deficit dell'attenzione, iperattività, disturbi d'ansia o depressivo, catatonia); ma anche di altre condizioni mediche, genetiche o ambientali particolari (es. epilessia, peso alla nascita basso).

Come sopraccitato, nel DSM-5 per le diagnosi di DSA, si tiene conto anche della gravità, che si basa sul livello di compromissione della comunicazione sociale e sui pattern di comportamento restrittivi e ripetitivi, e del livello di supporto richiesto; aspetti che portano alla suddivisione dei Disturbi dello Spettro Autistico in tre livelli:

Livello 1- Necessario un supporto

Fanno parte di questa categoria le persone in grado di fare discorsi articolati con frasi complesse, ma che presentano difficoltà nella comunicazione bilaterale; l'individuo può manifestare un interesse ridotto per le interazioni sociali, faticare ad avviarne una per primo e sono presenti comportamenti ripetitivi. Complesso è anche l'interfacciarsi con i cambiamenti, soprattutto se inaspettati ed improvvisi; spesso vi sono difficoltà nella pianificazione e nell'organizzazione delle cose, aspetto che causa disagio nella persona e ne ostacola l'indipendenza. I tentativi di fare amicizia sono atipici e spesso non di successo.

Livello 2- Necessario un supporto significativo

In questo caso sono presenti deficit più marcati: vi è la tendenza a pronunciare prettamente frasi semplici; scarseggia anche la comunicazione non verbale; è molto raro che la persona dia inizio per prima all'interazione con gli altri, a meno che non si tratti di un ambito di interesse particolare. Se coinvolta da altri, la persona tenderà comunque a dare risposte concise. Le compromissioni sociali rimangono visibili, anche in presenza di supporto.

L'inflessibilità di fronte al cambiamento è marcata, così come gli atteggiamenti ripetitivi, che sono sufficientemente frequenti da essere evidenti a un osservatore casuale.

Livello 3- Necessario un supporto molto significativo

I deficit presenti, le difficoltà verso i cambiamenti e la ripetitività dei gesti sono gravi ed interferiscono in modo marcato con tutte le attività e la quotidianità. La comunicazione con gli altri è limitata all'espressione di bisogni e solitamente attraverso modalità inconsuete; se l'interazione viene avviata da altri, difficilmente vi è una risposta. L'interruzione dell'attività che è fonte di forte disagio.

1.1.6 Vantaggi del DSM-5

I Disturbi del Neurosviluppo rappresentano una nuova categoria del DSM-5, che racchiude la maggior parte dei disturbi precedentemente inseriti nella sezione

“Disturbi diagnosticati nell’infanzia, nella fanciullezza o nell’adolescenza”.

I disturbi presenti in questo nuovo gruppo sono: le disabilità intellettive (ex Ritardo Mentale), i Disturbi della Comunicazione, il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività, il Disturbo Specifico dell’Apprendimento (ex Disturbi dell’Apprendimento), i Disturbi del Movimento (ex Disturbo delle Capacità Motorie) e il Disturbo dello Spettro Autistico (ex Disturbi Pervasivi dello Sviluppo).

L’introduzione del concetto di “Disturbo dello Spettro Autistico” e le nuove modalità di approccio diagnostico forniscono un sistema per quantificare l’interferenza dei vari sintomi con la vita quotidiana dell’individuo e della sua capacità di adattamento. Viene di conseguenza determinato il supporto necessario all’individuo e la scelta di interventi clinici, educativi e riabilitativi mirati vengono scelti sulla base delle specifiche caratteristiche individuali. Come tutte le altre sezioni del manuale, questa prospettiva innovativa, ha lo scopo di favorire la diagnosi ed il trattamento e di indirizzare la ricerca verso nuove prospettive.

Il principale cambiamento è stato l’adozione di un’ottica dimensionale: i disturbi, non più divisi in assi diagnostici, sono presentati in una prospettiva evolutiva. Il termine “Ritardo Mentale” è stato sostituito con quello di “Disabilità Intellettiva” ed il criterio per stabilire la condizione non risulta più essere il QI, bensì il livello di funzionamento adattativo, più adatto per stabilire il livello di assistenza necessario per il soggetto.

L’aggiunta dei criteri “accessori” (es. “con o senza compromissione del linguaggio”) è utile per caratterizzare ulteriormente le capacità intellettive e di linguaggio.

1.2 La sindrome di Asperger

La Sindrome di Asperger prende il nome dal medico austriaco Hans Asperger ed è stata inserita del DSM-IV per la prima volta nel 1994 all’interno della categoria dei Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS).

Le peculiarità della Sindrome di Asperger consistono nel fatto che siano assenti sia ritardi del linguaggio, sia di sviluppo cognitivo e che vi sia la tendenza a

cercare l'approccio con gli altri, anche se in modo singolare e per lo più unilaterale. Talvolta vi sono interessi atipici per l'età.

Le caratteristiche cognitive, sociali e personali possono essere riassunte nei seguenti punti:

- Ritardo nella maturità sociale e nel pensiero sociale
- Difficoltà nel fare amicizie
- Difficoltà nel controllo e nella comunicazione delle emozioni
- Insolite capacità linguistiche che includono un ampio vocabolario e una sintassi elaborata ma in concomitanza con capacità di conversazione immature, prosodia insolita e tendenza ad essere pedanti.
- Interessi insoliti per argomento o intensità
- Profilo insolito nelle difficoltà di apprendimento
- Necessità di assistenza nell'organizzazione e nell'auto-aiuto.
- Goffaggine nel modo di camminare e nella coordinazione
- Sensibilità a suoni, sapori e consistenze specifiche o sensibilità tattili
- Tendenza ad un'interpretazione letterale di quello che dicono le altre persone (il sarcasmo e l'ironia quindi difficilmente vengono colti)
- Ingenuità ed onestà nei bambini
- Forma diversa d'introspezione e autoconsapevolezza
- Problemi nel decodificare quando qualcosa provoca imbarazzo
- Tempi maggiori per processare informazioni sociali a causa dell'utilizzo del ragionamento piuttosto che dell'intuito

Un'altra caratteristica particolare è che i bambini con Sindrome di Asperger solitamente hanno una maturità emotiva inferiore di 3 anni rispetto alla loro età anagrafica e secondo recenti studi c'è una correlazione tra la Sindrome di Asperger e disturbi quali la depressione, disturbi d'ansia e di gestione della rabbia.^{[38][39][40]}

Caratteristiche comuni ai DSA sono la ricerca della ripetitività e l'importanza di una routine "incasellata" in regole familiari.

1.2.1 Differenze tra Sindrome di Asperger e Autismo ad alto funzionamento

Un tema che è sempre stato molto discusso dalla comunità scientifica dagli anni '80 fino ad oggi, è quello della differenza tra quella che era definita Sindrome di Asperger (diagnosi non più presente nel DSM-5 in quanto inclusa all'interno dei DSA) e quella parte dell'autismo definito come "autismo ad alto funzionamento" (High Functioning Autism- HFA), termine che in realtà non è mai stato inserito nel DSM e che però viene comunemente usato per indicare quelle persone che hanno ricevuto una diagnosi di autismo, ma che presentano delle capacità cognitive sopra alla media ($QI > 70$). Nel tempo, infatti, sono stati pubblicati sia studi che esaltavano le similitudini tra le due patologie sia altri che ne enfatizzavano le differenze e l'importanza di considerarle come clinicamente differenti.^[41]

Che ci sia una sorta di "sovrapposizione" tra Sindrome di Asperger e HFA è evidente: entrambi comportano deficit nelle interazioni sociali, bisogno di ripetitività e pattern stereotipati di comportamenti e interessi, presentando quindi entrambi le caratteristiche tipiche del Disturbo dello Spettro Autistico. Esistono però anche prove della presenza di differenze nelle capacità e modalità di comunicazione, nelle capacità cognitive e anche nella stessa analisi della materia grigia.^{[41][42][43]}

Nel 2011 per esempio è stato pubblicato uno studio di meta-analisi, sviluppato con la tecnica di stima della verosimiglianza anatomica (ALE), sui precedenti studi pubblicati riguardanti la morfometria basata sui voxel (VBM) del volume della materia grigia in persone con Sindrome di Asperger e Autismo; tecnica efficiente per mappare le differenze tra le diverse aree cerebrali dei due gruppi in quanto permette di osservare anche le differenze volumetriche più piccole.

Alla fine è risultato che per quanto riguarda le persone con diagnosi di Autismo è stato riscontrato un volume di materia grigia inferiore nel cervelletto, nell'uncus destro, nell'ippocampo dorsale e nella circonvoluzione temporale media, mentre è emerso un volume maggiore in diverse aree cerebrali tra cui per esempio il nucleo caudato, il lobo prefrontale e il lobo temporale ventrale. Per quanto riguarda le persone con diagnosi di Sindrome di Asperger invece è risultato un volume più basso nelle regioni bilaterali dell'amigdala/ giro ippocampale, nella

circonvoluzione frontale superiore e nella circonvoluzione occipitale sinistra; inoltre sono state trovate delle ulteriori aree a volume minore rispetto alla norma anche nell'emisfero destro in corrispondenza del cervelletto, del putamen, del precuneo e nella circonvoluzione frontale media. Ciò nonostante le differenze di materia grigia nelle persone con Sindrome di Asperger rispetto alla norma risultano essere più scarse rispetto a quelle riportate negli studi su persone affette da Autismo. Un aspetto in comune con dati riguardanti l'Autismo, invece, consiste nel fatto che anche nei pazienti con Sindrome di Asperger è stato riscontrato un eccesso di volume nel lobo temporale ventrale nell'emisfero sinistro intorno alla circonvoluzione temporale media, alla circonvoluzione temporale inferiore e alla lingula. Nei dati raccolti sulla Sindrome di Asperger inoltre sono emerse aree a volume maggiore anche bilateralmente nel lobulo parietale inferiore e nella circonvoluzione fusiforme.

Per riassumere quindi è emerso che la Sindrome di Asperger comporta gruppi di minor volume di materia grigia nell'emisfero destro e gruppi di maggior volume di materia grigia nell'emisfero sinistro; l'Autismo invece comporta un eccesso bilaterale di materia grigia più esteso. Entrambe le condizioni, poi, condividono un eccesso di materia grigia nel lobo temporale ventrale sinistro nelle componenti della corteccia visiva striata.^[42]

Un altro studio interessante riguardante le differenze tra la Sindrome di Asperger e l'Autismo, più precisamente Autismo ad alto funzionamento (HFA) in questo caso, è quello pubblicato da Hsu-Min Chiang e colleghi nel 2013. Si tratta sempre di una meta-analisi riguardante questa volta le differenze nei profili del quoziente intellettivo dei due gruppi: è stata utilizzata come parametro la Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC), prendendo in considerazione quindi sia un punteggio delle capacità cognitive generali dell'individuo (FSIQ/QIT), sia uno per le capacità di argomentazione verbale (VIQ/QIV) e uno per quelle non verbali (PIQ/QIP).

È emerso che i valori del QIT nelle persone con Sindrome di Asperger ha un valore compreso tra gli 86.6 e i 124.89 punti, mentre quelle con HFA si collocano in un range tra i 76.3 e i 120.29 punti, risulta quindi che il punteggio delle capacità cognitive globali dell'individuo è un po' più alto negli individui con

Sindrome di Asperger e, sebbene i valori dei due gruppi si sovrappongano tra loro, solamente quelli del primo gruppo hanno riportato valori superiori ai 120 punti (Superior level), mentre solamente il secondo gruppo ha riportato valori compresi tra gli 80 e gli 89 punti (Low average) e valori borderline (70-79 punti). Situazione simile si ha anche per quanto riguarda i valori del QIV: i valori medi dei due gruppi si sovrappongono nelle categorie “low average”, “average” e “high average”, però solamente nel caso delle persone con Sindrome di Asperger si sono registrati anche dei valori superiori (superior level), e solo tra gli HFA invece dei livelli borderline. Questi dati sono conformi anche a quelli che erano i criteri diagnostici del DSM IV-TR (2000): la mancanza di compromissione del linguaggio era considerata come criterio diagnostico per la Sindrome di Asperger, mentre la compromissione del linguaggio era caratteristica della diagnosi di Autismo; e i dati del suddetto studio confermano che nel primo gruppo il valore del QIV sia significativamente più alto che nel secondo.

Infine per quanto riguarda il valore del QIP, negli Asperger è compreso tra i 79.82 e i 116.00 punti, mentre per le persone con Autismo ad alto funzionamento variava tra i 76.67 e i 113.70 punti. Inoltre gli autori hanno anche analizzato se ci fosse una differenza significativa tra i valori del QIV e del QIP all'interno dei singoli due gruppi ed è emerso che nel caso dei HFA non sono presenti divergenze rilevanti, mentre negli Asperger il QIV era significativamente più alto del QIP. L'insieme di questi risultati quindi suggerisce che le due patologie differiscano tra loro almeno per quanto riguarda i profili cognitivi, e che generalmente i ragazzi con Sindrome di Asperger abbiano delle migliori capacità cognitive.^[43]

Anche studi più recenti come per esempio quello del 2018 di De Gianbattista e colleghi ^[41] confermano che tutte le sottocategorie di misurazione del quoziente intellettivo hanno valori più alti nel caso dei ragazzi che avevano ricevuto la diagnosi di Sindrome di Asperger rispetto a quelli facenti parte dell'Autismo ad alto funzionamento.

Gli autori dello studio sopracitato hanno analizzato, oltre che le differenze tra i due gruppi a livello cognitivo e di linguaggio, anche quelle a livello di apprendimento scolastico e relazione con patologie correlate.

Innanzitutto è emerso che le capacità di comunicazione dei due gruppi sono abbastanza sovrapponibili tra loro, le uniche differenze che si sono rivelate significative a livello statistico consistono nel fatto che la presenza di un linguaggio pedante o eccessivamente preciso è più frequente nei ragazzi con sindrome di Asperger, caratteristica che tende a manifestarsi come una sorta di monologo prolisso e specifico che il ragazzo fa a riguardo di un argomento di speciale interesse, con possibile prosodia atipica; questo tra l'altro costituisce la caratteristica clinica più tipica nella Sindrome di Asperger (riportata già da Hans Asperger nel 1944). L'interpretazione letterale dei commenti e battute invece è più comune negli HFA ed è riconducibile alle loro abilità cognitive e di comprensione inferiori, rispetto agli Asperger che tendono ad adottare strategie intellettuali di compensazione.

Non è risultata esserci particolare differenza, invece, per quanto riguarda le abilità motorie tra i due gruppi, così come anche per la sensibilità atipica (ipersensibilità agli stimoli).

Per quanto riguarda l'ambito scolastico, invece, è risultato che la maggior parte dei disturbi dell'apprendimento riguardino i ragazzi con Autismo ad alto funzionamento, tranne per la disgrafia che è stata rilevata con la stessa frequenza anche tra gli Asperger.

Secondo gli autori il tasso di presenza di ulteriori patologie correlate sembra essere più alto nel primo gruppo piuttosto che negli HFA, soprattutto per quanto riguarda patologie quali disturbi dell'ansia o depressivi, cosa che potrebbe dipendere dal fatto che gli Asperger sembrano avere delle capacità cognitive e comunicative migliori, con un maggior grado di introspezione. La patologia correlata più comune ad entrambi i gruppi invece è l'ADHD (con la stessa prevalenza in entrambi i gruppi).

L'influenza di queste differenze tra le due patologie a livello clinico si può vedere anche con l'applicazione dei nuovi criteri diagnostici del DSM-5: applicando i criteri di severità del Disturbo dello Spettro Autistico stabiliti nell'ultimo DSM i pazienti appartenenti al gruppo di autismo ad alto funzionamento sono stati più frequentemente classificati in un livello 2, mentre quelli che avevano

precedentemente ricevuto la diagnosi di sindrome di Asperger sono stati riclassificati in un livello 1.^[41]

1.2.1. **Sindrome di Asperger e DSM-5**

Con il DSM-5 la denominazione “Sindrome di Asperger” sparisce, inglobata all’interno dei Disturbi dello Spettro Autistico. La sindrome di Asperger non esiste più come “codice diagnostico”, ma questo non vuol dire che, in realtà, le manifestazioni e i comportamenti che erano definiti come “Sindrome di Asperger”, non esistano più. Sono gli indicatori di gravità che ora delineano gli aspetti rimandabili a questa sindrome, che non presenta compromissione intellettiva e del linguaggio e si colloca dunque nell’estremo più lieve dei DSA. Per identificare e definire le caratteristiche psicologiche e comportamentali presentate da una determinata persona, distinguendole da manifestazioni diverse e individuandone le caratteristiche comuni ad altre condizioni, si fa riferimento al concetto di “diagnosi”. La diagnosi consente di definire una condizione e distinguerla, sulla base dell’identificazione di caratteristiche specifiche. In medicina, e nel lavoro del neuropsichiatra infantile in particolare, la diagnosi si basa sull’osservazione e la valutazione di segni e sintomi (manifestazioni e comportamenti) specificamente associati a una condizione. La diagnosi segue un processo rigoroso e scientifico, basato su linee guida redatte a livello nazionale e internazionale e segue regole condivise. Una diagnosi accurata permette di stabilire i trattamenti più efficaci e capire il livello di servizi assistenziali a cui si ha diritto. Anche per questo, esistono dei testi di riferimento per formulare e informarsi sulla diagnosi dei disturbi dello sviluppo.

Con il nuovo DSM-5 è stata identificata una sola unica grande categoria, definita “Disturbi dello Spettro dell’Autismo”, che ingloba e comprende tutte le forme di autismo. Anche se l’espressione “Sindrome di Asperger” resta in utilizzo nella pratica clinica e nel linguaggio comune, con il DSM-5, questa definizione è sostituita con la nuova categoria: **“Disturbo dello spettro autistico di livello 1, senza compromissione intellettiva e del linguaggio associata”**.

Questa definizione consente di utilizzare un’unica categoria, in modo da cogliere gli elementi comuni, ma identificando degli specificatori, per preservare la

possibilità di identificare l'unicità di ogni soggetto. Questa scelta, tuttora molto controversa in ambito specialistico ma anche tra i membri della comunità Asperger, nel panorama italiano è importante anche per un altro risvolto, quello del diritto all'assistenza. Con l'introduzione del DSM-5, infatti, ora si usa per tutte le persone nello spettro autistico, e quindi anche per gli Asperger, il codice diagnostico F84.0, prima utilizzato "solo" per l'autismo classico. Questo passaggio, potrebbe facilitare l'accesso ai servizi anche per persone, come gli Asperger per le quali l'apparente assenza di difficoltà era prima più spesso fonte di mancato accesso ai livelli minimi di assistenza in diversi ambiti.

Il termine sindrome di Asperger continuerà senz'altro ad essere usato nella pratica clinica e nel dire comune, le stesse persone con vecchia diagnosi di "Asperger" e i loro familiari continuano ad identificarsi con questo termine, benché è indubbio che si debba adeguare il linguaggio ai nuovi criteri diagnostici, per accuratezza scientifica, per buona pratica clinica e per adottare un codice condiviso a livello ufficiale.

Molti degli adulti con diagnosi "Sindrome di Asperger", con il tempo imparano a reprimere totalmente o in buona parte i comportamenti ripetitivi in pubblico. Per affrontare i rapporti sociali usano strategie compensatorie e meccanismi di coping per camuffare le loro difficoltà, riuscendo così a raggiungere livelli di autonomia maggiori rispetto al resto dello Spettro dell'Autismo. "Tuttavia, anche questi individui rimangono socialmente ingenui e vulnerabili, trovano difficoltà nell'organizzazione pratica delle cose se non ricevono aiuto e sono predisposti a sviluppare ansia e depressione".

1.3 Condizioni oro-dentali e igiene orale dei pazienti con DSA

I pazienti con DSA non presentano nessuna caratteristica del cavo orale peculiare dei tessuti molli o duri, rispetto ai soggetti senza DSA o altri disturbi. I Disturbi dello Spettro Autistico infatti non hanno un effetto diretto sulla salute orale; ciò nonostante questa categoria di pazienti risulta essere un "gruppo vulnerabile", avente rischi maggiori di sviluppare patologie orali.

Le motivazioni sono molteplici, prime tra tutte le caratteristiche stesse dei bambini e ragazzi con DSA rendono difficoltosa sia l'igiene domiciliare che le procedure ambulatoriali. Gli eventuali deficit di linguaggio sono una prima barriera sia per il ragazzo, che può non riuscire a comunicare eventuali fastidi, sia per i genitori e gli operatori che devono aiutarlo o spiegare le procedure da svolgere.

Un altro aspetto fondamentale è la loro ipersensibilità agli stimoli esterni: una luce troppo forte, un rumore inaspettato e discontinuo, odori troppo intensi, così come certi sapori possono essere causa di forte stress in questi ragazzi, soprattutto considerando che nel contesto odontoiatrico, sia professionale che domiciliare, sono presenti simultaneamente. Tutto ciò è motivo di confusione e sofferenza per un ragazzo con DSA, il quale fa fatica a selezionare le informazioni che riceve dall'ambiente esterno. Questo stato di iperstimolazione può avere come risultato una serie di comportamenti disadattivi, che caratterizza l'autismo: possiamo includervi i vari comportamenti atipici quali il dondolio del corpo, il battito delle mani, le reazioni inaspettate alle volte anche aggressive ecc... Possiamo identificare queste reazioni come una forma di autodifesa che il ragazzo mette in atto per proteggersi da una situazione per lui pesante e che fatica ad accettare. Devono quindi essere messi in atto tentativi di rendere tale situazione gestibile, prevedibile e di farla rientrare in qualche modo negli schemi, per riuscire a calmarlo.^{[44][45][46]}

I pazienti con DSA inoltre spesso hanno difficoltà nella manualità e di conseguenza compiono uno spazzolamento eseguito in maniera non ottimale o comunque inefficiente alla corretta igiene quotidiana, motivo per cui molto spesso hanno necessità dell'aiuto o quantomeno della supervisione dei genitori/caregiver, i quali però spesso riportano di avere difficoltà a causa della sensibilità sensoriale del ragazzo e del comportamento imprevedibile, motivo per cui nella maggior parte dei casi non avviene un'adeguata rimozione della placca con conseguente gengivite.^{[45][46][47]} In uno studio di Stein e colleghi del 2011 gli autori affermano che i pazienti con DSA possono avere un rifiuto e avversione anche alla sensazione dello spazzolino in bocca e al gusto del dentifricio.^[47]

Oltre alla scarsa igiene orale non trascurabile è anche la dieta: comunemente infatti i bambini con DSA tendono a preferire una dieta a base di alimenti cariogeni e può capitare che anche gli stessi caregiver utilizzino caramelle, snack, o comunque alimenti zuccherati come “rinforzi positivi” di buon comportamento durante determinate attività. Ciò comporta una maggior carioricettività, anche se i dati riguardanti un’ eventuale maggiore prevalenza di carie nei ragazzi con DSA rispetto al resto della popolazione sono contrastanti.^{[44][46]} Un altro aspetto che influisce aumentando il rischio di sviluppare lesioni cariose è l'utilizzo di farmaci che comportano xerostomia: può capitare, infatti, che questi ragazzi vengano sottoposti anche a terapie farmacologiche per rendere più gestibili sintomi particolarmente invalidanti o eventuali patologie correlate (antidepressivi, antipsicotici e psicostimolanti possono includere la xerostomia come effetto collaterale).^[46]

Al quadro clinico già complesso si aggiungono anche altri fattori: spesso le persone con DSA ricevono un'assistenza sanitaria più carente rispetto al resto della popolazione e l’ambito odontoiatrico non è esente: in molteplici studi i genitori hanno riferito difficoltà di accesso alle cure dentistiche e nel trovare professionisti specializzati che fossero in grado di trattare con questi ragazzi con tempistiche ed approcci adeguati, senza dover ricorrere alle sedute in narcosi o sedazione per le cure del caso.^{[44][48]} I soggetti con DSA, a causa dell'ipersensibilità e dei comportamenti atipici, possono rendere molto difficoltosi i trattamenti alla poltrona e questo molte volte porta a tentativi di cure ambulatoriali fallimentari tramite la contenzione fisica sovente abbinata all’utilizzo di sedativi, spesso ottenendo un effetto controproducente: l’evento sarà un ricordo traumatico per il paziente e, dal punto di vista clinico, le cure non verranno eseguite per una collaborazione insufficiente.^{[48][49]} Le cure ambulatoriali eseguite tramite un percorso di ambientamento comportamentale, abbinato, ove necessario, ad un parallelo percorso per le cure del caso in narcosi, risultano essere il miglior trattamento per le caratteristiche ed esigenze di questi pazienti.

Come sopracitato, i dati riguardanti la prevalenza della carie nei bambini con DSA riportano risultati controversi. In diversi studi però, è stato dimostrato che la

scarsa igiene orale e la conseguente gengivite e malattia parodontale sono prevalenti tra i bambini con DSA rispetto agli altri.

In uno studio di AlHumaid e colleghi, gli autori hanno riportato i seguenti risultati: la prevalenza di carie dei denti da latte era del 76% mentre quella dei denti permanenti era del 68%, il 31% dei partecipanti allo studio aveva gengivite, il 22,7% non usava lo spazzolino e il 61,3% non utilizzava il filo interdentale. Inoltre quasi la metà dei partecipanti ha riferito di lavarsi i denti con la supervisione di qualcun altro (solo il 29,3% di essi non necessita di assistenza) e solamente il 40% di essi ha ricevuto istruzioni da un professionista sulle norme di salute orale e sulle differenti tecniche di igiene corrette. Un ultimo aspetto interessante di questo studio consiste nel fatto che è emerso che molto spesso i genitori tendono a spazzolare di più i denti ai figli quando ormai sono già presenti dei segni di gengivite, risulta quindi che si tende a dare più importanza alla cura di un sintomo piuttosto che alla prevenzione.^[47] Anche nello studio di Aljubour e colleghi i dati riguardanti l'igiene orale non sono molto migliori: nonostante nel 71,9% dei casi fossero i tutori stessi a lavare i denti dei ragazzi, nessuno di loro è risultato avere un'igiene orale eccellente, solo il 18 % aveva un buon livello di igiene orale, il 50% una discreta igiene orale e il 28,1% uno scarso livello di igiene orale.^[50]

1.3.1. L'importanza dei genitori/caregiver

Risulta evidente che in questo contesto il ruolo fondamentale lo hanno i genitori: i bambini e i ragazzi con Disturbo dello Spettro Autistico dipendono per una buona parte delle loro esigenze quotidiane dai propri caregiver. È quindi fondamentale istruire i genitori su come limitare gli alimenti cariogeni nella dieta o come trovare dei compromessi tra quello che sarebbe l'ideale per la salute orale e i gusti restrittivi del bimbo, su quali siano le tecniche di spazzolamento più appropriate e sugli ulteriori presidi per l'igiene orale che potrebbero essere utili per le esigenze specifiche del bambino. Con questo tipo di pazienti è fondamentale dare maggior importanza alla prevenzione, per evitare di dover andare incontro a procedure più invasive ed è essenziale che i genitori e i caregiver, che si prendono cura quotidianamente di loro, ne siano consapevoli e

che vengano dati loro i mezzi e le conoscenze per poter intervenire efficientemente.

Una completa collaborazione tra professionista e i genitori è fondamentale per offrire il miglior supporto ai ragazzi con DSA, che presentano spesso difficoltà di linguaggio, diversi modi di esprimere le proprie emozioni, diversa sensibilità e comportamenti atipici che mutano da una singola persona all'altra in modalità e gravità (da qui la definizione di "Spettro Autistico"). I genitori sono la chiave per capire cosa spaventi il ragazzo, quali siano le difficoltà riscontrate a casa o in precedenti esperienze in studio odontoiatrico, il livello di manualità, cosa invece lo tranquillizza e lo mette a suo agio (per eventuali manovre di distrazione durante le procedure più complesse), quali possano essere delle ricompense per creare un'associazione positiva con l'ambiente odontoiatrico, ecc... Una collaborazione e comunicazione completa tra operatori e caregiver è fondamentale per la creazione di un piano di trattamento su misura per il ragazzo, per sviluppare al meglio la sua autonomia e per creare un canale di comunicazione che non costituisca per lui una costante fonte di stress.^{[44][45][48][50]}

1.3.2. Contesto ambulatoriale

Nel contesto ambulatoriale l'approccio ai pazienti con DSA è spesso molto complesso, bisogna però tener presente che "La sfida non è guarire l'Autismo, ma fare in modo che esso non produca una forte disabilità. Non è l'autismo che limita l'inclusione bensì la disabilità prodotta dall'Autismo ed è su quella che dobbiamo lavorare, facilitando l'adattamento della persona autistica e rimuovendo gli ostacoli al suo raggiungimento".^[47] I comportamenti atipici di questi ragazzi sono causati dal fatto che l'ambiente odontoiatrico in primo luogo costituisce un'interruzione della loro routine quotidiana, cosa che per un bambino o ragazzo con DSA è già una fonte di stress e può rappresentare eccessivi stimoli contemporanei, che rendono l'intera situazione per lui ingestibile; è necessario avere un approccio più "psicologico", bisogna lavorare su dei protocolli specifici ideati per quel singolo paziente al fine di migliorarne la cooperazione e di conseguenza sia la salute orale che i risultati in poltrona.

È molto importante il dialogo con i genitori/caregiver per avere informazioni sul paziente: la gravità della diagnosi di DSA, i suoi comportamenti, i suoi gusti, cosa potrebbe generare reazioni indesiderate, se ci sono comorbidità, precedenti esperienze odontoiatriche, ecc... così da poter creare un approccio personalizzato incentrato sul paziente e sulla famiglia. ^{[44][45][46]}

Un altro aspetto da tenere in considerazione è che le persone con DSA processano le informazioni con tempistiche più lente, soprattutto perché per loro le parole possono essere eccessivamente distaccate e poco comprensibili, i pensieri vengono spesso focalizzati con delle immagini. Per questo motivo, diversi studi recenti hanno dimostrato che con questi pazienti è necessario partire da terapie comportamentali basate sulla pedagogia visiva, in modo tale da rendere il contesto odontoiatrico più comprensibile per loro e prevedibile, quindi gestibile dal ragazzo con il minor stress possibile. Ci sono diverse tecniche comportamentali che possono essere usate, generalmente però riguardano l'utilizzo di ausili visivi associati a delle brevi frasi descrittive che vanno a spiegare che cosa accadrà durante la visita o durante le procedure odontoiatriche e che vanno consegnati ai genitori, in modo tale che il ragazzo possa familiarizzare con l'ambiente e la situazione già a casa, e sappia cosa aspettarsi nel momento in cui arriva in ambulatorio. ^{[45][48][49][50]} I supporti visivi possono essere delle fotografie, dei disegni o anche dei video, uno studio di Cirio e colleghi, ha dimostrato che l'aiuto di video e foto sembrano avere la stessa efficacia nell'aumentare la collaborazione di questi bambini. L'uso dei video è risultato più efficiente solo nelle fasi preliminari alla visita, per quanto riguarda i passaggi delle “fasi dentali” non risulta esserci differenza statisticamente significativa con le immagini. ^[49]

Nel caso delle foto le varie immagini devono essere ordinate seguendo una sequenza logica che abbia un inizio e una fine, seguendo l'ordine temporale degli avvenimenti, e devono essere fatte dal punto di vista della persona autistica non da un punto di vista esterno, tutto questo al fine di creare una sorta di storia iconica che rappresenti nel modo più fedele possibile quello che il ragazzo con DSA dovrà affrontare: la prima foto saranno le scale, poi l'ingresso, la sala d'attesa, la stanza, il riunito, gli strumenti utilizzati, ecc... L'operatore deve attenersi il più

possibile al programma rappresentato dalle foto.^[47] Diversi studi hanno dimostrato che queste strategie educative domiciliari sono efficienti nel diminuire la paura e l'ansia di questi bambini e che di conseguenza vi sia un miglioramento anche nella loro collaborazione. Cagetti e colleghi in uno studio affermano che questo tipo di approccio abbia dato risultati anche in bambini non verbali con deficit intellettivi, sottolineando quanto sia fondamentale la collaborazione tra professionisti e genitori e caregiver.^{[46][51]}

Inoltre uno studio di Nilchian e colleghi, dimostra che la collaborazione dei bambini con DSA migliora con l'aumento della frequenza delle visite.^[52]

Fondamentale è anche la preparazione di un ambiente adeguato che dovrà essere il più tranquillo possibile, privo di stimoli sensoriali fastidiosi superflui, meglio se il riunito si trova in una stanza separata chiusa e gli strumenti utilizzati vanno ridotti al minimo, questo ha la funzione di rendere ancora più definito lo spazio e le azioni. In molti casi può essere utile anche togliersi il camice bianco, troppo freddo e distaccato e rappresentativo di altre esperienze mediche spiacevoli. Le varie procedure vanno spiegate e compiute in modo semplice passo dopo passo, così come anche l'istruzione all'igiene domiciliare va semplificata il più possibile usando la tecnica del “mostrare-dire-fare” ripetuta molteplici volte.^[45]

1.3.3. L'igiene orale domiciliare

Come detto precedentemente con questi pazienti è fondamentale riuscire ad agire dal punto di vista preventivo, per poter evitare eventuali interventi invasivi; è fondamentale quindi istruire e motivare i genitori e i caregiver, ponendo anche l'accento sull'importanza della fluoroprofilassi in modo tale da compensare la dieta cariogena. Vi possono essere casi in cui il dentifricio non viene utilizzato perché non accettato ed è importante consigliare e motivare il caregiver per tentare nuovamente l'utilizzo con nuove tecniche e strategie.

Ovviamente bisogna mirare a rendere il ragazzo il più autonomo possibile, compatibilmente con la gravità del DSA e a questo scopo può essere utile utilizzare degli esercizi semplici a tavolino per migliorare la manualità e può

essere utile usare sempre una sequenza di immagini che riproducano le diverse manovre di igiene nella sequenza corretta.^[45]

1.3.4. Linee Guida

Le linee guida stilate dall'American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) sottolineano l'importanza non solo delle cure odontoiatriche al fine di prevenire o eliminare disturbi (quali infezioni e dolore), ristabilendo la corretta funzione dentale, ma anche dell'impiego delle migliori tecniche di gestione comportamentale (farmacologiche e non) allo scopo di ridurre l'ansia e la paura, alimentare un'attitudine positiva nei confronti del dentista ed un rapporto di fiducia con lo stesso. L'AAPD afferma che molto spesso l'igiene orale viene considerata come separata dalla salute generale, di conseguenza spesso viene sottovalutata, per questo motivo è fondamentale andare a sensibilizzare i genitori sull'importanza della salute orale, la prevenzione e la gestione dei tessuti orali. Un ruolo importante hanno anche i pediatri e i medici di medicina generale che, avendo contatti più precoci e più frequenti con le famiglie rispetto a un odontoiatra, possono iniziare a incentivare questi aspetti già alle visite che il bambino compie in giovane età.^[53]

Anche il ministero della salute italiano ha rilasciato delle linee guida per l'approccio odontoiatrico ai pazienti con bisogni speciali. In questo documento viene ribadita l'importanza di inserire dei programmi di educazione all'igiene orale e all'alimentazione, rivolti al paziente con disabilità e ai suoi caregiver, ancora prima di qualsiasi piano di trattamento, in quanto la maggior parte dei problemi a carico del cavo orale di questi pazienti sono dovuti soprattutto alla scarsa igiene orale.

Quando si ha a che fare con pazienti con bisogni speciali, la prima cosa da fare è andare a valutare il grado di collaborazione e di autonomia al fine di definire il piano terapeutico più adatto (Tabella I).^[54]

Tabella I: Linee guida del Ministero della Salute in base a autonomia e collaborazione ^[54]

	Regime di presa in carico	Prestazioni di igiene-prevenzione	Operatore
Paziente collaborante e autonomo	Ambulatoriale	tutte	1. Personale medico abilitato all'esercizio dell'odontoiatria che effettua la prima visita 2. Igienista dentale
Paziente autonomo e scarsamente collaborante	Ambulatoriale	Tutte ad eccezione di quelle che richiedono, per complessità tecnica, l'esecuzione in sedazione o in anestesia generale.	1. Personale medico abilitato all'esercizio dell'odontoiatria adeguatamente formato 2. Igienista dentale
Paziente non autonomo e scarsamente o poco collaborante	Ambulatoriale o in regime di day surgery	Tutte con completamento della terapia nella stessa seduta	1. Personale medico abilitato all'esercizio dell'odontoiatria adeguatamente formato 2. Igienista dentale
Paziente non collaborante	Day surgery	Tutte con completamento della terapia nella stessa seduta	1. Personale medico abilitato all'esercizio dell'odontoiatria adeguatamente formato 2. Igienista dentale

Le linee guida del Ministero della Salute specificano inoltre, al fine di garantire un'adeguata presa in carico di un paziente con bisogni speciali, quali caratteristiche deve avere ogni struttura sanitaria che sia fornita di un servizio odontoiatrico. Più precisamente viene affermato che deve essere:

- **“Definita la modalità di contatto con il servizio che prende in carico il paziente.** Ciò prevede un numero telefonico dedicato, al quale risponde personale sanitario formato, in grado di comprendere appieno le problematiche cliniche e sociosanitarie, cosicché da tradurle in una risposta clinica adeguata alle caratteristiche di ciascun paziente
- **Garantita la raccolta di tutti i dati necessari alla presa in carico così come il recupero di tutti i dati già raccolti in precedenti accessi.** [...] ai fini della realizzazione di un documento di sintesi di facile consultazione ed uso
- **Definito un percorso clinico sulla base anche dell'entità dell'urgenza**
- **Organizzato uno specifico percorso di presa in carico “gestionale” al fine di adempiere ad ogni pratica amministrativa**

- **Impostato un attento monitoraggio dopo il trattamento odontoiatrico**
- **Data particolare importanza alla formulazione di indicazioni chiare sulle prescrizioni, il programma di follow up e le modalità di contatto con il servizio in caso si verificassero problemi o difficoltà”.** [54]

CAPITOLO II: SCOPO DELLO STUDIO

I DSA rappresentano una patologia in forte aumento negli ultimi anni: si stima che in Italia la prevalenza si aggiri ad un caso su 77 nei bambini tra i 7 e i 9 anni^[34], con un maggior interessamento nel sesso maschile.

Un operatore del campo odontoiatrico potrebbe, data l'alta prevalenza di tale disturbo, incontrare nella propria attività professionale, pazienti con questa patologia, trovandosi in molti casi, impreparato nell'affrontare e gestire l'incontro. Molto spesso, infatti, non è chiaro che cosa comporti questa condizione per il paziente stesso, né che vi siano grandi differenze tra le varie "sfumature" dei DSA.

Lo scopo di questa tesi è quello di andare ad evidenziare le differenze tra i DSA di Livello 1, dai Livelli 2 e 3 e di valutare, tramite dei questionari, le loro esperienze odontoiatriche, portando alla luce eventuali differenze.

Fanno parte della categoria Livello 1 le persone in grado di fare discorsi articolati con frasi complesse, ma che presentano difficoltà nella comunicazione bilaterale; l'individuo può manifestare un interesse ridotto per le interazioni sociali, faticare ad avviarne una per primo e sono presenti comportamenti ripetitivi. Complesso è anche l'interfacciarsi con i cambiamenti, soprattutto se inaspettati ed improvvisi; spesso vi sono difficoltà nella pianificazione e nell'organizzazione delle cose, aspetto che causa disagio nella persona e ne ostacola l'indipendenza. I tentativi di fare amicizia sono atipici e spesso non di successo.

Fanno parte del Livello 2 i casi di DSA con deficit più marcati: vi è la tendenza a pronunciare prettamente frasi semplici; scarseggia anche la comunicazione non verbale; è molto raro che la persona dia inizio per prima all'interazione con gli altri, a meno che non si tratti di un ambito di interesse particolare. Se coinvolta da altri, la persona tenderà comunque a dare risposte concise. Le compromissioni sociali rimangono visibili, anche in presenza di supporto. L'inflessibilità di fronte al cambiamento è marcata, così come gli atteggiamenti ripetitivi, che sono sufficientemente frequenti da essere evidenti a un osservatore casuale.

Nel livello 3 i deficit presenti, le difficoltà verso i cambiamenti e la ripetitività dei gesti sono gravi ed interferiscono in modo marcato con tutte le attività e la quotidianità. La comunicazione con gli altri è limitata all'espressione di bisogni e solitamente attraverso modalità inconsuete; se l'interazione viene avviata da altri, difficilmente vi è una risposta. L'interruzione dell'attività è fonte di forte disagio.

I pazienti con DSA di Livello 1, sono dunque i pazienti dai quali ci si può aspettare una miglior possibilità di interazione e di conseguenza di collaborazione in ambito odontoiatrico.

Tramite dei questionari si è voluto approfondire quale sia l'approccio all'odontoiatria dal punto di vista del paziente con DSA e dei suoi familiari, portando alla luce difficoltà ed aspettative relative alle esperienze odontoiatriche e all'igiene orale domiciliare, differenziando due gruppi di pazienti: 17 pazienti con vecchia diagnosi di Asperger (Livello 1) da 17 pazienti del gruppo controllo ossia pazienti con diagnosi di DSA (dunque appartenenti ai Livelli 2 e 3).

CAPITOLO III: MATERIALI E METODI

Per la raccolta dei dati di questo elaborato è stato creato un questionario di 16 domande riguardante le abitudini di igiene orale dei ragazzi con DSA, le difficoltà riscontrate durante l'igiene domiciliare e durante le sedute professionali con l'odontoiatra e/o l'igienista, e le precedenti esperienze avute dalle famiglie in ambito odontoiatrico con una valutazione sull'adeguatezza nell'accoglienza presso la struttura e sulla preparazione del personale.

Il 10 novembre 2021 è stato organizzato un incontro telematico sulla piattaforma "Zoom" tra il personale dell'Odontoiatria di Comunità di Piove di Sacco, presieduto dal professor Claudio Gallo e dalla professoressa Carla Mucignat, con il Gruppo Asperger Veneto (GAV) con la partecipazione di genitori e caregiver che fanno parte dell'Associazione.

Il Gruppo Asperger Veneto (ODV) è un'organizzazione no profit di volontari nata dall'iniziativa di un gruppo di genitori, che da giugno 2016 s'impegna attivamente a far conoscere l'autismo, in particolare quello cosiddetto a bassa necessità di supporto o di livello 1. Tra le attività promosse dall'associazione ci sono:

- Assistenza e orientamento per famigliari e caregiver di persone appena diagnosticate
- Parent training, ossia percorsi formativi familiari e caregiver di persone asperger/autistiche con interventi di specialisti nell'ambito
- Convegni e collaborazioni con scuole e università per la creazione di percorsi formativi finalizzati a formare specialisti con competenze specifiche sull'autismo
- Percorsi di autoconsapevolezza e potenziamento di autonomie e abilità sociali per aiutare persone dello spettro autistico a prendere maggior consapevolezza delle proprie caratteristiche e della propria diagnosi, a migliorare la loro socialità e a stringere amicizie, nella provincia di residenza e a livello regionale
- Accompagnamento all'inserimento lavorativo

- Supporto alla ricerca

L'incontro è stato occasione per creare una rete con l'associazione e per presentare il reparto di Odontoiatria di Piove di Sacco, punto di riferimento regionale per pazienti con ogni tipo di disabilità. Al termine dell'incontro è stata proposta la compilazione del questionario sopracitato ai genitori di ragazzi che hanno ricevuto diagnosi di autismo di livello 1, i quali hanno partecipato in forma anonima e volontaria alla compilazione telematica del questionario.

Il comitato etico per la sperimentazione clinica della provincia di Padova aveva approvato, con protocollo 166727 del 10/10/2018, codice 4578/u6/18, la somministrazione del questionario ad un gruppo di pazienti con disturbo dello spettro autistico.

Successivamente a febbraio 2022 il medesimo questionario è stato sottoposto in forma cartacea ai genitori di alcuni pazienti con DSA di livelli 2 e 3, che afferiscono al reparto di Odontoiatria di Comunità dell'ospedale di Piove di Sacco. E' stato così ottenuto un gruppo di controllo, composto da un numero uguale di pazienti del primo gruppo, equilibrato rispettando le medesime fasce di età e proporzioni tra i due sessi.

I ragazzi coinvolti sono in totale 34: 17 del primo gruppo, di cui una femmina e 16 maschi; e 17 del secondo, di cui 1 femmina e 16 maschi.

Successivamente le risposte alle singole domande del questionario sono state inserite in delle tabelle su un modulo Excel per creare i grafici di confronto tra le risposte del gruppo dei genitori di ragazzi con Autismo di tipo 1 e quelle del gruppo controllo.

CAPITOLO IV: RISULTATI

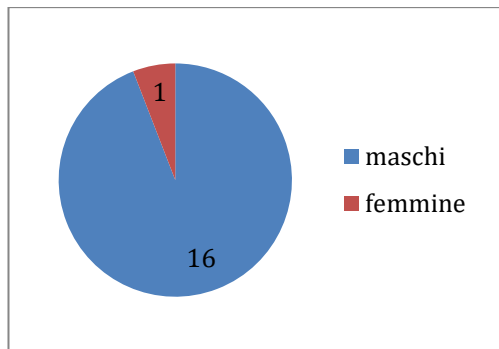
Partecipanti:

Sono stati raccolti 34 questionari.

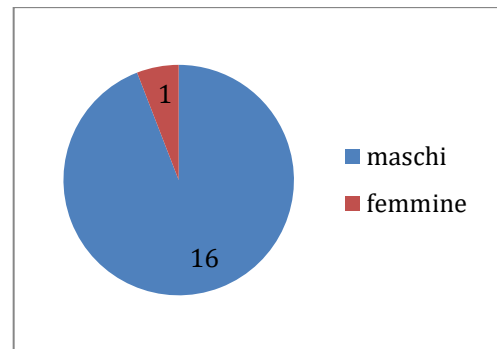
Sono stati inclusi nello studio:

- 17 ragazzi con diagnosi “Sindrome di Asperger” identificati come “Gruppo asp” o gruppo studio
- 17 ragazzi con diagnosi “Disturbo dello Spettro Autistico” identificati come “Gruppo aut” o gruppo controllo

Dati ottenuti:

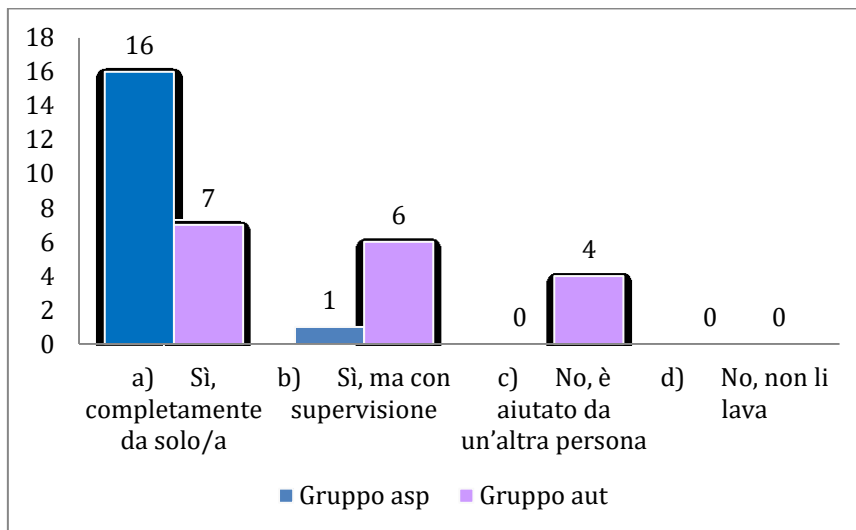
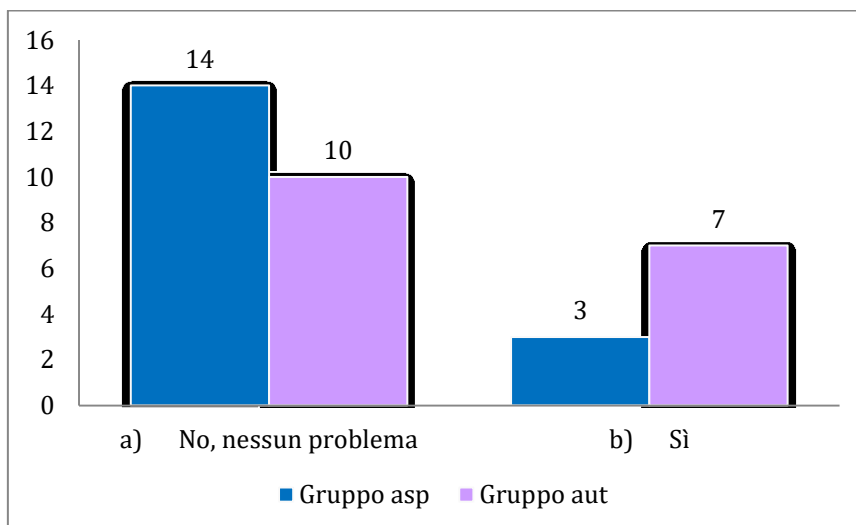


Graf. 4.1: genere gruppo studio

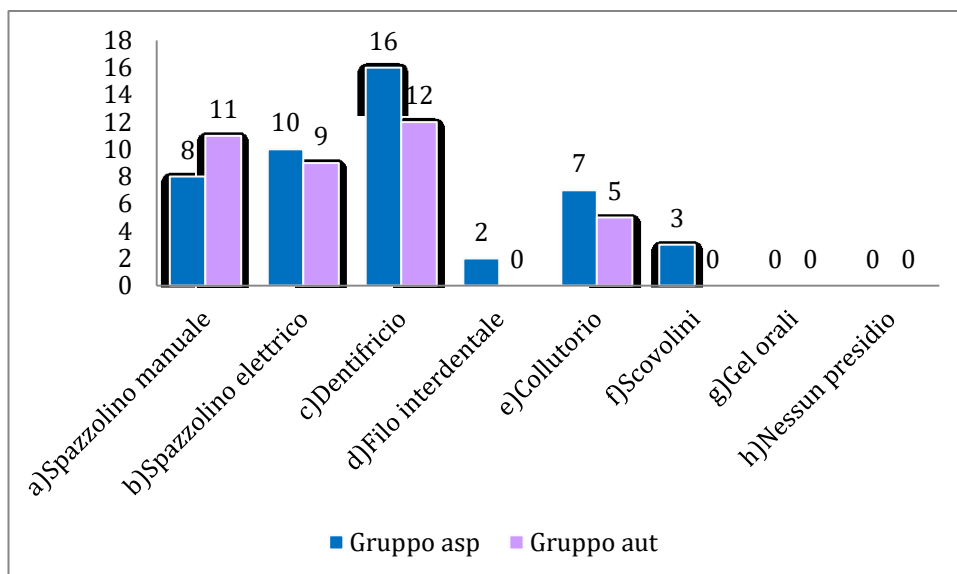


Graf. 4.2: genere gruppo controllo

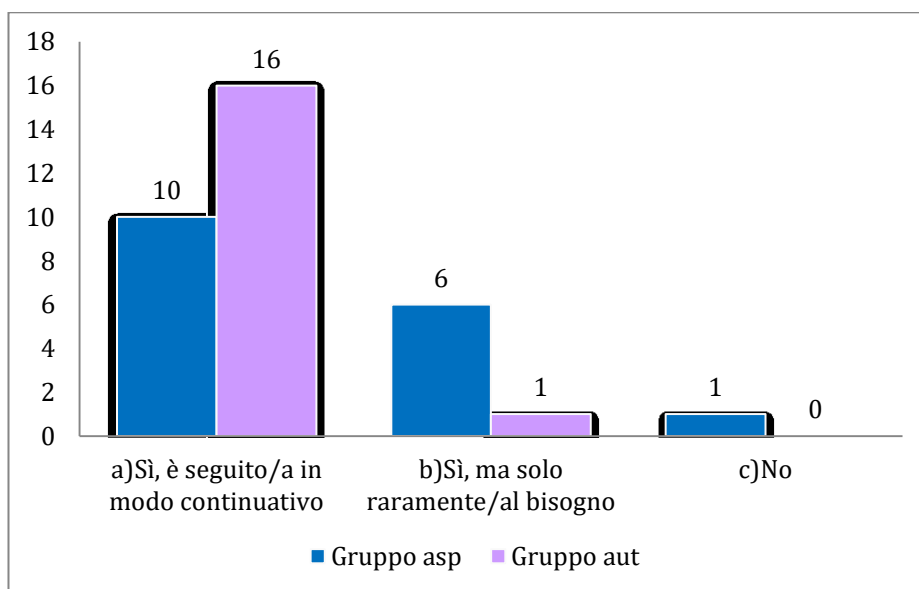
Età: il range di età per il gruppo asperger varia dai 7 anni ai 31 con età media pari a 17,47 anni; mentre il range di età per il gruppo autismo varia dai 6 ai 42 anni con età media pari a 15,47 anni

1) Si lava i denti autonomamente?**2) L'igiene domiciliare presenta delle difficoltà?**

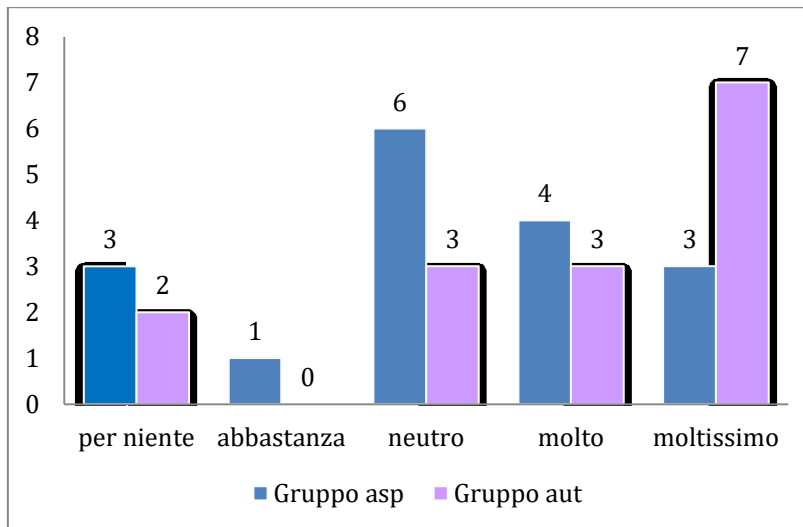
3) Quali presidi vengono utilizzati? (risposta multipla)



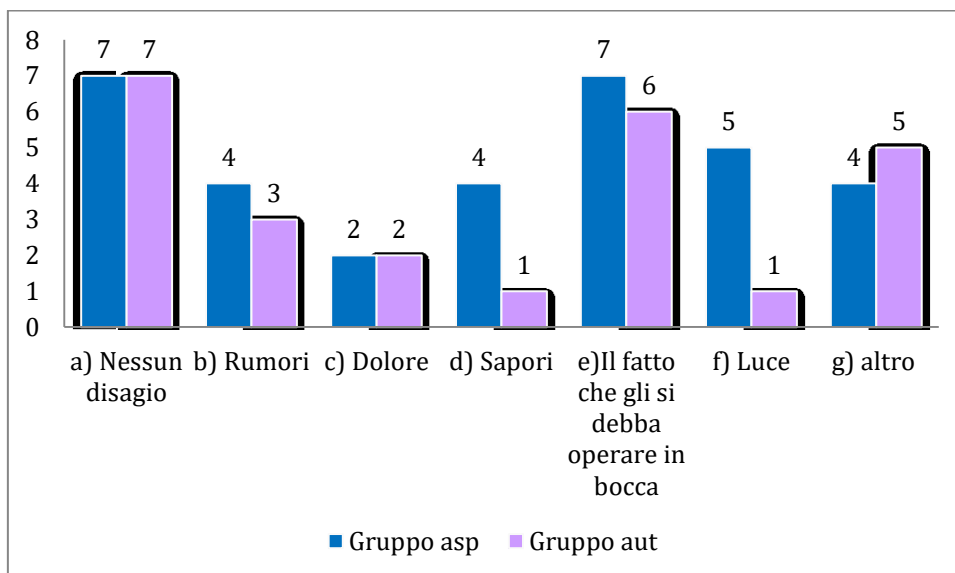
4) Avete mai portato il/la ragazz* a fare una o più visite da un professionista (dentista o igienista)?



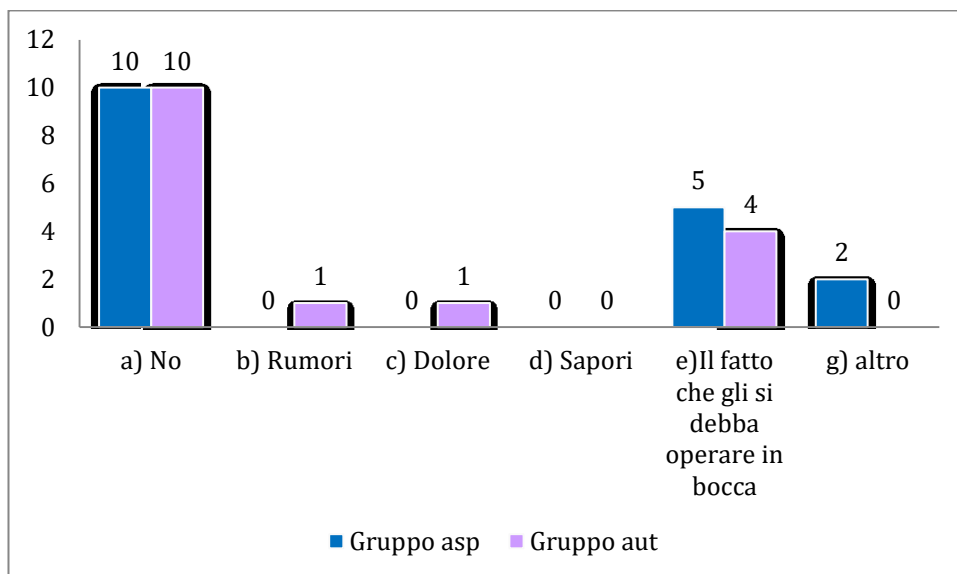
5) Se sì, gli studi dentistici a cui vi siete rivolti erano adatti ad accogliere ragazz* con disabilità?



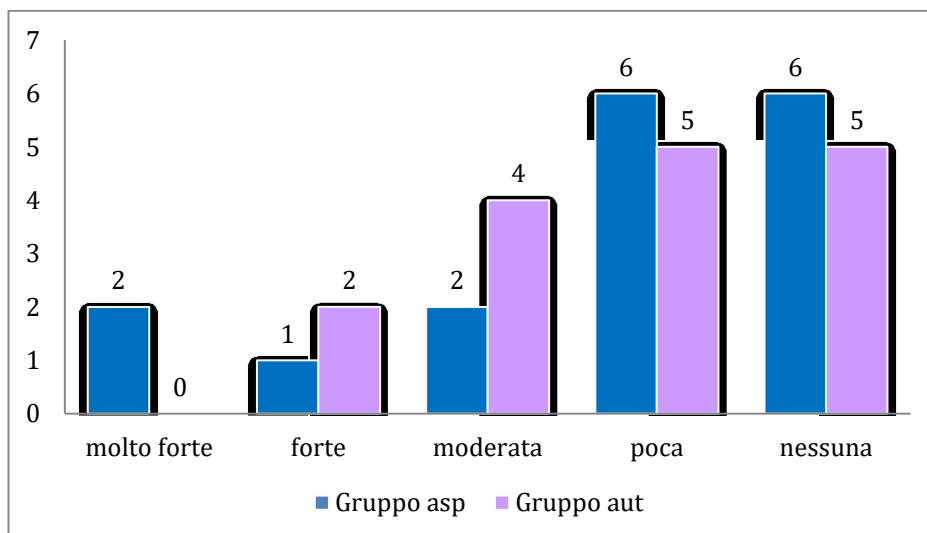
6) Al primo approccio dal dentista vi è stato disagio? Se sì, qual è stata la causa? (risposta multipla)



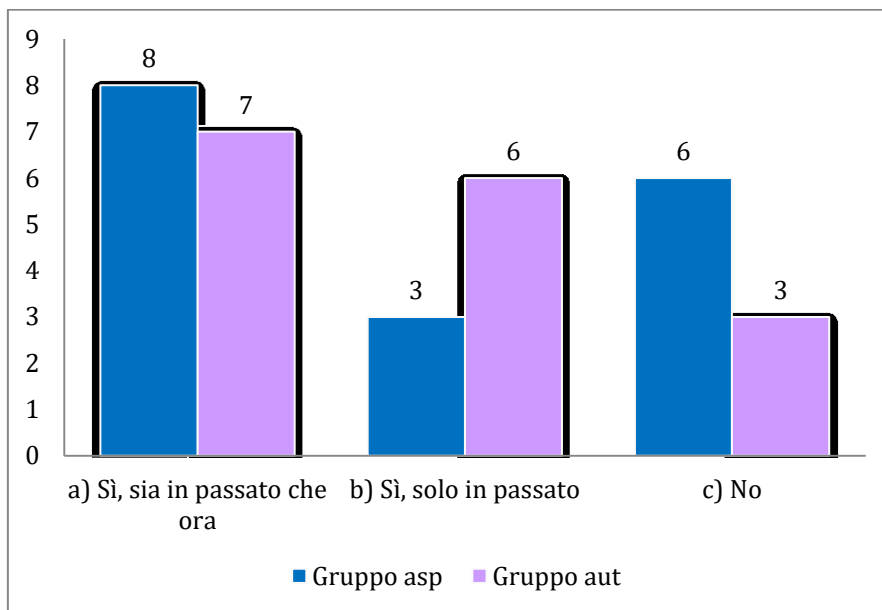
7) Il disagio è ancora presente? Se sì quale?



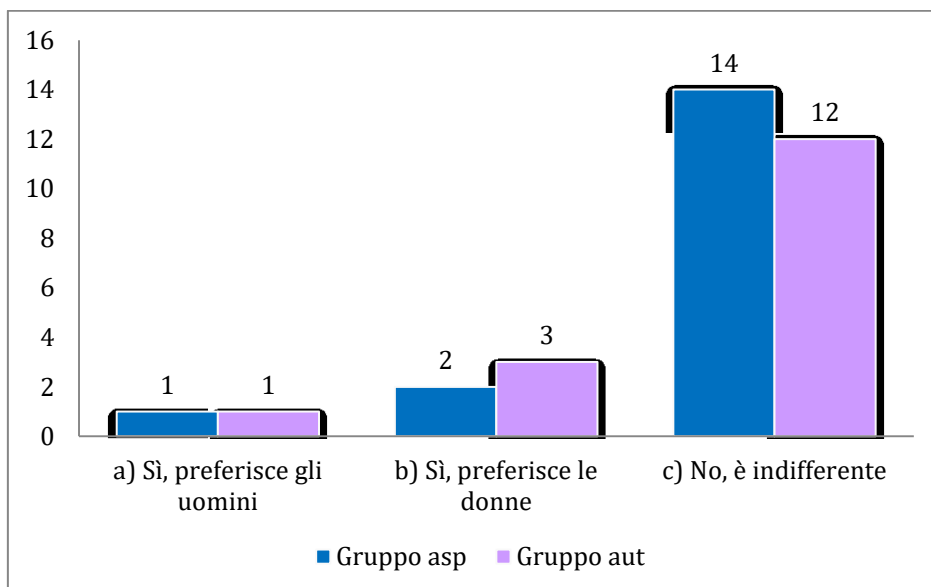
8) Quanta paura e/o ansia genera nel/nella ragazz* l'idea della visita dal dentista?



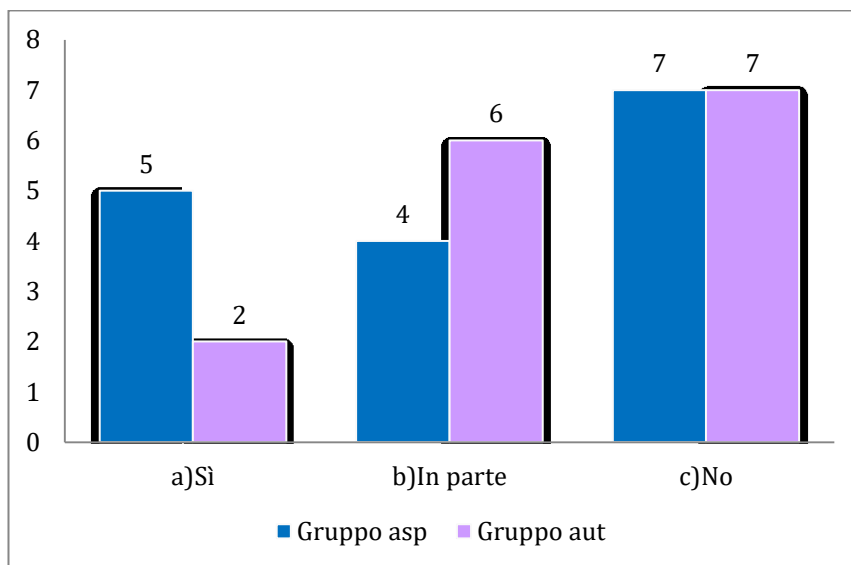
9) Durante le visite odontoiatriche è sempre stata necessaria la presenza del genitore/caregiver nella stanza?



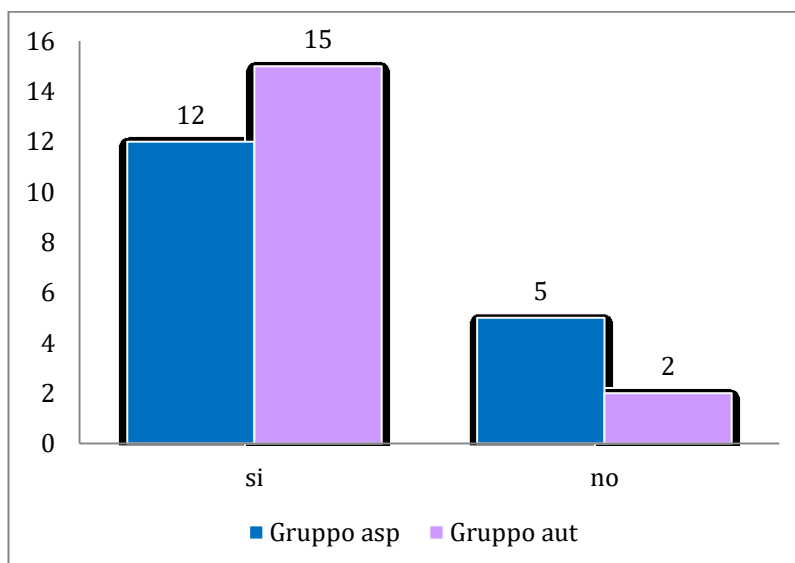
10) Il/la ragazz* ha preferenze riguardo il genere dell'operatore?



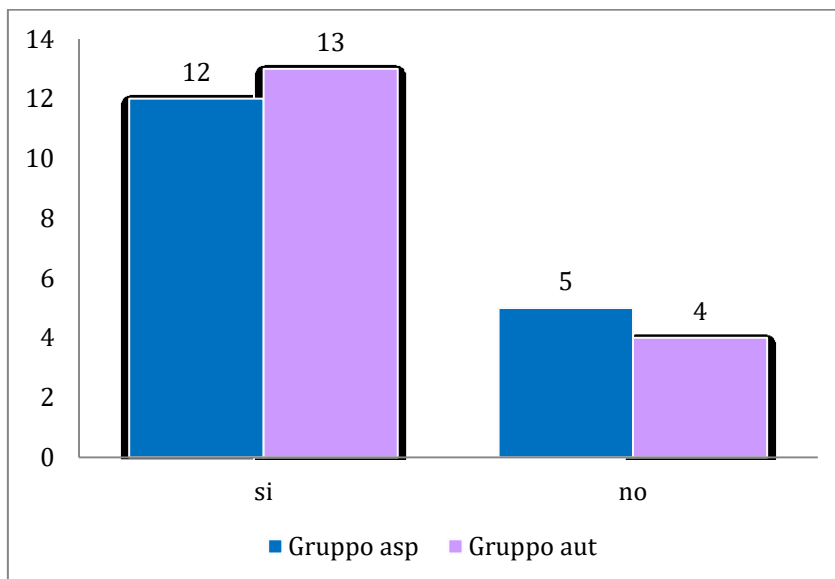
11)Siete a conoscenza di cosa sia la fluoroprofilassi e della sua importanza?



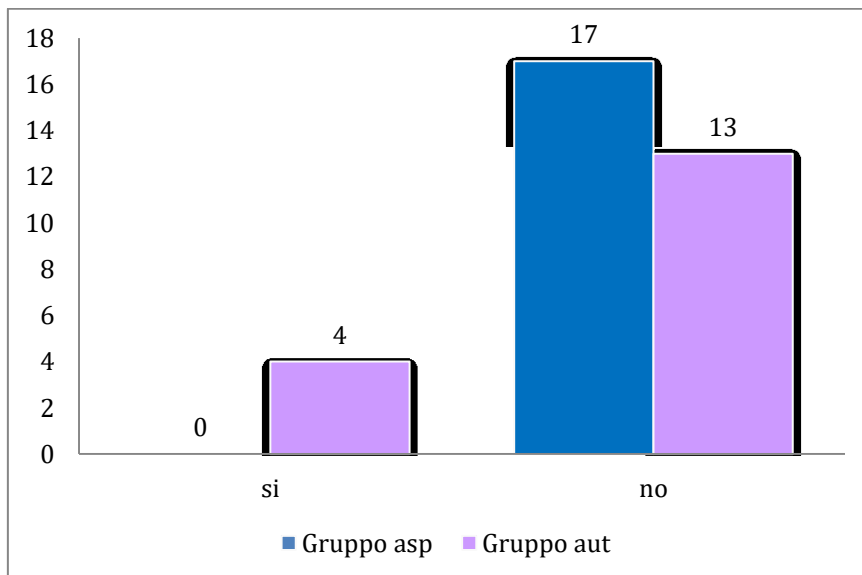
12)Siete a conoscenza dell'importanza del lavarsi anche la lingua oltre che i denti?



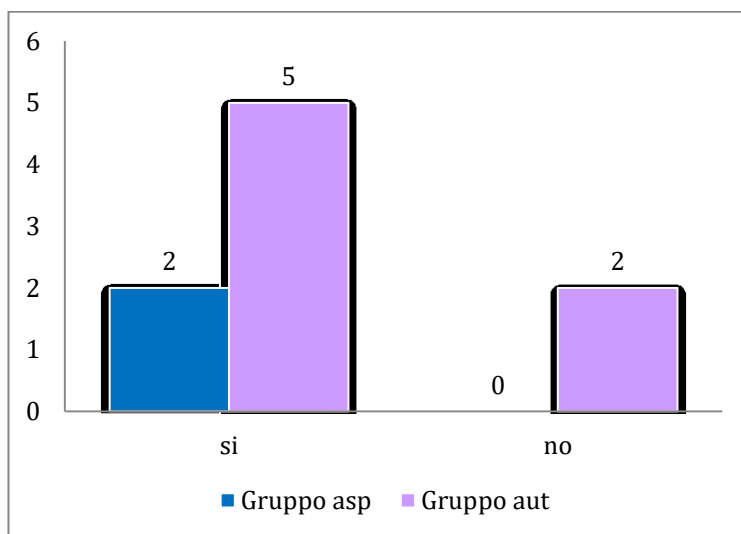
13) Può farvi piacere partecipare a delle eventuali presentazioni formative riguardanti l'igiene orale?



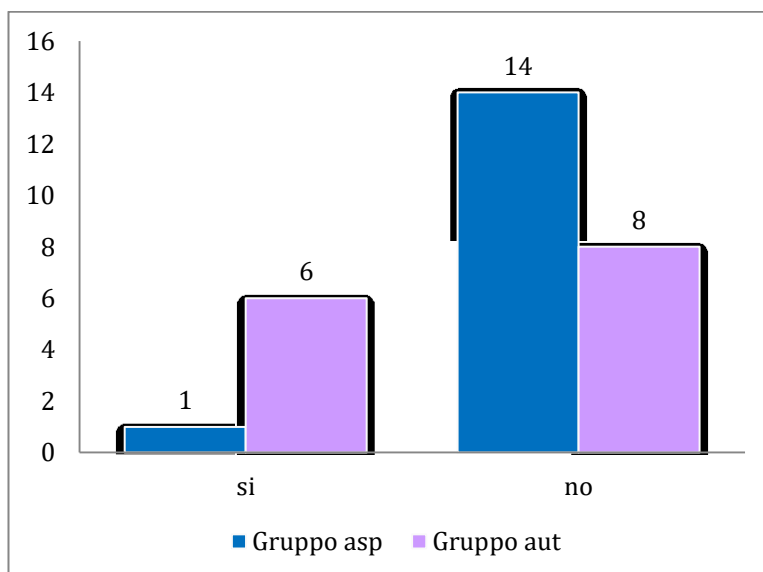
14) Il/la ragazz* frequenta un centro diurno?



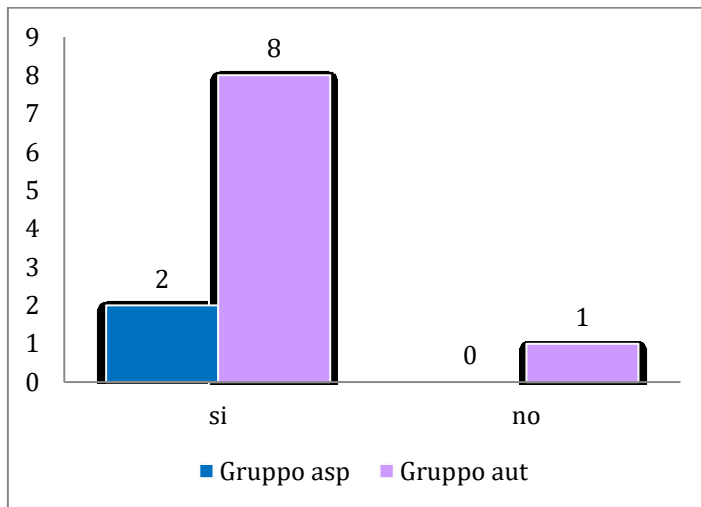
15a) Ritenete che gli operatori dei centri diurni dovrebbero ricevere una formazione riguardante l'igiene orale?



15b) Ritenete che in futuro il/la ragazz* possa frequentare un centro diurno?



16) Ritenete che gli operatori dei centri diurni dovrebbero ricevere una formazione riguardante l'igiene orale?



CAPITOLO V: DISCUSSIONE

Il gruppo studio è costituito da 17 ragazzi, di età compresa tra gli 8 e i 31 anni, che hanno ricevuto una diagnosi di Sindrome di Asperger. 16 di loro sono maschi (94%) mentre una sola è femmina (6%).

Il gruppo controllo è costituito da 17 ragazzi, con età variabile dai 7 ai 42 anni, che hanno ricevuto diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico. Anche in questo gruppo sono presenti 16 maschi (94%) e una sola femmina (6%).

La prima parte del questionario è stata dedicata alla raccolta di informazioni sulle abitudini di igiene orale domiciliare (IOD) dei ragazzi con le relative criticità riscontrate dai genitori o caregiver.

Alla richiesta sull'autonomia nella propria igiene orale, tutti i genitori del gruppo studio affermano che i ragazzi sono in grado di eseguirla autonomamente, per solo uno di loro è richiesta anche una supervisione esterna. Ciò nonostante 3 di loro riscontrano comunque delle difficoltà nelle procedure di igiene; più precisamente i genitori/caregiver di quest'ultimi hanno affermato che uno è infastidito dallo strofinare dello spazzolino sui denti, un altro ha una manualità totalmente insufficiente e non è motivato, mentre l'ultimo al contrario "si lava i denti in modo ossessivo con lo spazzolino elettrico, cronometrando un tempo di 10 minuti e oltre".

Per quanto riguarda il gruppo controllo invece è stato riportato che 4 di loro non si lavano i denti da soli, ma l'igiene domiciliare viene comunque effettuata da un genitore o caregiver, mentre altri 6 la svolgono in modo autonomo ma necessitano di supervisione. Inoltre, 7 di loro hanno difficoltà nell'IOD.

Nella parte dedicata alle precisazioni volontarie è emerso che nel caso dei ragazzi con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico le difficoltà riscontrate a livello domiciliare sono molteplici: c'è chi riesce a lavarli ma solo per pochi secondi, chi afferma di lavarli quando poi non è così, chi ha poca manualità, chi non sopporta il dentifricio e pratica un lavaggio prettamente superficiale, chi non pulisce tutte le zone e chi non accetta facilmente di aprire la bocca ma si diverte con lo spazzolino elettrico. I ragazzi del gruppo oggetto di studio riescono quasi tutti a

utilizzare i presidi basilari: spazzolino normale (8 persone) e/o spazzolino elettrico (10 persone) e il dentifricio (16); solo uno tra loro utilizza il collutorio al posto del dentifricio. Inoltre due di loro riescono anche a utilizzare il filo interdentale, 7 sfruttano anche l'ausilio del collutorio e in 3 fanno uso di scovolini. Tra i ragazzi con DSA invece c'è una prevalenza nell'uso di dello spazzolino manuale piuttosto che l'elettrico (rispettivamente 11 e 9 ragazzi, di cui un paio fa uso di entrambi), inoltre 12 usufruiscono del dentifricio e in 5 del collutorio. È da sottolineare anche che 3 di loro utilizzano esclusivamente lo spazzolino, senza né dentifricio né collutorio.

Nella seconda parte del questionario che è stato somministrato si è voluto indagare l'esperienza relativa alle esperienze pregresse di queste famiglie con l'approccio alla realtà clinica.

Si è visto che 10 ragazzi del GAV (gruppo Asperger) sono seguiti in modo continuativo da un odontoiatra, 6 si rivolgono a un professionista solo raramente o in caso di necessità, e uno non ha mai avuto esperienze cliniche; mentre nel gruppo controllo solo uno è seguito al bisogno mentre gli altri 16 frequentano in modo continuativo il reparto di Odontoiatria di Comunità dell'ospedale di Piove di Sacco. I genitori di uno dei ragazzi del gruppo controllo ha precisato che il ragazzo è seguito in modo continuativo solamente ora che hanno conosciuto la realtà del reparto di Odontoiatria di Piove di Sacco, in quanto precedentemente avevano fatto il tentativo di portarlo da un odontoiatra in un'altra struttura, ma senza successo e "con gravi conseguenze". Nelle risposte aperte due pazienti del gruppo "Asperger" hanno precisato che "non ce n'è mai stato bisogno" di rivolgersi ad un professionista del campo odontoiatrico e un'altra famiglia ha segnalato "diffidenza del ragazzo a sottoporsi a interventi importanti".

È stato poi chiesto alle famiglie interpellate se ritenessero che gli studi dentistici a cui si erano rivolti si fossero dimostrati adatti ad accogliere pazienti con questa tipologia di disabilità; la domanda è stata posta proponendo loro una "scala" crescente di 5 valori tra:

- Per niente
- Abbastanza
- Neutro
- Molto
- Moltissimo

Del gruppo studio solamente 7 persone hanno dato una valutazione superiore a “neutro” (4 hanno valutato “molto”, 3 “moltissimo”), i restanti : 6 “neutro”, 1 “abbastanza” e in 3 “per niente”.

Per il gruppo controllo le esperienze cliniche sono state molto più positive in quanto solamente due hanno affermato di aver trovato una struttura per niente adatta ad accogliere ragazzi autistici, mentre degli altri in 7 hanno scelto il valore massimo, in 3 hanno votato “molto” e in 3 “neutro”. Due persone si sono astenute dal rispondere.

Tra loro una famiglia ha precisato che l’esperienza clinica è stata positiva solo dopo aver incontrato la realtà dell’ospedale di Piove di sacco e un’altra ha affermato che quest’ultimo sia l’unico centro che loro abbiano frequentato, trovandosi subito benissimo, e che quindi non è stato necessario fare altri tentativi altrove.

Inoltre in uno due questionari dei ragazzi con DSA che a questa domanda hanno risposto con il valore minimo, è stato precisato che i disagi sono stati causati dal fatto che il reparto dell’ospedale a cui si erano precedentemente rivolti “aveva un unico ambulatorio dove curavano più pazienti contemporaneamente, privo di qualsiasi elemento atto a rendere piacevole o rilassante l’ambiente al bambino, compresa l’attitudine professionale pediatrica scarsa, come se fosse un adulto”.

Tra i genitori dei ragazzi con diagnosi di Sindrome di Asperger, invece, a questa domanda ci sono state le seguenti precisazioni: “la vera difficoltà sta nell’affrontare gli imprevisti di una visita medica. Oltre che nell’incapacità fisica di tollerare l’attesa ed il possibile dolore”, e che non ci sia tatto.

In prima visita dall'odontoiatra solo 7 famiglie del primo gruppo e 7 del secondo hanno affermato di non aver riscontrato disagi di alcun tipo, mentre per tutti gli altri ragazzi è stata una situazione problematica e stressante a causa di molteplici fattori: rumori degli strumenti, dolore o paura, sapori, la luce del riunito e anche il fatto stesso che gli si dovesse mettere le mani in bocca. Quest'ultimo risulta essere l'aspetto di disagio più votato sia dal gruppo studio che dal gruppo controllo, rispettivamente con 7 e 6 voti. I valori esatti per ogni fonte di criticità riscontrate sono visibili nel grafico relativo alla domanda numero 6.

Tra le risposte alla domanda inerente ai disagi riscontrati in prima visita, nel questionario è stata lasciata anche la categoria "altro" per lasciare spazio a eventuali precisazioni personali ed è emerso che, oltre ai fastidi sopracitati, per un ragazzo del gruppo studio il problema sono le mascherine e visiere utilizzate dagli operatori, in quanto ritenute spaventose, così come un altro è particolarmente sensibile al soffio della siringa aria-acqua e al risucchio dell'aspiratore, oppure la fatica a fidarsi di una persona non appartenente alla cerchia dei familiari; inoltre, in un caso i genitori lamentano il fatto che gli operatori sanitari non tengano conto delle loro indicazioni sulle caratteristiche del ragazzo e su come sia meglio approcciarvisi.

Alcuni genitori del gruppo controllo invece hanno affermato che in prima visita le ulteriori fonti di disagio sono state: l'interfacciarsi con persone e ambiente nuovi, la presenza di troppe persone in un ambiente non idoneo ed infine la paura di essere toccato. Un genitore del gruppo controllo autismo ha precisato che le difficoltà riscontrate inizialmente presso altra struttura erano il dolore fisico e il disagio per la forzatura ad eseguire la prestazione; mentre i disagi riscontrati presso la struttura di Piove di Sacco, dov'è attualmente in cura, erano inizialmente i rumori e il fatto che gli si debba operare in bocca.

Si evidenzia poi che con il passare del tempo ci sono stati miglioramenti per quasi tutti i pazienti e per quasi tutti gli aspetti sopracitati: in 10 ragazzi per ognuno dei due gruppi, alla domanda "il disagio è ancora presente?", hanno risposto di no. Per quanto riguarda i ragazzi del GAV ne sono rimasti 5 in cui persiste il fastidio per il fatto che vengano messe le mani in cavo orale (come anche per 4 del

secondo gruppo), e per uno di loro persiste il problema dell'imprevedibilità della seduta; tra quelli del gruppo controllo 1 prova ancora disagio per via dei rumori e 1 per il dolore.

Nonostante i miglioramenti però, l'idea di dover andare dal dentista/igienista è fonte di paura e/o ansia: solamente 6 del primo e 5 del secondo gruppo affermano di non provarne nessuna. È stato quindi chiesto di quantificare questi disturbi d'ansia su una scala da "molto forte" (segnalata da 2 persone con diagnosi di Sindrome di Aperger e 0 nel gruppo dei DSA) e "nessuna". I valori per il gruppo studio sono : 1 "forte", 2 "moderata", 6 "poca" e 6 "nessuna"; per quando riguarda il gruppo controllo invece corrispondono a: 2 "forte", 4 "moderata", 5 "poca" e 5 "nessuna".

Uno dei ragazzi con diagnosi di Disturbo dello Spettro Autistico si è astenuto dal rispondere ai quesiti inerenti i disagi e l'ansia dovuti alla visita odontoiatrica.

Un altro aspetto importante quando si lavora con questi pazienti è anche il loro grado di autonomia nell'affrontare la seduta: 8 famiglie del gruppo oggetto di studio affermano che è tutt'ora necessaria la presenza di un genitore o caregiver nella stanza perché i ragazzi possano affrontarla in modo più sereno, 3 che era necessaria in passato ed ora non più, in 6 che non è mai servito. Per quanto riguarda il gruppo controllo invece sempre 7 persone la ritengono ancora una cosa necessaria, 6 solo in passato e tre che non è mai servita. Uno si è astenuto dal rispondere.

Oltre ciò, con questi ragazzi può capitare che vi siano preferenze sul genere dell'operatore con cui devono approcciarsi, non è comune a tutti e per la maggior parte delle famiglie interpellate la cosa è indifferente (12 famiglie del gruppo studio e 14 del gruppo controllo hanno infatti riportato che il genere dell'operatore non è rilevante), però uno dei genitori di un ragazzo con DSA ha precisato che "è indifferente ma solo perché l'operatrice è stata sostituita in breve tempo dalla precedente". Le famiglie hanno inoltre fatto emergere che: per uno del primo e uno del secondo gruppo vi è una preferenza per gli uomini, mentre 2 del primo e 3 del secondo preferiscono le donne. Un paziente del gruppo Autismo si è astenuto dal rispondere.

La terza parte del questionario era costituita da tre domande riguardanti la conoscenza e l'interesse dei genitori di questi ragazzi nell'ambito dell'igiene orale domiciliare. È fondamentale tener presente che questi pazienti, in caso di complicanze, non è detto che riescano ad affrontare sedute troppo lunghe o più complesse con il professionista, soprattutto in età più giovane; di conseguenza il metodo più efficiente è la prevenzione, attuata oltre che a livello clinico soprattutto a livello domiciliare nella quotidianità.

La prima domanda posta è se fossero a conoscenza di cosa sia la fluoroprofilassi e della sua importanza; i genitori dei ragazzi del gruppo studio in 5 hanno risposto di sì, 4 solo in parte e 7 hanno detto di no, per quanto riguarda il gruppo controllo le risposte sono state rispettivamente: 2 sì, 6 in parte, e 7 no. Una famiglia appartenente al gruppo di ragazzi con diagnosi di Sindrome di Asperger e due di quelle del gruppo dei ragazzi con DSA si sono astenute dal rispondere.

In secondo luogo si è affrontato il tema della pulizia della lingua oltre che quella degli elementi dentali e solo in 5 del primo gruppo e 2 del secondo hanno riferito di non conoscerne l'importanza.

Inoltre complessivamente 25 famiglie (12 del gruppo studio e 13 del gruppo controllo) si sono dette interessate a partecipare ad eventuali presentazioni formative riguardanti l'igiene orale.

Nell'ultima parte del questionario si è chiesto ai genitori se i figli frequentassero già dei centri diurni e/o se ritenevano che in futuro li avrebbero frequentati. È risultato che dei ragazzi con diagnosi di Sindrome di Asperger nessuno frequenta una struttura attualmente e che solo la famiglia di uno di loro ritiene che probabilmente lo farà in futuro; 5 ragazzi del gruppo controllo invece frequentano già un centro diurno e in 6 si presume che lo faranno in futuro.

CAPITOLO VI: CONCLUSIONI

Dai risultati che sono stati ottenuti in questo studio risulta che dal punto di vista dell'igiene orale domiciliare i ragazzi con Sindrome di Asperger (diagnosi ricevuta prima del DSM-5) sono avvantaggiati rispetto a quelli con DSA: la quasi totalità di loro è completamente autonoma, l'82.5% di loro non riscontra difficoltà particolari, e alcuni di loro oltre ai presidi basilari di spazzolino e dentifricio utilizzano già anche il filo interdentale, il collutorio e gli scovolini (rispettivamente il 11,76 %, 29,41% e 17,64 %). È plausibile quindi che il livello di prevenzione sia maggiore in questo gruppo piuttosto che nel secondo; cosa che potrebbe in parte spiegare perché il 58,82% di loro è seguito in modo continuativo da un professionista (contro il 94,11% del gruppo con DSA).

Delle differenze si possono notare anche nei disagi che sono stati riscontrati in prima visita: i ragazzi "Asperger" infatti, sembrano essere molto più sensibili sia ai sapori che alla luce rispetto ai ragazzi del gruppo controllo. I due gruppi invece hanno riportato dei valori simili per quanto riguarda la paura del dolore, il disagio provocato dal fatto che gli si debba operare in bocca e il fastidio per i rumori.

La maggiore autonomia dei ragazzi "Asperger" si vede anche nel fatto che nessuno di loro frequenta attualmente un centro diurno né i genitori ritengono che avranno necessità di frequentarli in futuro (eccetto un singolo caso); tendenzialmente infatti, ci si aspetta che questi ragazzi riescano ad ottenere un certo grado di indipendenza da adulti, con il giusto supporto molto spesso riescono anche a inserirsi in un ambito lavorativo.

Nonostante questa loro maggiore autonomia e collaborazione a livello domiciliare però, è stato registrato che i livelli di ansia dovuti alla visita dal dentista hanno un andamento abbastanza simile tra i due gruppi e lo è anche il numero di ragazzi che tuttora necessita della presenza del genitore in ambulatorio per affrontare la seduta. Abbiamo motivo di credere che la ragione di questi dati, sia dovuta alla mancanza di studi dentistici specializzati, con operatori preparati a trattare con queste famiglie e questa tipologia di pazienti; i ragazzi facenti parte del gruppo con Disturbi dello Spettro Autistico infatti, che sono seguiti con regolarità nel

reparto di Odontoiatria di Comunità dell'ospedale di Piove di Sacco, hanno riportato un livello di soddisfazione nei confronti della loro esperienza clinica molto maggiore rispetto ai ragazzi Asperger, dei quali il 52,94% ha dichiarato che gli studi a cui si sono rivolti non fossero adatti ad accogliere ragazzi con disabilità, o comunque non in modo sufficiente. In alcuni casi gli stessi genitori hanno precisato che il ragazzo ha iniziato a essere seguito in modo continuativo solamente una volta conosciuta la realtà del reparto sopracitato, perché le esperienze precedenti erano state particolarmente negative oltre che senza risultati; inoltre l'importanza di avere a che fare con uno studio in cui ambiente e operatori siano adatti all'accoglienza di questi pazienti, si vede anche nei risultati ottenuti: anche se nel gruppo di ragazzi con DSA ce ne erano alcuni facenti parte di livelli dello spettro più gravi, la maggior parte di loro ha riferito che i disagi dovuti alla seduta non sono più presenti.

Un altro aspetto interessante che è emerso in questo studio è il fatto che le famiglie di questi ragazzi sembrano essere molto sensibili all'igiene orale e al mantenimento di una buona salute orale: circa la metà di entrambi i gruppi riferisce di essere, almeno in parte, a conoscenza dell'importanza della fluoroprofilassi, la maggioranza di entrambi è a conoscenza dell'importanza di lavarsi anche la lingua e ritiene che sia necessario formare anche i caregiver dei centri diurni riguardo all'igiene domiciliare (anche chi non ritiene che il figlio ne avrà bisogno in futuro) e infine più del 70% dei genitori di entrambi i gruppi di ragazzi si definisce interessato a partecipare a delle eventuali presentazioni formative riguardanti l'igiene orale.

Risulta evidente quindi che, al di là alle differenze dovute al "grado" di Disturbo dello Spettro Autistico, la vera differenza a livello di collaborazione e risultati clinici è data dall'empatia e preparazione dell'operatore su questa specifica patologia e dagli ambienti studiati per loro. Alla luce di ciò, sebbene oggi non esista più l'effettiva diagnosi di Sindrome di Asperger e questi ragazzi rientrino nei Disturbi dello Spettro Autistico di livello 1 senza compromissione cognitiva, riteniamo che sia importante sottolineare che delle differenze ci sono, che anche all'interno dello stesso livello dello spettro ci sono molteplici sfumature, che anche in ambito odontoiatrico quindi, comportano capacità, necessità e

prognosi diverse. Come è stato sostenuto anche da altri studi precedenti, quindi, è fondamentale creare delle realtà ambulatoriali e dei piani di trattamento su misura per questi pazienti.

BIBLIOGRAFIA

1. Autismo, Ministero della Salute, 20 gennaio 2022, <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale>
2. American Psychiatric Association: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione DSM-5. Massimo Biondi eds Raffaello Cortina Editore Publ, 2014, pp 57-68
3. Evans B: How autism became autism: The radical transformation of a central concept of child development in Britain. *History of the Human Sciences (HHS)* 2013; 26(3): 3–31
4. Bleuler E: *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press 1950
5. Chapman, M: *Constructive Evolution. Origins and Development of Piaget's Thought*. Cambridge University Press Publ, Cambridge 1988
6. Piaget, J. (1923) ‘La pensée symbolique et la pensée de l’enfant’ [Symbolic Thought and Infantile Thought], *Archives de psychologie* 18: 273–304
7. Rosen N. E., Lord C., Volkmar F. R.: The Diagnosis of Autism: From Kanner to DSM-III to DSM-5 and Beyond. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2021; 51:4253–4270
8. Kanner, L: Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child: Journal of Psychopathology, Psychotherapy, Mental Hygiene, and Guidance of the Child* 1943; 2:217–225
9. Asperger H: “‘Autistic Psychopathy’ in Childhood,” in *Autism and Asperger Syndrome*. Uta Frith eds Cambridge University Press Publ 1991 pp 37-92. In origine: Die “autistischen Psychopathen” im Kindersalter. *Archive fur psychiatrie und Nervenkrankheiten* 1944; 117:76–136
10. Eyal, G., Hart, B., Onculer, E., Oren, N. and Rossi, N.: The Autism Matrix: The Social Origins of the Autism Epidemic. *The British Journal of Sociology* 2011; 62(4):742-743
11. Silverman, C.: *Understanding Autism: Parents, Doctors, and the History of a Disorder*. Princeton, NJ: Princeton University Press Publ 2011

12. Nader Salari, Shabnam Rasoulpoor, Shna Rasoulpoor, Shamarina Shohaimi, Sima Jafarpour, Nasrin Abdoli, Behnam Khaledi-Paveh and Masoud Mohammadi: “The global prevalence of autism spectrum disorder: a comprehensive systematic review and meta-analysis”. *Italian Journal of Pediatrics* 2022; 48:112 1-16
13. Lundström S, Reichenberg A, Anckarsäter H, Lichtenstein P, Gillberg C.: Autism phenotype versus registered diagnosis in Swedish children: prevalence trends over 10 years in general population samples. *BMJ* 2015; 350:h1961
14. <https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=5613&area=salute%20mentale&menu=autismo>
15. Idring S, Lundberg M, Sturm H, Dalman C, Gumpert C, Rai D, Rar D, Lee BK, Magnusson C: Changes in prevalence of autism spectrum disorders in 2001–2011: findings from the Stockholm youth cohort. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2015; 45:1766–1773
16. CDC Surveillance Summeries: Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Childen Aged 8 Years- Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)* 2020; 69:1-12
17. Micai M, Caruso A, Fatta LM, Fulceri F, Scattoni ML: Gender differences in high-functioning autism: implications in everyday life and clinical settings. *Ital J Gender-Specific Med* 2019; 5(2): 90-97
18. De Giambattista C, Ventura P, Trerotoli P, Margari F, Margari L: Sex Differences in Autism Spectrum Disorder: Focus on High Functioning Children and Adolescents. *Frontiers in Psychiatry* 2021; 12:1-13
19. Lai M-C, Lombardo MV, Pasco G, Ruigrok ANV, Wheelwright SJ, Sadek SA, Chakrabarti B, MRC AIMS Consortium, Baron-Cohen S: A Behavioral Comparison of Male and Female Adults with High Functioning Autism Spectrum Conditions. *PLoS ONE* 2011; 6(6):1-10

20. Dean M, Harwood R, Kasari C. The art of camouflage: gender differences in the social behaviors of girls and boys with autism spectrum disorder. *Autism*. 2016;21(6):678-89.
21. Bauman ML, Department of Neurology, Department of Pediatrics, and Lurie Center LADDERS program, Massachusetts General Hospital, and Department of Neurology, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts: Medical Comorbidities in Autism: Challenges to Diagnosis and Treatment. *Neurotherapeutics: The Journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics* 2010; 7:320-327
22. Bougeard C, Picarel-Blanchot F, Schmid R, Campbell R, Buitelaar J: Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Co-morbidities in Children and Adolescents: A Systematic Literature Review. *Frontiers in Psychiatry* 2021; 12:1-16
23. Hossain MM, Khan N, Sultana A, Ma P, McKyer ELJ, Ahmed HU, Purohit N: Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Research* 2020; 287:1-29
24. Houghton R, Ong RC, Bolognani F. Psychiatric comorbidities and use of psychotropic medications in people with autism spectrum disorder in the United States. *Autism Research* 2017; 10(12):2037–2047
25. Houghton R, Liu C, Bolognani F: Psychiatric comorbidities and psychotropic medication use in autism: a matched cohort study with ADHD and general population comparator groups in the United Kingdom. *Autism Research* 2018 11:1690–1700
26. Volkmar FR, Nelson DS. Seizure disorders in autism. *J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29:127–129
27. Ewen JB, Marvin AR, Law K, Lipkin PH. Epilepsy and autism severity: a study of 6,975 children. *Autism Research* 2019; 12:1251–1259
28. Buie T, Fuchs GJ, Furuta GT, Kooros K, Levy J, Lewis JD, Wershil BK, Winter H: Recommendations for evaluation and treatment of common gastrointestinal problems in children with ASDs. *American Academy of Pediatrics* 2010; 125(suppl):S19 –S29

29. Fulceri F, Morelli M, Santocchi E, Cena H, Del Bianco T, Narzisi A, Calderoni S, Muratori F: Gastrointestinal symptoms and behavioral problems in preschoolers with Autism Spectrum Disorder. *Digest Liver Disease* 2016; 48(3):248–254
30. Stacy ME, Zablotsky B, Yarger HA, Zimmerman A, Makia B, Lee LC. Sex differences in co-occurring conditions of children with autism spectrum disorders. *Autism* 2014; 18:965–974
31. Carr EG, Smith CE, Glacin TA, Whelan BM, Pancari J. Menstrual discomfort as a biological setting event for severe problem behaviors: assessment and intervention. *Am J Mental Retard* 2003; 108: 117–133
32. Salazar F, Baird G, Chandler S, Tseng E, O’Sullivan T, Howlin P, et al. Cooccurring psychiatric disorders in preschool and elementary school-aged children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2015; 45:2283– 2294
33. Supekar K, Iyer T, Menon V. The influence of sex and age on prevalence rates of comorbid conditions in autism. *Autism Research* 2017; 10:778-789
34. Elrod MG, Nylund CM, Susi AL, Gorman GH, Hisle-Gorman E, Rogers DJ, Erdie-Lalena C: Prevalence of diagnosed sleep disorders and related diagnostic and surgical procedures in children with autism spectrum disorders. *J Develop Behav Pediatr* 2016; 37(5):377–384
35. Richadale AL, Schreck KA. Sleep problems in autism spectrum disorders: prevalence, nature and possible biopsychosocial aetiologies. *Sleep Med Reviews* 2009; 13(6):403– 411
36. Vittorino Andreoli, Giovan Battista Cassano, Romolo Rossi (a cura di), DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano, Elsevier, 2^a ed: 2002
37. Tidmarsh L, Volkmar F: Diagnosis and Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. *Can J Psychiatry* 2003; 48: 517-525
38. Balfe M, Tantam D: A descriptive social and health profile of a community sample of adults and adolescents with Asperger syndrome. *BMC Research Notes* 2010; 3:300: 1-7

39. Barnhill GP: Outcomes in adults with Asperger syndrome. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities 2007; 22:116-126
40. Berney T: Asperger syndrome from childhood into adulthood. Advances in Psychiatric Treatment 2004; 10:341-351
41. De Giambattista C, Ventura P, Trerotoli P, Margari M, Palumbi R, Margari L: Subtyping the Autism Spectrum Disorder: Comparison of Children with High Functioning Autism and Asperger Syndrome. Journal of Autism and Developmental Disorders 2019; 49:138–150
42. Yu KK, Charlton Cheung, Chua SE, McAlonan GM: Can Asperger syndrome be distinguished from autism? An anatomic likelihood meta-analysis of MRI studies. J Psychiatry Neurosci 2011; 36(6): 412-421
43. Chiang H-M, Tsai LY, Cheung YK, Brown A, Li H: A Meta-Analysis of Differences in IQ Profiles Between Individuals with Asperger's Disorder and High-Functioning Autism. J Autism Dev Disord 2013
44. AlHumaid J, Gaffar B, AlYousef Y, Alshuraim F, Alhareky M, El Tantawi M: Oral Health of Children with Autism: The Influence of Parental Attitudes and Willingness in Providing Care. Hindawi The Scientific World Journal 2020; 1-9
45. M. Castellaro, S. Musciacchio, M. Seira Ozino: Lenti, sequenziali e costanti Il funzionamento delle persone con autismo. *Hygiene Tribune* edizione italiana anno V n° 1, allegata a *Dental Tribune* edizione italiana anno VIII n° 4, aprile 2013
46. Pagano S, Lombardo G, Coniglio M, Donnari S, Canonico V, Antonini C, Lomurno G, Cianetti S: Autism spectrum disorder and paediatric dentistry: A narrative overview of intervention strategy and introduction of an innovative technological intervention method. *European Journal of Paediatric Dentistry* 2022; 23:54-60
47. Stein LI, Polido JC, Mailloux Z, Coleman GG, Cermak SA. Oral care and sensory sensitivities in children with autism spectrum disorders. *Special Care in Dentistry* 2011; 31(3):102-110
48. Hage SRV, Lopes-Herrera SA, Santos T-HF, Defense-Netvral DA, Martins A, Sawasaki LY, Fernandes FDM: Oral hygiene and habits of

- children with autism spectrum disorders and their families. *J Clin Exp Dent*. 2020; 12(8): e719-e724
49. Cirio S, Salerno C, Mbanefo S, Oberti L, Paniura L, Campus G, Cagetti MG: Use of Visual Pedagogy to Help Children with ASDs Facing the First Dental Examination: A Randomized Controlled Trial. *Children* 2022, 9, 729
 50. Ala Aljubour, Medhat AbdElBaki, Omar El Meligy, Basma Al Jabri and Heba Sabbagh- Effect of Culturally Adapted Dental Visual Aids on Oral Hygiene Status during Dental Visits in Children with Autism Spectrum Disorder: A Randomized Clinical Trial- *Children* 2022; 9,666:1-11
 51. Cagetti MG, Mastroberardino S, Campus S, Olivari B, Faggioli R, Lenti C, Strohmenger L. Dental care protocol based on visual supports for children with autism spectrum disorders. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2015; 20(5):e598-604
 52. Nilchian F, Shakibaei F, Jarah ZT. Evaluation of visual pedagogy in dental checkups and preventive practices among 6-12-year-old children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2017; 47(3):858-864
 53. American Academy of Pedodontics. Policy on Oral Health Care Programs for Infants, Children, Adolescents, and Individuals with Special Health Care Needs. *THE REFERENCE MANUAL OF PEDIATRIC DENTISTRY*, latest revision 2020
 54. Ministero della Salute, Segretariato Generale Ufficio 2. Indicazioni per la presa in carico del paziente con bisogni speciali che necessita di cure odontostomatologiche. Gennaio 2019

ALLEGATI

UOSD di Odontoiatria di Comunità
Presidio ospedaliero “Immacolata Concezione”
via S. Rocco 8, 35028 Piove di Sacco (PD)
Direttore: Dr. Claudio Gallo

Gentili Genitori,

Desideriamo porre alla Vostra attenzione un questionario atto a raccogliere informazioni sulle abitudini di igiene orale di ragazzi e ragazze con Disturbi dello Spettro Autistico.

La raccolta dei dati fa parte di un progetto di studio di durata triennale (2019-2022) in atto presso l’UOSD di Odontoiatria di Comunità di Piove di Sacco, diretta dal dottor Claudio Gallo.

I dati da Voi forniti verranno custoditi e protetti secondo le normative vigenti in materia di privacy e i risultati degli stessi verranno utilizzati esclusivamente in maniera anonima per pubblicazioni scientifiche, con lo scopo di migliorare la prevenzione della salute del cavo orale in queste persone.

In qualunque momento potrà conoscere le informazioni che La riguardano, verificare se sono esatte, integrarle, rettificarle od opporsi al loro trattamento, rivolgendosi all’UOSD di Odontoiatria di Comunità telefonando al numero 049/9718415 dal lunedì al venerdì nelle fasce orarie 8.00-9.00 e 13.00-14.00.
Referente: Dr. Claudio Gallo.

Ringraziando per la Vostra attenzione Vi porgiamo cordiali saluti.

COGNOME DEL/DELLA RAGAZZ*: _____

NOME DEL/DELLA RAGAZZ* : _____

SESSO DEL/DELLA RAGAZZ*: (M) (F)

DATA DI NASCITA DEL/DELLA RAGAZZ*: _____

DIAGNOSI:

- a) Disturbi dello spettro autistico
- b) Sindrome di Asperger/disturbo dello spettro autistico di livello 1
- c) Altro: _____

1) Si lava i denti da solo/a ?

- a) Sì, completamente da solo/a
- b) Sì, ma con supervisione
- c) No, è aiutato da un'altra persona
- d) No, non li lava

2) L'igiene domiciliare presenta delle difficoltà? (Il/la ragazz* ha poca manualità nel lavarsi i denti se lo fa da solo/a; non accetta facilmente che gli si metta lo spazzolino in bocca, ecc..)

- a) No, nessun problema
- b) Sì

Se sì, specifichi quali: _____

3) Quali presidi vengono usati? (*Più risposte possibili*)

- a) Spazzolino manuale
- b) Spazzolino elettrico
- c) Dentifricio
- d) Filo interdentale

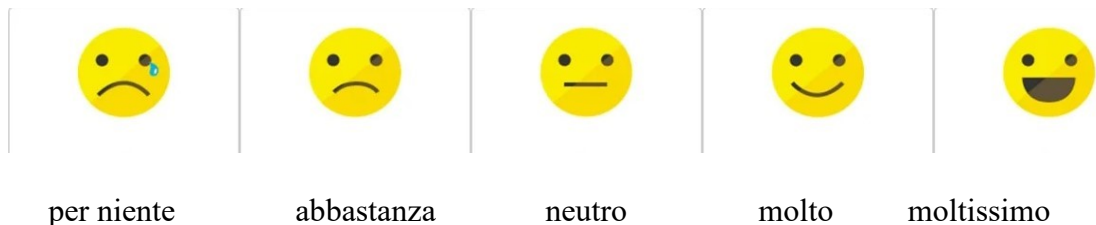
- e) Collutorio
- f) Scovolini
- g) Gel orali
- h) Nessun presidio

4) Avete mai portato il/la ragazz* a fare una o più visite da un professionista (dentista o igienista)?

- a) Sì, è seguito/a in modo continuativo
- b) Sì, ma solo raramente/al bisogno
- c) No

Se no, perché? _____

5) Se sì, gli studi dentistici a cui vi siete rivolti erano adatti ad accogliere ragazz* con disabilità? (presenza di libri, tv, giochi, ecc..)



Spazio per eventuali precisazioni volontarie relative alla domanda 5:

6) Al primo approccio dal dentista vi è stato disagio? Se sì, qual è stata la causa? (*Più risposte possibili*)

- a) Nessun disagio
- b) Rumori

c) Dolore

d) Sapori

e) Il fatto che gli si debba operare in bocca

f) Luce

g) Altro: _____

7) Il disagio è ancora presente? Se sì quale?

a) No

b) Rumori

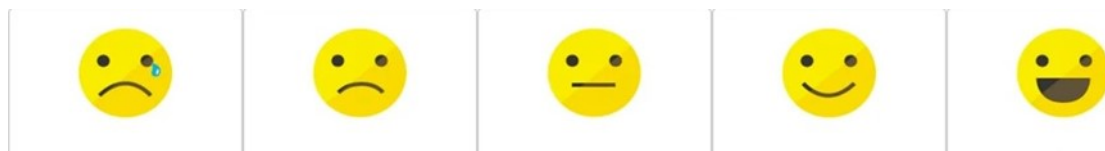
c) Dolore

d) Sapori

e) Il fatto che gli si debba operare in bocca

f) Altro: _____

8) Quanta paura e/o ansia genera nel/nella ragazz* l'idea della visita dal dentista?



Molto forte

forte

moderata

poca

nessuna

9) Durante le visite odontoiatriche è sempre stata necessaria la presenza del genitore/caregiver nella stanza?

- a) Sì, sia in passato che ora
- b) Sì, solo in passato
- b) No

10) Il/la ragazz* ha preferenze riguardo il genere dell'operatore?

- a) Sì, preferisce gli uomini
- b) Sì, preferisce le donne
- c) No, è indifferente

11) Siete a conoscenza di cosa sia la fluoroprofilassi e della sua importanza?

- a) Sì
- b) In parte
- c) No

12) Siete a conoscenza dell'importanza del lavarsi anche la lingua oltre che i denti?

- a) Sì
- b) No

13) Può farvi piacere partecipare a delle eventuali presentazioni formative riguardanti l'igiene orale?

- a) Sì
- b) No

14) Il/la ragazz* frequenta un centro diurno?

- a) Si
- b) No

OPZIONE 1 (SE HA RISPOSTO “SI” ALLA DOMANDA 14):

15) Ritenete che gli operatori dei centri diurni dovrebbero ricevere una formazione riguardante l’igiene orale?

- a) Si
- b) No

OPZIONE 2 (SE HA RISPOSTO “NO” ALLA DOMANDA 14):

15) Ritenete che in futuro il/la ragazz* possa frequentare un centro diurno?

- a) Si
- b) No

2.1 se ha risposto “si” alla domanda precedente:

16) Ritenete che gli operatori dei centri diurni dovrebbero ricevere una formazione riguardante l’igiene orale?

- a) Si
- b) No

