



n. 21 dicembre 2020

NEWSLETTER

SOMMARIO

<i>LETTERA DEL PRESIDENTE</i>	<i>pag. 2</i>
<i>COMMISSIONI SCIENTIFICHE NAZIONALI S.I.O.H.</i>	<i>pag. 4</i>
<i>REGOLAMENTO Commissioni Scientifiche Nazionali S.I.O.H.</i>	<i>pag. 5</i>
<i>NOTIZIE DALLA SEGRETERIA di Elena Pozzani</i>	<i>pag. 7</i>
<i>IL FALLIMENTO PRIMARIO DELL'ERUZIONE di Pamela Armi</i>	<i>pag. 8</i>
<i>COMUNICAZIONE FUNZIONALE SPONTANEA CON SOGGETTI ASD</i>	
<i>di Alberto Faini</i>	<i>pag. 13</i>
<i>LETTERATURA IN ODONTOIATRIA SPECIALE di Paolo Ottolina</i>	<i>pag. 15</i>

COMITATO DI REDAZIONE

Franco Goia (responsabile)

Marco Magi, Paolo Ottolina, Elena Pozzani, Pamela Armi



Qualcosa che intercetta la nostra umanità

Lettera del
Presidente

Cari Soci,

Il 2020, con la sua pandemia (non ancora conclusa), ha generato un'incertezza che ha ridotto le nostre attività, le nostre decisioni, la nostra umanità.

Stiamo vivendo una tendenza alla solitudine e, anche nella SIOH, come in altre Società Scientifiche, di conseguenza, stiamo sperimentando un'umanizzazione mediatica.

Come medici odontoiatri siamo chiamati ad una sfida, come non ci capitava da tempo.

*Anche **Papa Francesco** - che abbiamo incontrato il 19 febbraio di quest'anno, a tal proposito - sostiene che oggi «la grave minaccia [...] è la perdita del senso di vivere» e aggiunge «non domandiamoci cosa possiamo ricevere, ma cosa possiamo dare».*

*Allora, dobbiamo imparare ad accogliere la nostra vulnerabilità, non solo con il suo limite, ma con la **Speranza** (mai sopita) di rivedersi, di mettersi in relazione, come qualcosa che intercetta la nostra umanità. Non si può accettare un mondo senza Speranza e il nostro Codice di Deontologia Medica lo insegna.*

La S.I.O.H. in questo momento di grande criticità è, e deve essere, una realtà presente dando forma al nostro desiderio di Bene. Il programma Culturale del 2021 e le Commissioni Scientifiche che relazioneranno a Padova (in ottobre) al XXI Congresso Nazionale, sono vive testimonianze, sono momenti formativi che riconoscono il nostro lavoro, sono presenze che rincuorano.

A fine anno, permettetemi due ultime considerazioni.

*La prima è rivolta ai nostri pazienti: infatti alcune cure odontoiatriche (compresa la Prevenzione) devono essere considerate **cure sanitarie fondamentali**, e, in quanto tali, parte imprescindibile della salute di ogni persona e non da posticipare alla fine della pandemia. Infatti, sarebbe grande il rischio di compromettere non solo la salute orale, ma anche la salute generale di ogni individuo, a maggior ragione, quando si parla di persone con disabilità!*

*La seconda è una piccola e piacevole riflessione in merito al primo compleanno del **Manuale di Odontoiatria Speciale S.I.O.H.** che manifesta, in questa nostra condivisione, una voglia di rivedere gli Amici/colleghi. Come ho già scritto, questo Libro testimonia il nostro essere, la nostra appartenenza alla S.I.O.H. nella sua parte più profonda.*

Sempre Grazie a tutti e un caro Augurio di un Santo Natale e di un Sereno 2021 a voi e ai vostri cari.

Marco Magi
presidente.sioh@gmail.com



La S.I.O.H. in udienza con il Santo Padre, Papa Francesco, mercoledì 19 febbraio 2020

***Cari Auguri di un Santo Natale ed un Sereno 2021
a tutti i Soci e gli Amici***

Consiglio Direttivo S.I.O.H.



COMMISSIONI SCIENTIFICHE NAZIONALI S.I.O.H.

- 1) *Commissione LIBRO SIOH Manuale di Odontoiatria Speciale*
- 2) *Commissione Formazione e Aggiornamento*
- 3) *Commissione Comunicazione Editoriale*
- 4) *Commissione Malattie Genetiche e Cromosomiche*
- 5) *Commissione Malattie Rare*
- 6) *Commissione aggiornamento letteratura scientifica*
- 7) *Commissione Sito SIOH*
- 8) *Commissione Newsletter SIOH*
- 9) *Commissione di rapporto con le associazioni di Volontariato*
- 10) *Commissione Prevenzione-igiene orale*
- 11) *Commissione Medicina orale*
- 12) *Commissione DSA*
- 13) *Commissione Terza età*
- 14) *Commissione di Clinica in Odontoiatria Speciale*
 - a) *Conservativa ed endodonzia*
 - b) *Protesi*
 - c) *Chirurgia*
 - d) *Ortognatodonzia*
 - e) *Ortodonzia miofunzionale*
- 15) *Commissione anestesia/sedazione/narcosi*
- 16) *Commissione salute orale, malattie metaboliche e immunologiche (microbioma)*
- 17) *Commissione aggiornamento farmacologico ed effetti collaterali ai farmaci in odontoiatria speciale*
- 18) *Commissione Formazione e Aggiornamento ASO in Odontoiatria Speciale*
- 19) *Commissione nuove tecnologie*
- 20) *Commissione Odontoiatria Forense*
- 21) *Commissione assistenza domiciliare*
- 22) *Commissione programmazione assistenza odontoiatrica nel SSN e SSR*
- 23) *Commissione Superiore di Verifica*

REGOLAMENTO Commissioni Scientifiche Nazionali S.I.O.H

a) Le Commissioni Scientifiche Nazionali S.I.O.H. - di seguito indicati con il termine "Commissioni" - resteranno in carica con il mandato di ogni Presidente.

Tutti i Soci S.I.O.H., in regola con la quota associativa, possono farne parte.

b) Le Commissioni Scientifiche hanno funzione consultiva nelle rispettive aree di competenza ed emettono relazioni e documenti di supporto all'attività della S.I.O.H.

c) Le Commissioni Scientifiche non hanno bilancio economico.

d) Esse sono nominate dal Presidente - dopo approvazione del Consiglio Direttivo - e hanno la funzione di esaminare ed approfondire tematiche inerenti il fine associativo.

e) Le Commissioni sono coordinate da un membro del Consiglio Direttivo Nazionale o da altro Socio indicato dal Presidente, meritevole per conoscenza e competenza nell'argomento stesso.

f) Ogni Commissione è composta da almeno cinque componenti ed al suo interno elegge il segretario.

g) Scopo di ogni Commissione sarà sviluppare la tematica della Commissione stessa.

h) Ogni Commissione deve rispettare i canoni di Conflitto di interesse, del Codice Etico e dello Statuto SIOH.

***Approvato all'unanimità sia dal Consiglio Direttivo a
Riccione il 9 febbraio 2019 e sia dall'Assemblea Generale a
Torino SIOH il 29 novembre 2019***

Riccione, 14 dicembre 2020

*Ai Soci S.I.O.H.
Aderenti alle Commissioni Scientifiche*

S.I.O.H.

Loro Sedi – Comunicazione inviata per email

Carissimi tutti,

*consapevoli sempre dello stato attuale di emergenza e criticità del momento, con grande piacere, nel comunicarvi la vostra adesione alle **Commissioni Scientifiche S.I.O.H.**, vi anticipo che diverse Commissioni hanno già iniziato i lavori sia nel tema da sviluppare e sia nei ruoli definiti ad ogni componente della Commissione stessa.*

E' un Progetto che ha, non solo l'importanza del suo scopo, ma il potenziale di avvicinare all'operatività della nostra Società Scientifica (oltre al Direttivo e ai Coordinatori regionali e provinciali) tanti soci/colleghi, giovani e meno giovani, con alte conoscenze e competenze in varie tematiche di Odontoiatria Speciale: una ricchezza che la S.I.O.H. deve riconoscere e non può permettersi di perdere!

Come ogni progetto possiamo, nel tempo, sempre e solo migliorarlo...

Infatti, dopo essere cresciuti fortemente nel numero dei soci e dopo aver promosso e sviluppato il **Manuale di Odontoiatria Speciale** - per valorizzare i tanti colleghi iscritti, giovani e meno giovani, con numerose competenze nella materia dello Special Needs emerge la necessità di approfondire tematiche inerenti gli scopi della nostra Società Scientifica.

Queste **Commissioni Scientifiche Nazionali S.I.O.H.** avranno scopi di ricerca, formazione e aggiornamento e si aggiungono al ricco **Programma Culturale S.I.O.H. 2021**.

Vi allego il **REGOLAMENTO** già approvato all'unanimità in Assemblea a Torino il 29 novembre 2019.

**I LAVORI DELLA COMMISSIONI DOVRANNO PERVENIRE
IN PRESENTAZIONE POSTER ENTRO IL 31 LUGLIO 2021**

a commissioni.sioh@gmail.com

**e saranno presentati come COMUNICAZIONE LIBERA a Padova nell'autunno 2021
al prossimo XXI Congresso Nazionale S.I.O.H.**

**VI RICORDIAMO CHE PER PARTECIPARE AI LAVORI DELLE COMMISSIONI E PRESENTARE
I LAVORI AL PROSSIMO CONGRESSO NAZIONALE - COME DA REGOLAMENTO -
SARA' NECESSARIO ESSERE IN REGOLA CON LA QUOTA ASSOCIATIVA S.I.O.H.**

**Una grande opportunità di lavoro culturale/educativo dentro la nostra Società
Scientifica!**

Ringraziandovi per l'attenzione, rimango sempre a vostra disposizione per ogni
chiarimento.

Un caro saluto e Grazie a tutti

Marco Magi

presidente.sioh@gmail.com .

NOTIZIE DALLA SEGRETERIA



PROGRAMMA CULTURALE S.I.O.H. 2021 PROVVISORIO

A cura di:

Elena Pozzani

1 febbraio 2021

Quarta Giornata Nazionale dell'Odontoiatria Speciale SIOH

Riccione, 19-20-21 marzo 2021

6^a Convention SIOH del Consiglio Direttivo (aperto al Consiglio Direttivo ed allargato a coautori del Libro SIOH)

Referente Marco Magi

Torino, 27 marzo 2021

3^o Convegno regionale Piemonte S.I.O.H.

Referente Simone Buttiglieri (Franco Gola, Paolo Appendino)

L'Aquila, 10 aprile 2021

3^o Convegno regionale S.I.O.H. Abruzzo

Referenti Tommaso Cutilli, (Giuliano Ascani, Gianni Di Girolamo)

Piacenza, 17 aprile 2021 (DA CONFERMARE)

Convegno regionale S.I.O.H. Emilia Romagna

Referenti Aldo Oppici, Carlo Fornaini (Anna Maria Baietti, Paola Morgagni)

Milano, 22-23-24 aprile 2021

Collegio dei Docenti Universitari di Discipline Stomatologiche

Referenti Fausto Assandri, Angelo Giampaolo, Paolo Ottolina, Roberto Rozza, Marco Magi

Ancona, 8 maggio 2021 (DA CONFERMARE)

Convegno regionale S.I.O.H. Marche

Referenti Alessandra Nori, Daniele Gianfelici

Varese, 15 maggio 2021 (DA CONFERMARE)

Convegno Nazionale S.I.O.H.

Referenti Lucia Tettamanti, Angelo Giampaolo, Fausto Assandri, Paolo Ottolina, Roberto Rozza, Marco Magi

Rimini, 20-21-22 maggio 2021

Stand S.I.O.H. Exponential Meeting

Referente Marco Magi

Sassari, 5 giugno 2021 (DA CONFERMARE)

Convegno regionale Sardegna S.I.O.H. - A.N.D.I. (Sassari)

Referenti Angelo Giampaolo, Paolo Viridis

Maratea (Pz), giugno 2021 (DA CONFERMARE)

Convegno regionale S.I.O.H. Basilicata

Referenti Antonio Lauria, (Gianna Dipalma)

Bari, 8-9-10 settembre 2021

3^o Congresso Internazionale

Università degli Studi di Bari

Referente Francesco Inchingolo

Riccione, 24-25 settembre 2021

Congresso Scientifico Nazionale Andi

Sessione Fondazione ANDI onlus - SIOH

Referente Marco Magi

Padova, 7-8-9 ottobre 2021

XXI CONGRESSO Nazionale S.I.O.H.

Referenti Elena Pozzani, Oscar Pagnacco, Marco Magi



27° CONGRESSO NAZIONALE

COLLEGIO DEI DOCENTI UNIVERSITARI
DI DISCIPLINE ODONTOSTOMATOLOGICHE

NUOVE TECNOLOGIE
DALLA RICERCA ALLA CLINICA



"Nessun effetto è in natura senza ragione" Leonardo Da Vinci

Per vedere le Relazioni del 27° Collegio dei Docenti (anno 2020)
andare su www.cduo.it e registrarsi.

PRIMARIO FALLIMENTO DELL'ERUZIONE

(Primary failure of eruption-PFE)

A cura di:

Pamela Armi

DESCRIZIONE ED EPIDEMIOLOGIA

Il fallimento primario dell'eruzione dentale (Primary failure of eruption - PFE), è una rara anomalia di eruzione dentale con prevalenza dello 0,06%¹ che è stata descritta, clinicamente, per la prima volta da Proffit and Vig nel 1981², come una eruzione incompleta di un dente inizialmente non in anchilosi, nonostante la presenza di un percorso di eruzione senza ostacoli ostruttivi.

Secondo Proffit Il fallimento primario dell'eruzione può colpire sia la dentatura decidua che permanente, gli elementi dentali possono inizialmente erompere sul piano occlusale e poi cessare la loro eruzione in futuro. La PFE più spesso coinvolge i denti posteriori e determina un morso aperto dentale posteriore monolaterale o bilaterale, solitamente tutti i denti distali al primo affetto da PFE presentano poi in futuro la stessa anomalia. Una revisione sistematica della letteratura di Marcel Hanisch del 2018 conferma che in letteratura, ad oggi, non sono descritti casi di PFE su denti diversi da molari e premolari permanenti e che l'anomalia può colpire anche i denti decidui³. Il fallimento primario dell'eruzione si presenta su denti con morfologia normale che hanno un disturbo del processo eruttivo e non sono in grado di raggiungere il piano occlusale.

Mentre nell'anchilosi dentale si verifica una fusione di cemento o dentina con l'osso alveolare a causa di cambiamenti cellulari nel legamento parodontale, si evidenzia un infraocclusione del dente in anchilosi con inclinazione dei denti contigui che proseguono nel loro processo eruttivo⁴. Un dente con fallimento primario dell'eruzione sottoposto alle forze ortodontiche di estrusione va in anchilosi⁵.

Nel 2007 Frazier-Bowers SA e coll. hanno clinicamente classificato il fallimento primario dell'eruzione in tre differenti tipi: PFE di tipo I dove tutti i denti affetti mostrano la stessa mancanza di potenziale eruttivo ; PFE di tipo II in cui i denti distali al primo mesiale affetto mostrano una minore mancanza di potenziale eruttivo, anche se è presente comunque minore altezza sul piano occlusale e morso aperto laterale; PFE tipo III pazienti affetti insieme dal tipo I e tipo II⁶.

EZIOLOGIA ED EZIOPATOGENESI

Secondo Ganiga e coll. nel 2019⁵ ancora la causa del fallimento primario dell'eruzione non è ben chiara ma sicuramente vi è una eziologia genetica alla base di questa anomalia. Baccetti già nel 2000¹ definiva il fallimento primario di eruzione come una rara anomalia dentale di eruzione ad eziologia genetica autosomica dominante e non sindromica grazie ad un'analisi delle prevalenze di altre anomalie dentali in un gruppo di soggetti con PFE del primo e del secondo molare permanente, rispetto ad un gruppo controllo di soggetti senza PFE.

L'associazione statisticamente significativa tra PFE ed altre anomalie dentali dimostrava una comune causa biologica delle stesse, strettamente legata ad un'influenza genetica. Successivamente nel 2006 una revisione sistematica della letteratura di Sofi a Ahmad e coll.⁷ conferma l'ipotesi di una sostanziale eziologia genetica, sia per l'associazione della

PFE ad altre anomalie, come asserito in passato da Baccetti ,sia per la presenza di una forte familiarità nell'espressività fenotipica dell'anomalia. Anche Marcel Hanisch nell'ultima revisione sistematica della PFE del 2018 ritrova un alta percentuale di casi di familiarità nei pazienti analizzati nei vari studi in letteratura sino ad allora³.

Infine, la recente scoperta che la mutazione di un gene che codifica per il recettore dell'ormone paratiroideo 1 (PTH1R) è responsabile per i casi familiari di fallimento primario di eruzione suggerisce e conferma una eziologia genetica dell'anomalia stessa⁸. La perdita di funzionalità del recettore dell'ormone paratiroideo 1 (PTH1R) è associata a PFE nell'uomo. Il PTH1R è una proteina recettore che si lega con eguale affinità all'ormone paratiroideo (PTH1R) e al peptide correlato al paratormone (PTHrP) .

Durante lo sviluppo dentale il PTH1R è espresso nel mesenchima dentale e nell'osso alveolare in stretta vicinanza alle gemme dei denti, mentre il PTHrP è più espresso nel follicolo dentale. La regolazione autocrina di PTHrP e del suo recettore PPR è critica durante la differenziazione delle cellule del follicolo dentale e permette la corretta formazione dell'apparato di attacco parodontale, che determina a sua volta la formazione della radice e l'eruzione dentale. In uno studio che utilizza come modelli i topi con PFE l'assenza di attivazione di segnale PPR nelle cellule del follicolo dentale PTHrP+ determina malformazioni della radice dentale associate ad una minore eruzione dentale⁸.

DIAGNOSI E DIAGNOSI DIFFERENZIALE

Si sospetta diagnosi di fallimento primario di eruzione in presenza di un elemento dentale con completo fallimento del processo di eruzione, o con interruzione di un iniziale percorso di eruzione e non sono presenti evidenti fattori locali o sistemici che possono causarlo⁷.

Per fattori locali che determinano una mancata eruzione dell'elemento dentale si intende ostacoli al normale percorso di eruzione quali, per esempio, può essere la ritenzione di dente deciduo, denti sovranumerari o fibrosi gengivale⁵.

Mentre per fattori sistemici che entrano in diagnosi differenziale con la PFE, si intendono quei quadri di alterazione ormonale o quelle sindromi in cui si ha una alterazione o una mancanza di eruzione degli elementi dentali, tipo ad esempio la displasia cleidocranica, osteopetrosi, la sindrome di Rutherford⁵ e la sindrome GAPO³. Inoltre, recenti studi hanno dimostrato una associazione tra una mutazione del gene PTH1R e PFE, dove la mutazione è presente in molti soggetti che mostrano PFE della stessa famiglia⁹.

Escluse le cause locali o sistemiche, una incompleta o mancante eruzione di un elemento dentale può esser dovuta ad un fallimento primario dell'eruzione (PFE) o ad un singolo dente in anchilosi/fallimento del meccanismo di eruzione (MFE). In uno studio retrospettivo del 2016⁹, Geetanjali Sharma e coll., dall'analisi della letteratura di 10 anni , sviluppano una serie di criteri diagnostici per la diagnosi differenziale tra PFE e MFE.

La diagnosi di PFE si ottiene in base a dei criteri diagnostici clinici quali: la presenza dell'anomalia principalmente nei settori dentali posteriori; la presenza dell'anomalia solitamente a tutti i denti posteriori al primo dente anteriormente colpito; la presenza di un morso aperto latero-posteriore e la mancata risposta dei denti con PFE alle forze ortodontiche. L'anchilosi dentale/MFE è una anomalia dentale che si presenta simile alla PFE tipo II ma solitamente colpisce un singolo dente ed i denti distali a quello colpito non

sono affetti, si evidenzia una inclinazione dei denti accanto e una sovra-eruzione dei denti opposti nello spazio lasciato libero dal dente infraoccluso.

Clinicamente, se il test della percussione è effettuabile perché il dente è abbastanza erotto, il dente in anchilosi presenta un suono metallico sordo.

Radiograficamente, in caso di anchilosi, vi è la comparsa di una relativa sommersione dell'elemento dentale da parte dei settori adiacenti, non si vede un chiaro percorso di eruzione e si evidenzia una focale oblitterazione dello spazio del legamento parodontale o un riassorbimento della superficie della radice.

Utilizzare dei validi criteri diagnostici porta ad una corretta diagnosi differenziale tra PFE e MFE dei molari permanenti permettendo poi di scegliere una giusta strategia terapeutica. Infatti in presenza di un MFE, a differenza che in un caso di PFE, possiamo avere un buon successo terapeutico estraendo il dente all'età giusta o lussando il dente e poi facendo una terapia ortodontica di allineamento⁹.

Molto spesso la diagnosi di PFE è retrospettiva e si ha o dopo l'eruzione del secondo molare permanente oppure, in casi non accuratamente diagnosticati, si ha purtroppo diagnosi di PFE per un fallimento della trazione ortodontica che porta all'anchilosi del dente.

TRATTAMENTO

Il trattamento PFE è particolarmente stimolante quanto particolarmente difficile. Le opzioni terapeutiche sono limitate e complicate dal fatto che spesso la diagnosi dell'anomalia fa molto affidamento sul criterio dell'esclusione, cioè arriva alla diagnosi qualora tutti gli altri possibili fattori causali della mancata eruzione del dente siano stati considerati ed eliminati⁹.

Come emerge da una rassegna sistematica della letteratura del 2018 di Lale Hanisch³, negli ultimi anni, di grande aiuto nella diagnosi è l'indicazione ad effettuare il test genetico per la mutazione del gene PTH1R, qualora si sospetti un PFE e prima di iniziare un trattamento ortodontico per evitare un fallimento dello stesso ed una anchilosi del dente. Nel 2018 anche Grippaudo e coll.¹⁰ sottolineano l'importanza di affiancare alla diagnosi clinica il test genetico per la mutazione del gene PTH1R, sia per una diagnosi precoce, sia come alert per uno screening dei potenziale relativi affetti da PFE, in modo da programmare correttamente il trattamento terapeutico evitando inutili lunghe terapie che portano al fallimento ed al danno iatrogeno.

Il trattamento deve poi essere individualizzato al paziente tenendo conto della sua età e delle sue condizioni cliniche orali e generali³.

Non effettuare nessun trattamento accettando la posizione degli elementi dentali affetti da PFE, può essere spesso la scelta terapeutica migliore, asseriscono Geetanjali Sharma e coll. in uno studio del 2016⁹.

Infine le opzioni terapeutiche che si ritrovano in letteratura possono essere le seguenti:

- una trazione ortodontico chirurgica dei denti affetti non è un trattamento di successo perchè determina, come già detto, l'anchilosi degli stessi e l'intrusione degli elementi contigui per perdita di ancoraggio;

- l'estrazione dei denti affetti ed il riposizionamento protesico che però deve tener conto che la estesa perdita d'osso possa rendere necessario un innesto osseo prima del posizionamento dell'impianto;
- osteotomia ossea localizzata e estrusione ortodontica dell'intero segmento per riportare i denti in occlusione, ma che in letteratura ha mostrato una limitata evidenza di successo;
- osteotomia di un segmento osseo qualora PFE colpisca più elementi dentali e successivo innesto di osso tra il segmento portato in occlusione e osso alveolare basale;
- ricostruzione coronale o onlay dei denti affetti nella PFE di tipo II può portare ad una occlusione accettabile ma deve essere effettuata una volta cessata la crescita verticale del paziente;
- la realizzazione di una protesi rimovibile da mettere sopra i denti affetti può essere predittiva nel raggiungere una buona occlusione;
- - infine una osteogenesi con distrattore osseo per portare i denti in posizione migliore sul piano occlusale e poi effettuare una riabilitazione protesica⁹.

L'articolo con la bibliografia allegata è anche pubblicato sul sito www.sioh.it

Per la prima volta in 700 anni di storia l'[Università Sapienza di Roma](http://www.sioh.it) ha un Magnifico [Rettore](#) donna: **Antonella Polimeni**. L'attuale preside della Facoltà di Medicina e chirurgia dell'ateneo ha vinto le elezioni e prende il posto di un altro medico, Eugenio Gaudio.

Il Presidente e tutta la S.I.O.H. esprimono le più vive congratulazioni alla Prof.ssa Polimeni per la prestigiosa nomina con un caro Augurio di Buon lavoro!



COMUNICAZIONE FUNZIONALE SPONTANEA CON SOGGETTI ASD

A cura di:

Alberto Faini

I disturbi dello spettro autistico sono disturbi neuroevolutivi su base genetica ad insorgenza precoce e interessamento multisistemico (intestinale, immunitario, etc.) che tendono a permanere lifetime e con un'ampia comorbidità.

L'anamnesi dei primi anni non è facile perchè la modificazione del quadro autistico è in relazione all'ambiente; lo sviluppo o comorbidità si accompagna a disturbi psicopatologici e nell'età adulta la disabilità intellettiva modifica il quadro di presentazione psicopatologica.

La popolazione adulta sfugge ad una corretta diagnosi e ad un giusto intervento. I disturbi dell'umore, di ansia, di panico, di attenzione e iperattività, disturbi da uso di sostanze (ansiolitiche o disinibenti) sono piuttosto frequenti e cooccorrenti.

La premessa preliminare all'approfondimento di questa tematica è che **ad oggi esiste pochissima letteratura scientifica** proveniente da ricerche quantitative o di coorte alle quali riferirci se vogliamo approfondire il campo dell'Autismo.

Per quanto riguarda gli studi randomizzati, sono state osservate 359 variabili differenti su 400 studi; solo il 5% degli studi usano la stessa variabile mentre nel 69% degli stessi la variabile viene usata 1 sola volta e senza conferme successive.

E' presente invece una scarsa letteratura che fa prevalentemente riferimento alle diverse esperienze che gli operatori del campo sanitario e non solo, applicano giornalmente nel loro lavoro a contatto diretto con i differenti casi di autismo. Si tratta in questo caso di approfondimenti e letteratura con ricerche qualitative.

Il secondo caposaldo al quale riferirsi è che **non esiste un carattere genotipico e fenotipico unico per l'autismo**; le ricerche e la letteratura attuale ci portano a concludere che ogni forma di autismo è un caso a sè.

Si parla di " autismi" perché per ora sono stati individuati un centinaio di geni responsabili e anche a livello fenotipico ogni autismo si manifesta con una sua caratterizzazione specifica.

Possiamo essere ottimisti ed avventurarci in una lettura positiva del futuro rispetto alla possibilità di conoscere in modo approfondito la fisiopatologia e il quadro sindromico maggiormente comune di questa patologia, apparentemente di recente insorgenza, ma che sembra aumentare la propria incidenza molto velocemente. Attualmente pare sia positivo potersi concentrare sulla individuazione e approfondimento delle concause che incidono sulla sua manifestazione, anche perché l'autismo e la schizofrenia esibiscono fenotipi opposti e parzialmente sovrapposti che possono rappresentare un continuum della malattia, per poterla diagnosticare più precocemente.

Ci sono scuole di pensiero che sostengono l'esistenza di una **specie di sindrome del neurosviluppo** che porta all'autismo e alla psicosi perché dipendono dallo stesso gene anche se poi nel tempo si sviluppa un diverso fenotipo. L'autismo potrebbe essere visto come un ponte fra queste due dimensioni, nella risonanza infatti si vede il coinvolgimento

di alcune aree cerebrali uguali. Nella realtà la genetica non segue modelli categoriali, ma nella stessa famiglia la transcategorialità porta a manifestazioni diverse. Importante avere ben chiaro che sebbene vi siano alcune basi genetiche e endofenotipiche comuni, ASD e psicosi sono diverse.

Combattere l'autismo con la ricerca di varianti genetiche e soluzioni biomediche potrebbe essere meno utile che riconoscere la complessità del neuro sviluppo fornendo l'istruzione più efficace e servizi di supporto che fanno le maggiori differenze nelle vite delle persone autistiche fin dall'infanzia all'età adulta.

Dato che la visione sociale e politica sulle persone con ID e ASD è cambiata e, negli ultimi 20 anni, questo processo si è ulteriormente approfondito e che la Dichiarazione Universale dei diritti umani (1948) e la Dichiarazione dei diritti delle persone con ritardo mentale (1971) hanno specificato cosa significhino uguaglianza e diritti fondamentali per le persone con ID e ASD, si è giunti alla conclusione che grazie ai costrutti emergenti di Qualità della vita è possibile integrare le dinamiche del desiderio personale (soggettivo) e delle condizioni di vita oggettive. Il costrutto di **Qualità della vita** è diventato il collegamento fra valori generali riflessi nei diritti sociali e la vita personale dell'individuo, oltre che il veicolo mediante il quale l'uguaglianza riferita all'individuo, l'empowerment e la soddisfazione di vita possono essere compresi e rafforzati (Brown, 1996; Schalock, Gardner, e Bradley, 2007; Shogren et al., 2009).

In tema di Qualità della vita va ricordato come, a livello internazionale, nel 2002 (Special Issue di Mental Retardation dell'AAMR) si è giunti, mediante una consensus conference, a condividere un modello di riferimento per tutti gli operatori del settore della disabilità.

Anche nel nostro Paese dall'inizio degli anni 2000 è invalsa la pratica di costruire il progetto di vita per la persona con ID e ASD all'interno degli otto domini di Qualità della vita, tra cui per esempio: benessere fisico, benessere materiale, benessere emozionale, sviluppo personale, inclusione sociale, autodeterminazione, relazioni interpersonali, diritti.

E' necessario approfondire le caratteristiche di tutti gli strumenti educativi e i tipi di comunicazione possibili con i soggetti ASD per poter avviare una comunicazione funzionale spontanea e mettere in campo tutte le risorse possibili al fine di prendersene cura. Lavorare con la cronicità comporta infatti l'esperienza del rimanere a lungo in un contesto che richiede costantemente la capacità di doversi interfacciare con situazioni estremamente complesse dal punto di vista emotivo, sia per la gestione della persona con ID e ASD sia per le reazioni dei colleghi e dei familiari.

Dato che il primo assioma della comunicazione é che ogni atto é comunicazione, noi siamo responsabili della nostra comunicazione. La comunicazione é la capacità di trasmettere un messaggio in modo tale che chi lo riceve metta in atto un comportamento. L'importante è che il comportamento che vogliamo ottenere sia noto prima a noi stessi. Favorire la comunicazione significa aprirsi al dialogo e permettere un apprendimento superiore che avviene a livello emozionale.

Siamo consci che esistono dei linguaggi silenziosi, che non hanno bisogno del parlato.

Alberto Faini

Infomedix Odontoiatria Manager

Negli scorsi giorni, dopo una faticosa battaglia contro il Covid, ci ha lasciato il Professor **Lucio Moderato, Direttore dei Servizi Innovativi per l'autismo di Fondazione Istituto Sacra Famiglia.**

Ho avuto la fortuna di conoscere Lucio tanti anni fa e di seguire i suoi corsi sui Disturbi dello Spettro Autistico.



La sua competenza e la sua capacità di rendere semplice anche il concetto più complesso ha consentito a tutti noi di crescere come persone e come professionisti, migliorando il nostro approccio a questi pazienti così speciali.

La stima di chi l'ha conosciuto non è legata solo al fatto che Lucio sia diventato una delle figure più importanti a livello nazionale, ma soprattutto al difficile percorso, che solo la sua tenacia gli ha consentito.

Il nostro pensiero va ora a Lucio, ai suoi affetti e a tutte le famiglie dei “suoi ragazzi”, che si troveranno ora decisamente più sole nel continuare il loro cammino.

Paolo Ottolina



Il Manuale si compone dell'esperienza di 150 professionisti e affronta in modo razionale ed esaustivo, la prevenzione, la diagnosi e la terapia nella relazione con il paziente fragile nei suoi vari gradi di collaborazione.

Un Manuale che vuole poter rendere sempre più etico, efficiente, efficace e responsabile l'operato di chi si occupa della salute orale dei pazienti con fragilità. Un apporto scientifico ed umano teso alla formazione e all'aggiornamento per tutti i colleghi, giovani e meno giovani, che operano sia nelle istituzioni sanitarie pubbliche e sia agli Odontoiatri che lavorano in ambito privato.

LETTERATURA IN ODONTOIATRIA SPECIALE

Mac Giolla Phadraig C., Farag M., McCallion P., Waldron C., McCarron M.

A cura di
Paolo Ottolina

THE COMPLEXITY OF TOOTH BRUSHING AMONG OLDER ADULTS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES: Findings from a nationally representative survey

Disabil Health J. 2020 Oct;13(4):100935.doi: 10.1016/j.dhjo.2020.100935. Epub 2020 May 11.

“Questo studio parte dal presupposto che gli adulti con disabilità intellettive e dello sviluppo hanno un livello di igiene orale inadeguato e cattive condizioni di salute orale. Una migliore comprensione dei loro comportamenti nelle abitudini di igiene orale potrebbe dar luogo all'ottenimento di strategie più adeguate. Esso è uno studio basato su un campione trasversale della terza sessione del supplemento sulla disabilità intellettiva a The Irish Longitudinal Study on Aging (IDS-TILDA) intrapreso nel 2016 e 2017. Sono stati presi in esame la frequenza dell'igiene orale, il livello di supporto all'igiene, il tipo di spazzolino utilizzato e, per un sottocampione, anche la tecnica di spazzolamento. Il test chi quadrato di Pearson è stato adottato per l'analisi bivariata.

Il campione di 609 soggetti aveva un'età media di 59,7 anni (DS=8,8). L'88,4% (536 soggetti) ha riportato almeno una seduta di igiene orale quotidiana. La maggior parte dei soggetti non edentuli ha riferito di utilizzare spazzolini da denti tradizionali (75,9%), mentre una minoranza ha affermato di utilizzare spazzolini elettrici (9,6%) o modificati (5,9%); inoltre, mentre il 4,1% non utilizza alcun presidio, il 4,5% dice di utilizzare “altro” (collutori, spugne, schiume, tamponi...). Dei 505 che hanno dichiarato di lavarsi i denti, 245 (48,5%) sono autonomi nelle manovre, 127 (25,2%) risultano essere totalmente dipendenti da un'altra persona e 133 (26,3%) hanno segnalato un parziale supporto nell'igiene quotidiana; di questi, 52 soggetti (40,0%) è stato supervisionato, motivato o incoraggiato, 36 soggetti (27,7%) hanno dichiarato di usare la tecnica “*Hand on hand*”, mentre 31 (23,8%) utilizzano la tecnica “*Brush after brush*”.

Se è stata riscontrata un'associazione tra l'assistenza e il tipo di spazzolino da denti utilizzato ($p < 0,001$), non lo è stata tra assistenza e frequenza di spazzolamento ($p > 0,05$).

Si può concludere che il complesso e variegato quadro, composto da attività di supporto all'igiene, tipi di spazzolini da denti e tecniche utilizzate, indica la necessità di piani di assistenza individuale, al fine di migliorare la situazione complessiva, relativa all'igiene orale della popolazione presa in esame.”



S.I.O.H.

(Società Italiana di Odontostomatologia per l'Handicap)

Per DIVENTARE SOCI:

- www.sioh.it
- Diventare soci
- compilare domanda di iscrizione, privacy, ecc
- inviare a tesoreria.sioh@gmail.com
- quota associativa € 100,00 con bonifico Unicredit cod. IBAN IT 18 M 02008 37070 000010664770 causale: nuovo socio anno

Per RINNOVARE la quota di iscrizione

Quota Associativa € 100,00
 Inviare bonifico a
 Unicredit codice IBAN:
 IT 18 M 02008 37070 000010664770
 Causale: Nome e Cognome
 Quota Associativa Anno