



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**IL DISTURBO DELLO SPETTRO
AUTISTICO NELL'ETÀ EVOLUTIVA:
UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA
SULLE SPECIFICITÀ ASSISTENZIALI**

**AUTISM SPECTRUM DISORDER IN
CHILDHOOD: A REVIEW OF THE
LITERATURE ON CARE SPECIFICS**

Relatore:
Dott. Francesco Galli

Tesi di Laurea di:
Letizia Severini

A.A. 2024/2025

*"La tua sensibilità unica ha lasciato un segno profondo nella mia vita;
anche se la tua assenza ha portato un dolore immenso
è proprio da quella ferita che ho imparato a rinascere.*

Continui a vivere in ogni passo che faccio."

A mio zio Marco

INDICE

1. INTRODUZIONE	1
1.1 Background	10
2. OBIETTIVO	13
3. MATERIALI E METODI	14
3.1 Disegno dello studio.....	14
3.2 Criteri di inclusione.....	14
3.3 Criteri di esclusione.....	14
3.4 Strategia di ricerca.....	15
3.5 Estrazione dei dati.....	16
3.6 Screening dei dati.....	16
4. RISULTATI	18
4.1 Caratteristiche degli studi inclusi.....	18
4.2 Principali interventi utilizzati dagli studi selezionati.....	19
5. DISCUSSIONE	30
5.1 Implicazioni per la pratica.....	33
5.2 Limiti.....	33
6. CONCLUSIONI	35

BIBLIOGRAFIA

ABSTRACT

Introduzione

I disturbi dell'età evolutiva comprendono una vasta gamma di condizioni neuropsichiatriche che emergono durante l'infanzia o l'adolescenza, influenzando lo sviluppo cognitivo, emotivo e sociale del bambino; tra questi il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) rappresenta una condizione neuro-evolutiva che interessa principalmente lo sviluppo della comunicazione, delle relazioni sociali e del comportamento. I soggetti con ASD possono avere difficoltà a comprendere e usare il linguaggio verbale e non verbale, a instaurare rapporti sociali e a gestire emozioni e situazioni nuove. Questa revisione ha l'obiettivo di indagare quali siano gli interventi assistenziali più indicati nell'assistenza a bambini e adolescenti con ASD, con lo scopo di implementare nella pratica clinica strategie assistenziali efficaci, riducendo stress, ansia e comportamenti oppositivi nel bambino.

Materiali e metodi

È stata effettuata una ricerca libera tramite Google Scholar con le principali parole chiave selezionate, successivamente è stata consultata la banca dati MEDLINE tramite PubMed con l'utilizzo di specifici termini MeSH al fine di reperire evidenze scientifiche pertinenti sulle strategie da adottare nell'assistenza al bambino e/o all'adolescente con ASD.

Risultati/Analisi

Nella revisione sono stati inclusi sei studi dei quali due sono studi secondari di revisioni della letteratura e gli altri quattro sono studi primari di tipo osservazionale quantitativo o qualitativo. I risultati evidenziano che nell'assistenza al bambino-adolescente con ASD le principali strategie assistenziali maggiormente efficaci riguardano:

- L'assistenza centrata sul bambino-adolescente (strumenti di comunicazione aumentativa e visiva, creazioni di routine prevedibili, tecniche di gestione comportamentale positiva).
- Il coinvolgimento della famiglia.

- Le modifiche ambientali (riduzione del rumore, illuminazione modulabile e spazi calmi).
- La formazione e competenza del team sanitario (istruzione continua).
- I protocolli specifici (procedure perioperatorie).
- La comunicazione interprofessionale (operatori sanitari e scolastici).

Discussione/Conclusioni

In conclusione, tutte queste specificità assistenziali, se correttamente considerate e combinate insieme nell'assistenza a bambini e adolescenti con ASD, sono in grado di generare miglioramenti significativi del benessere, della cooperazione e della sicurezza nel rispetto dei bisogni individuali.

Tuttavia sono necessari ulteriori studi per valutare l'efficacia a lungo termine di interventi personalizzati e identificare nuovi approcci per ottimizzare l'assistenza ai bambini con ASD in diversi setting di cura di tipo ospedaliero e territoriale.

Parole chiave

“Disturbo dello Spettro Autistico”, “ASD”, “bambini”, “adolescenti”, “interventi infermieristici”, “cure infermieristiche”, “supporto infermieristico”, “interventi”.

1. INTRODUZIONE

La neuropsichiatria infantile si occupa di persone in età evolutiva con un approccio chiamato “*developmental*”, poiché considera la complessità correlata all'accrescimento e allo sviluppo intellettuale unitamente al disturbo o al disagio psichico presente (Badon et al., 2023).

La World Health Organization (WHO) differenzia le linee evolutive dei disturbi del neurosviluppo in due tipologie di continuità; una linea definita omotipica, cioè caratterizzata da un disturbo che si manifesta precocemente e che mantiene gli stessi tratti durante la crescita e lo sviluppo e un'altra linea definita eterotipica, caratterizzata dalla presenza di un determinato disturbo che presenta tratti differenti, pur conservando la stessa matrice, nelle fasi successive rispetto a quelle più precoci di comparsa (WHO, 2013).

L'età evolutiva, comprendente infanzia e adolescenza, rappresenta un periodo critico per lo sviluppo neuropsicologico e socio-affettivo dell'individuo in cui si manifesta la maggior parte dei disturbi psichiatrici, spesso in modo insidioso e sottosoglia; infatti, la letteratura scientifica mostra che circa la metà di tutte le diagnosi psichiatriche nella vita adulta ha inizio prima dei 18 anni (Kessler et al., 2005).

I disturbi dell'età evolutiva vengono suddivisi in diverse categorie tramite la classificazione nosografica proposta nel Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM-5) (APA, 2013) e comprendono:

- **Disturbo da Deficit dell'Attenzione ed Iperattività (ADHD)**

È un disturbo del neurosviluppo caratterizzato da un persistente pattern di disattenzione e/o iperattività-impulsività che interferisce negativamente con il funzionamento sociale, scolastico o lavorativo. I sintomi di disattenzione includono la difficoltà a mantenere l'attenzione ai dettagli e frequenti distrazioni; mentre i sintomi di iperattività-impulsività comprendono l'eccessiva attività motoria, l'incapacità di stare fermi, l'agire senza pensare e l'interrompere gli altri.

I criteri diagnostici prevedono che debbano essere presenti almeno sei sintomi su nove per ciascuna area; quindi, in totale vengono elencati diciotto sintomi suddivisi in area

della disattenzione e area dell'iperattività, per almeno 6 mesi e con intensità inappropriata per lo sviluppo, con esordio prima dei 12 anni; questi sintomi interferiscono significativamente con il funzionamento sociale o lavorativo. Esistono diversi sottotipi di questo disturbo, che vengono suddivisi in base ai criteri diagnostici presenti:

- Combinata, in cui vengono soddisfatti i criteri sia per la disattenzione che per l'iperattività-impulsività;
- Presentazione disattenta predominante, in cui vengono soddisfatti solo i criteri di disattenzione;
- Presentazione iperattiva-impulsiva predominante, in cui vengono soddisfatti solo i criteri di iperattività-impulsività.

Il disturbo mostra una traiettoria evolutiva complessa, mentre in alcuni casi si assiste a una remissione parziale o completa dei sintomi nella maggior parte dei soggetti i sintomi persistono in forma attenuata influenzando negativamente l'adattamento sociale, lavorativo e relazionale. Inoltre il DSM-5 fornisce stime epidemiologiche specifiche, cioè l'ADHD colpisce circa il 5% dei bambini mentre negli adulti la prevalenza diminuisce fino al 2,5% (APA, 2013).

- **Disabilità Intellettiva**

Viene definita come un disturbo con esordio nel periodo dello sviluppo che comprende deficit nel funzionamento intellettuale e adattivo; il deficit delle funzioni intellettive come ragionamento, risoluzione dei problemi, pianificazione, pensiero astratto, capacità di giudizio, apprendimento scolastico e apprendimento dall'esperienza, deve essere confermato sia da una valutazione clinica sia da test di intelligenza standardizzati. I deficit adattivi, senza un supporto costante, limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana come la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita autonoma, in molteplici ambienti quali la casa, la scuola e il lavoro.

La diagnosi di disabilità intellettiva presenta quattro livelli di gravità: lieve, moderata, grave ed estrema; questo livello non viene stabilito sulla base del quoziente intellettivo ma sulla base del funzionamento adattivo che viene valutato in tre ambiti differenti che sono concettuale, sociale e pratico. Il ritardo nelle tappe dello sviluppo motorio, del linguaggio e sociale può essere identificabile entro i primi due anni di vita nei bambini

con disabilità intellettiva grave, mentre il disturbo di grado lieve può non essere identificabile fino all'età scolare quando le difficoltà di apprendimento scolastico diventano evidenti.

Secondo le stime dell'*American Psychiatric Association* (APA) circa l'1% della popolazione ha una disabilità intellettiva, tuttavia il tasso può variare in funzione dell'età e dei criteri utilizzati dall'1% al 3% (APA, 2013).

- **Disturbi Specifici del Linguaggio (DSL)**

Questi disturbi sono caratterizzati da deficit persistenti come difficoltà nell'acquisizione e nell'uso del linguaggio attraverso diverse modalità (parlato, scritto, gestuale o altro) dovute a deficit di comprensione o produzione; si possono identificare diverse tipologie di caratteristiche principali:

- ✓ Lessico ridotto, cioè conoscenza e uso delle parole;
- ✓ Limitata struttura delle frasi, cioè capacità di unire parole e desinenze per formare frasi corrette grammaticalmente;
- ✓ Compromissione delle capacità discorsive capacità di connettere le frasi per spiegare un argomento o sostenere una conversazione.

Le capacità linguistiche sono al di sotto di quelle attese per l'età in modo significativo causando limitazioni funzionali nella comunicazione, nella partecipazione sociale o nei risultati scolastici; inoltre, le difficoltà non sono attribuibili a compromissioni dell'udito, disfunzioni motore, disabilità intellettiva o altre condizioni mediche-neurologiche.

Il DSM-5 classifica e definisce i seguenti disturbi specifici:

- ▶ Disturbi Specifici del Linguaggio, sono difficoltà persistenti nell'acquisizione e nell'uso del linguaggio (parlato, scritto o gestuale) dovute a deficit di comprensione o produzione.
- ▶ Disturbo Fonetico-Fonologico, è la difficoltà persistente nella produzione di suoni dell'eloquio che interferisce con l'intelligibilità del parlato o impedisce la comunicazione verbale dei messaggi.
- ▶ Disturbo della Fluenza con Esordio nell'infanzia (Balbuzie), sono alterazioni della normale fluenza e della cadenza dell'eloquio, che sono inappropriate per l'età del soggetto.

- ▶ Disturbo della Comunicazione Sociale (Pragmatica), sono difficoltà per scopi sociali, ad esempio salutare o scambiare informazioni.
- ▶ Disturbo della Comunicazione Senza Specificazione, è una categoria “*jolly*” utilizzata quando i sintomi causano un disagio significativo ma non soddisfano pienamente i criteri per uno dei disturbi sopra citati (APA, 2013).

- **Disturbi Specifici dell’Apprendimento (DSA)**

Non si parla più di disturbi separati (dislessia, discalculia, ...) ma di un’unica categoria chiamata Disturbo Specifico dell’Apprendimento che è un disturbo del neurosviluppo con un’origine biologica che interferisce con la capacità del cervello di apprendere o utilizzare abilità accademiche specifiche:

- ✓ Compromissione della lettura (accuratezza, velocità o comprensione)
- ✓ Compromissione dell’espressione scritta (accuratezza ortografica, grammatica, punteggiatura o chiarezza)
- ✓ Compromissione del calcolo (concetto di numero, memorizzazione di fatti aritmetici, calcolo accurato o ragionamento matematico).

Queste difficoltà devono persistere per almeno 6 mesi nonostante la messa in atto di interventi mirati e di potenziamento; la diagnosi deve specificare in quali aree il soggetto presenta difficoltà.

Dopo l’identificazione dell’area in cui sono presenti le difficoltà, il clinico deve indicare se il disturbo è lieve, moderato o grave in base al livello di supporto necessario per funzionare efficacemente; le difficoltà non devono essere meglio spiegate da disabilità intellettiva, acuità visiva o uditiva non corretta, altri disturbi mentali o neurologici, avversità psicosociali o istruzione scolastica inadeguata (APA,2013).

- **Disturbo della Condotta (DC)**

È un *pattern* ripetitivo e persistente di comportamento che viola i diritti fondamentali degli altri, le norme o le regole sociali appropriate per l’età; le caratteristiche principali di questo disturbo sono i comportamenti aggressivi verso persone o animali, che sono rappresentati da prepotenze, minacce e colluttazioni. I criteri diagnostici prevedono che debbano essere presenti almeno tre comportamenti sintomatici negli ultimi 12 mesi, con almeno un criterio presente negli ultimi 6 mesi; i comportamenti di questo disturbo

causano una compromissione significativa del funzionamento sociale, scolastico o lavorativo. Questi comportamenti possono manifestarsi nell'infanzia o nell'adolescenza con un esordio precoce, prima dei 10 anni, che indica solitamente una prognosi più complessa (APA, 2013).

- **Disturbo dello Spettro Autistico (ASD)**

Le precedenti sottocategorie come il disturbo autistico, la sindrome di Asperger e il disturbo pervasivo dello sviluppo Non Altrimenti Specificato (NAS) nel DSM-5 vengono riunite in un'unica macrocategoria denominata Disturbo dello Spettro dell'Autismo. Secondo i criteri dell'*American Psychiatric Association* (APA) la diagnosi si basa su due domini principali, detta diade, come rappresentato nella tabella seguente (Tab. 1).

Tabella 1. Domini principali per la diagnosi dell'ASD.

DEFICIT PERSISTENTI NELLA COMUNICAZIONE SOCIALE E NELL'INTERAZIONE SOCIALE	PATTERN DI COMPORTAMENTO, INTERESSI O ATTIVITÀ RISTRETTI E RIPETITIVI (presenti almeno due dei seguenti fattori)
✓ Mancanza di reciprocità socio-emotiva, come la difficoltà nella conversazione o nel condividere gli interessi.	✓ Movimenti, uso di oggetti o eloquio stereotipati o ripetitivi.
✓ Deficit nei comportamenti comunicativi non verbali, come scarso contatto visivo e anomalie nel linguaggio del corpo.	✓ Insistenza nell'aderenza inflessibile a routine o rituali.
✓ Difficoltà nello sviluppo, gestione e comprensione delle relazioni.	✓ Interessi molto limitati e fissi, anomali per intensità o profondità. ✓ Iper o ipo reattività agli stimoli sensoriali

I sintomi devono essere presenti nel periodo precoce dello sviluppo, anche se possono manifestarsi pienamente solo quando le richieste sociali superano le capacità; il disturbo causa una compromissione clinicamente significativa del funzionamento quotidiano.

La diagnosi deve specificare il livello di supporto necessario che viene classificato in:

- Livello 1, in cui l'individuo è in grado di esprimersi con frasi complete e interagisce con gli altri, ma mostra difficoltà nella reciprocità sociale e quindi fatica a sostenere una conversazione fluida.
- Livello 2, in cui si osservano deficit marcati nelle abilità di comunicazione verbale e non verbale; l'interazione è limitata a interessi speciali o circoscritti, con risposte ridotte o anomale alle aperture sociali degli altri.
- Livello 3, in cui sono presenti gravi deficit che causano una compromissione estrema del funzionamento; l'individuo può avere una comunicazione verbale minima o nulla e interagisce solo per soddisfare bisogni immediati.

I livelli di gravità sono dinamici, una persona può presentare livelli diversi nei due domini, ad esempio presenta un Livello 1 per la comunicazione e un Livello 2 per i comportamenti, e questi possono variare nel tempo in base al contesto (APA, 2013).

Tutti questi disturbi psichiatrici in età evolutiva hanno ricevuto crescente attenzione negli ultimi decenni, sia per la loro diffusione che per l'impatto a lungo termine sul funzionamento psicosociale. I disturbi psichiatrici in età evolutiva sono comuni, spesso insorgono precocemente; infatti, il 50% dei disturbi mentali si manifesta prima dei 14 anni e il 75% entro i 24 anni, e presentano un decorso persistente con un impatto devastante se non riconosciuti e trattati tempestivamente (Kessler et al., 2007).

A livello globale ed è stata evidenziata una significativa prevalenza dei disturbi psichiatrici nei bambini e negli adolescenti, circa il 13% dei bambini e adolescenti a livello globale presenta almeno un disturbo mentale diagnosticabile (Polanczyk et al., 2015); molte di queste condizioni possono persistere nell'età adulta se non trattate adeguatamente (Copeland et al., 2015).

I disturbi psichiatrici specifici mostrano tassi di prevalenza differenti in base all'età e al contesto culturale, inoltre ognuna può mostrare comorbilità differenti, come rilevato da APA (Tab. 2).

Tabella 2. Epidemiologia e comorbidità dei vari disturbi psichiatrici dell'età evolutiva.

EPIDEMIOLOGIA	PRINCIPALI COMORBILITÀ
Disturbo del Deficit di Attenzione-Iperattività (ADHD)	
<ul style="list-style-type: none"> • Prevalenza: circa 3-5% dei bambini in età scolare, con una prevalenza maggiore nei maschi. • Persiste nell'adulto con una frequenza dell'1-3%. • È un disturbo con alta ereditabilità, circa 80%. 	Comorbidità più frequenti con: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Disturbi psichiatrici (ansia, depressione) ✓ Disturbi neurosviluppo (disturbi del comportamento o dell'apprendimento)
Disabilità Intellettiva (DI)	
<ul style="list-style-type: none"> • Prevalenza: circa 1-3% della popolazione mondiale, con un'incidenza massima in età scolare. 	Comorbidità più frequenti con: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Disturbi psichiatrici (ansia, depressione) ✓ Disturbi neurosviluppo (autismo, ADHD) ✓ Altre condizioni mediche (epilessia, paralisi cerebrale)
Disturbi Specifici del Linguaggio (DSL)	
<ul style="list-style-type: none"> • Prevalenza: circa il 3-7% dei bambini in età prescolare (3-6 anni), con una persistenza dell'1-2% in età scolare ed una maggiore prevalenza nei maschi. 	Comorbidità più frequenti con: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Disturbi neurosviluppo (disturbi specifici dell'apprendimento, ADHD, disturbi dello spettro autistico, disturbi emotivi)
Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA)	
<ul style="list-style-type: none"> • Prevalenza: circa il 10% degli studenti, con percentuali più alte nella scuola secondaria. 	Comorbidità più frequenti con: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Disturbi neurosviluppo (ADHD, disturbi emotivi, disturbi specifici del linguaggio)
Disturbi della Condotta (DC)	
<ul style="list-style-type: none"> • Prevalenza: circa 2-10% della popolazione giovanile (media 4%), con maggiore prevalenza nei maschi (11%) rispetto alle femmine (7%). 	Comorbidità più frequenti con: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Disturbi psichiatrici (disturbi dell'umore e d'ansia, uso di sostanze) ✓ Disturbi neurosviluppo (ADHD, disturbo oppositivo provocatorio, tratti di insensibilità emotiva)
Disturbo dello Spettro Autistico (ASD)	
<ul style="list-style-type: none"> • Prevalenza: circa l'1%. 	Comorbidità più frequenti con: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Disturbi psichiatrici (ansia e disturbo ossessivo-compulsivo, depressione) ✓ Disturbi neurosviluppo (ADHD)

La letteratura scientifica ha cercato di comprendere i meccanismi che favoriscono la “guarigione” o il “recupero”, intesi non solo come remissione sintomatologica, ma anche come ritorno a un funzionamento sociale ed emotivo soddisfacente. Il concetto di guarigione in ambito psichiatrico infantile è complesso e spesso sfugge a una definizione univoca; alle volte viene definito come “remissione diagnostica”, cioè l’assenza di criteri clinici per il disturbo accompagnata da un miglioramento del funzionamento globale; tuttavia, approcci più recenti propongono una visione più ampia che include: qualità della vita, benessere soggettivo e capacità di mantenere relazioni e impegni scolastici o sociali (Szatmari et al., 2016).

I fattori che favoriscono il recupero includono l’intervento precoce, la motivazione al cambiamento, la qualità della relazione terapeutica e il supporto familiare e sociale; quindi, per la guarigione o il miglioramento dei disturbi dell’età evolutiva ci si basa su una diagnosi tempestiva e su interventi riabilitativi precoci e personalizzati, poiché il cervello in sviluppo offre un alto potenziale di recupero. L’intervento non si limita al bambino ma coinvolge attivamente la famiglia e l’ambiente scolastico per garantire la continuità e la generalizzazione delle competenze acquisite; è stato dimostrato che un’alleanza terapeutica positiva può predire un esito migliore indipendentemente dal tipo di intervento, anche il funzionamento scolastico e relazionale all’inizio del trattamento può influenzare l’esito (Miscioscia et al., 2018).

Tra i fattori che ostacolano la guarigione si evidenziano: la presenza di comorbilità psichiatriche, la cronicità del disturbo, le avversità infantili (abuso o trascuratezza) e il basso livello socioeconomico (Green et al., 2010).

Gli interventi più utilizzati per queste tipologie di disturbi sono: psicoterapia cognitivo-comportamentale, terapia interpersonale e approcci basati sulla famiglia; le linee guida internazionali raccomandano interventi psicologici come prima linea di trattamento per la maggior parte dei disturbi psichiatrici giovanili (NICE, 2013).

La psicodiagnostica in età evolutiva è una branca fondamentale della psicologia clinica e dello sviluppo, poiché consente l’individuazione precoce di difficoltà emotive, comportamentali, cognitive e relazionali nei bambini e negli adolescenti.

Nella tabella seguente sono riassunti i principali strumenti per la valutazione psicodiagnostica (Tab. 3).

Tabella 3. Strumenti per la valutazione psicodiagnostica in età evolutiva.

STRUMENTI	DESCRIZIONE
<p>Osservazione e colloquio</p>	<p>Rappresenta uno dei principali strumenti per valutare il comportamento spontaneo del bambino in contesti strutturati o non strutturati; il colloquio psicodiagnostico, adattato all'età e al livello di sviluppo, permette di raccogliere informazioni su emozioni, relazioni e vissuti interni.</p>
<p>Test cognitivi</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (WPPSI) per l'età prescolare</i> ✓ <i>Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC) per l'età scolare</i> 	<p>Forniscono una valutazione dettagliata del funzionamento intellettivo e dei processi cognitivi specifici. Inoltre permettono anche l'identificazione di disarmonie cognitive, difficoltà di apprendimento e profili cognitivi atipici.</p>
<p>Scale comportamentali e questionari</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Child Behavior Checklist (CBC)</i> ✓ <i>Teacher Report Form (TRF)</i> 	<p>Permettono una valutazione standardizzata dei comportamenti esternalizzanti e internalizzanti, sulla base di osservazioni da parte di genitori e insegnanti. Tali strumenti sono utili per confrontare il comportamento del bambino con quello di gruppi normativi e per monitorare l'efficacia degli interventi.</p>
<p>Tecniche proiettive</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Children's Apperception Test (CAT)</i> ✓ <i>Thematic Apperception Test (TAT)</i> ✓ <i>Disegno della figura umana, la famiglia o la casa</i> 	<p>Forniscono una modalità indiretta per esplorare il mondo interno del bambino, i vissuti emotivi, le fantasie e i meccanismi difensivi; nonostante siano oggetto di dibattito scientifico per la loro validità, continuano a essere utilizzate all'interno di valutazioni complesse e integrate.</p>

L'approccio psicodiagnostico nei minori si basa su una valutazione multidimensionale che valuta le tappe di sviluppo, delle competenze cognitive, affettive e relazionali e della qualità dell'ambiente familiare e scolastico; questa valutazione psicodiagnostica in età evolutiva si avvale di diversi strumenti il cui utilizzo deve essere integrato all'interno di una cornice teorica coerente (Axia, 2002).

A differenza dell'età adulta dove l'individuo può esprimere direttamente i propri stati interni, nei bambini il processo diagnostico è un processo lungo e complesso che attraversa numerose fasi: l'osservazione del comportamento, l'utilizzo di test standardizzati e il coinvolgimento di più fonti come genitori, insegnanti e figure di riferimento (Cianchetti & Fancello, 2006). L'esordio precoce è correlato a un funzionamento psicosociale peggiore in età adulta, con minori opportunità educative e lavorative e maggiore rischio di cronicità; quindi, la diagnosi e l'intervento precoce sono cruciali per modificare il decorso della malattia (Copeland et al., 2015).

La diagnosi precoce può favorire l'intervento tempestivo migliorando l'*outcome* evolutivo; tra i limiti principali si segnalano la variabilità inter-individuale nello sviluppo, l'instabilità diagnostica nei primi anni di vita e il rischio di etichettamento precoce (Angold et al., 1999).

1.1 Background

Nel panorama internazionale le linee guida emanate dal *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) rappresentano il punto di riferimento più autorevole per la strutturazione di percorsi assistenziali basati sull'evidenza scientifica; per quanto concerne il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) in età evolutiva, il NICE distingue nettamente tra la fase del riconoscimento – diagnosi e la fase del supporto – intervento terapeutico. L'obiettivo primario dell'assistenza non è la cura dei tratti autistici ma il miglioramento della qualità della vita, dell'autonomia e della partecipazione sociale, rispettando l'identità neuro-divergente del minore.

Le linee guida emanate dal NICE identifica gli interventi psicosociali mediati dai genitori come la strategia elettiva per il supporto allo sviluppo; questi programmi mirano ad accrescere la sensibilità dei caregiver, cioè i genitori vengono aiutati nell'interpretazione corretta dei segnali comunicativi, verbali e non verbali del bambino, si promuovono le interazioni sociali e si adatta l'ambiente modificando il contesto fisico per poter minimizzare l'impatto di ipersensibilità sensoriale, causando una riduzione dei livelli di stress e ansia nel minore. (NICE, 2021).

Un altro pilastro fondamentale dell'assistenza riguarda la gestione dei comportamenti che possono limitare l'inclusione del bambino o causare disagio; tali raccomandazioni stabiliscono che ogni intervento deve essere preceduto da una rigorosa analisi

funzionale e tale processo non si limita ad osservare il comportamento problematico, ma ne indaga le cause sottostanti, come: fattori fisici o dolori non espressi verbalmente, difficoltà di comunicazione (frustrazione nel non essere compresi), cambiamenti imprevisti nella routine o nell'ambiente circostante. Le linee guida raccomandano l'uso di strategie proattive e l'insegnamento di abilità sostitutive (comunicazione funzionale), vietando tassativamente l'uso di farmaci per trattare i tratti dell'autismo, a meno che non siano presenti comorbilità psichiatriche gravi e nel momento in cui falliscono gli approcci psicosociali (NICE, 2021).

L'assistenza deve estendersi all'interno del nucleo familiare, viene sottolineato dalle linee guida l'importanza di fornire supporto psicologico e periodi di sollievo ai caregiver per prevenire il burnout; inoltre, viene data estrema rilevanza alla continuità assistenziale: il percorso di transizione verso i servizi per l'età adulta deve essere pianificato sistematicamente a partire dai 14 anni, coinvolgendo attivamente il giovane autistico nel processo decisionale (NICE, 2021).

Il sistema di assistenza per i soggetti in età evolutiva con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) in Italia ha subito una profonda trasformazione negli ultimi decenni, passando da un approccio puramente clinico a uno multidimensionale e bio-psico-sociale.

Il cardine di questa evoluzione è rappresentato dalla Legge 18 Agosto 2015, n. 134, che stabilisce le disposizioni in materia di prevenzione, cura e riabilitazione; promuovendo l'inserimento della patologia nei Livelli Essenziali di Assistenza nel 2017 (LEA).

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità l'obiettivo primario è garantire un percorso di cure coordinato che parta dalla diagnosi precoce per giungere alla definizione di un "Progetto di Vita" individualizzato; tale approccio mira a superare la frammentazione degli interventi, integrando le risorse sanitarie con quelle educative e sociali (ISS, 2023).

Il documento di riferimento tecnico per l'assistenza è la "Linea Guida sulla diagnosi e sul trattamento del Disturbo dello Spettro Autistico in bambini e adolescenti", pubblicata dal Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) e coordinata dall'ISS; pubblicato nel 2021 che è stato sottoposto a innumerevoli modifiche, l'ultima risale al 29 Ottobre 2025 che pone attenzione alla necessità di rimuovere gli ostacoli strutturali e organizzativi che limitano l'equità di accesso alle cure; quindi, il focus si è spostato con

decisione verso una presa in carico che non sia solo clinica, ma che consideri il bambino all'interno di un sistema dinamico e interazionale, promuovendo il concetto di neurodiversità come base per lo sviluppo di interventi personalizzati.

In conclusione le linee guida NICE e ISS rappresentano i principali riferimenti scientifici per l'assistenza ai minori con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD), rispettivamente nel contesto britannico (spesso usato come standard internazionale) e in quello italiano. Il confronto fra queste due linee guida per l'assistenza al bambino-adolescente con ASD evidenzia la differenza di focus; infatti, NICE si concentra sulla gestione multidisciplinare e sui percorsi di transizione verso l'età adulta mentre ISS è costituito da raccomandazioni tecniche basate su prove di efficacia aggiornate.

Queste linee guida, però, condividono una solida base scientifica e filosofica, puntando entrambe a superare i modelli puramente medici in favore di un approccio bio-psico-sociale; infatti, entrambe evidenziano:

- L'approccio multidisciplinare secondo il quale la diagnosi e il trattamento non possono essere affidati a un singolo professionista ma richiedono un team coordinato (neuropsichiatra, psicologo, logopedista, educatore).
- L'intervento precoce senza attendere la diagnosi definitiva per poter avviare il supporto se sono presenti chiari segnali di sospetto.
- La centralità della famiglia, che non è solo un utente ma parte integrante del percorso abilitativo.
- La personalizzazione perché l'ASD è estremamente eterogeneo; non esiste un intervento unico per tutti, per cui le strategie devono essere adattate al profilo specifico del bambino e al suo contesto di vita.

Entrambe le linee guida mettono in guardia contro gli interventi che non sono supportati da prove scientifiche tendendo a privilegiare gli approcci basati sull'evidenza; l'obiettivo comune non è curare l'autismo ma massimizzare l'autonomia, la partecipazione sociale e il benessere complessivo del minore.

2. OBIETTIVO

L'obiettivo di questa revisione della letteratura è quello di identificare e riassumere i principali interventi assistenziali rivolti ai bambini e agli adolescenti affetti da Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) documentati negli studi recenti, al fine di valutare la coerenza tra quanto suggerito dalle linee guida ufficiali e ciò che emerge dalle evidenze selezionate.

La domanda di ricerca iniziale è stata:

“Quali sono gli interventi che si possono attuare nell’assistenza al bambino e all’adolescente con ASD?”

Per rispondere alla domanda della revisione è stato costituito il PIO, uno strumento utile per definire i principali elementi della ricerca:

- **P:** bambini-adolescenti 0-18 anni con ASD;
- **I:** interventi assistenziali documentati al bambino e adolescenti con ASD;
- **O:** effetti degli interventi sul benessere dei bambini e adolescenti con ASD.

Forma narrativa del quesito di ricerca:

“Quali sono le strategie specifiche nell’assistenza al bambino o adolescente con ASD? In che misura queste riflettono le raccomandazioni cliniche stabilite dalle linee guida?”

3. MATERIALI E METODI

3.1 Disegno dello studio

È stata realizzata una revisione sistematica della letteratura seguendo le linee guida internazionali PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), con l'obiettivo di raccogliere, sintetizzare e valutare le evidenze scientifiche disponibili sugli interventi infermieristici da attuare durante l'assistenza al bambino e all'adolescente con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD).

3.2 Criteri di inclusione

Gli studi inclusi sono stati selezionati secondo criteri predeterminati che considerano:

- ✓ Popolazione target: bambini e adolescenti con ASD assistiti dal personale infermieristico.
- ✓ Tipo di intervento: tutti gli interventi e le strategie assistenziali.
- ✓ Valutazione di esito: tutte le valutazioni di esito (esperienza di degenza, stress comportamentale, collaborazione).

Sono stati inclusi tutti gli articoli disponibili e pubblicati in lingua inglese negli ultimi dieci anni che trattano l'assistenza per bambini e/o adolescenti con ASD.

3.3 Criteri di esclusione

Sono stati esclusi tutti gli articoli che non rispondevano al quesito di ricerca o che non rispettavano i criteri di inclusione; sono stati esclusi tutti gli studi condotti su una popolazione non pertinente, quindi adulti con ASD, bambini e adolescenti con ASD non oggetto di interventi infermieristici o su popolazioni senza diagnosi formale di ASD.

Sono stati esclusi gli studi pubblicati in lingue diverse dall'italiano o dall'inglese per i quali non era disponibile traduzione affidabile. Inoltre, sono state escluse le ricerche con data di pubblicazione antecedente agli ultimi dieci anni. L'applicazione di questi criteri ha permesso di selezionare solo studi con popolazione, intervento e risultati direttamente pertinenti all'oggetto della revisione.

3.4 Strategia di ricerca

Per identificare meglio l'argomento oggetto di revisione ed avere una visione generale dei disturbi dell'età evolutiva, in particolare del Disturbo dello Spettro dell'Autismo, inizialmente è stata condotta un'analisi dettagliata degli argomenti trattati nei principali testi infermieristici, di recente pubblicazione (Badon et al., 2023) e parallelamente è stata condotta una ricerca libera via internet tramite Google per ottenere informazioni riguardanti le varie tipologie di disturbi dell'età evolutiva e la loro classificazione.

Successivamente è stata effettuata la ricerca con parole chiave tramite Google Scholar per poter inquadrare la letteratura esistente; è stata consultata una delle principali banche dati elettroniche (MEDLINE) tramite il motore di ricerca PubMed con specifici termini MeSH: "Autism", "Autism Spectrum Disorder", "ASD", "adolescent", "child", "nursing", "interventions", "nursing care", "nursing intervention", "nursing-led", "nursing support"; combinati tra loro tramite gli operatori booleani AND e OR che hanno permesso di selezionare facilmente gli studi.

Dopo una attenta lettura e analisi degli abstracts di ogni articolo per capire se fosse inerente all'obiettivo della revisione così da poter comprendere quali studi dover includere o escludere dalla revisione.

La seguente tabella riporta le stringhe di ricerca che sono state utilizzate per identificare gli articoli (Tab 5).

Tabella 5. Stringhe di ricerca utilizzate per la selezione degli articoli tramite PubMed.

	Stringhe di ricerca	N. articoli PubMed
# 1	("Autism Spectrum Disorder" [Mesh] OR autism [tiab] OR "ASD" [tiab])	96.837
# 2	("Child"[Mesh] OR "Adolescent"[Mesh] OR child*[tiab] OR adolescent*[tiab] OR teen*[tiab])	4.277.401
# 3	("Nursing"[Mesh] OR "nursing care"[tiab] OR "nursing intervention*" [tiab] OR "nurse-led"[tiab] OR "nursing support"[tiab])	310.483
	# 1 AND # 2 AND # 3	173

3.5 Estrazione dei dati

Gli articoli selezionati sono stati inclusi nella revisione in seguito a traduzione e approfondita lettura del titolo e dell'abstract; una volta confermato il loro valore per lo studio sono stati analizzati individuando:

- ✓ Informazioni generali: titolo, anno di pubblicazione, rivista, paese di provenienza.
- ✓ Caratteristiche della popolazione: età, numero di partecipanti, criteri diagnostici per ASD.
- ✓ Tipologia di intervento: interventi e strategie assistenziali documentati al bambino-adolescente con ASD.
- ✓ Contesto assistenziale: contesto intraospedaliero (P.S., reparto, perioperatorio, organizzazione assistenziale, coinvolgimento familiare) e contesto scolastico-pediatrico.
- ✓ Disegno dello studio e metodologia.
- ✓ Esiti rilevanti: impatti sull'esperienza di degenza, misure di distress comportamentale, feedback di caregiver e operatori.
- ✓ Principali risultati e conclusioni.

3.6 Screening degli studi

Nella fase iniziale dello studio è stata effettuata una ricerca libera su Google Scholar, con l'utilizzo di termini liberi come: “*Autistic Disorder*”, “*Autism Spectrum Disorder*”, “*ASD*”, “*child-adolescent*”, “*nursing care*”, “*nursing intervention*”, “*nursing support*”.

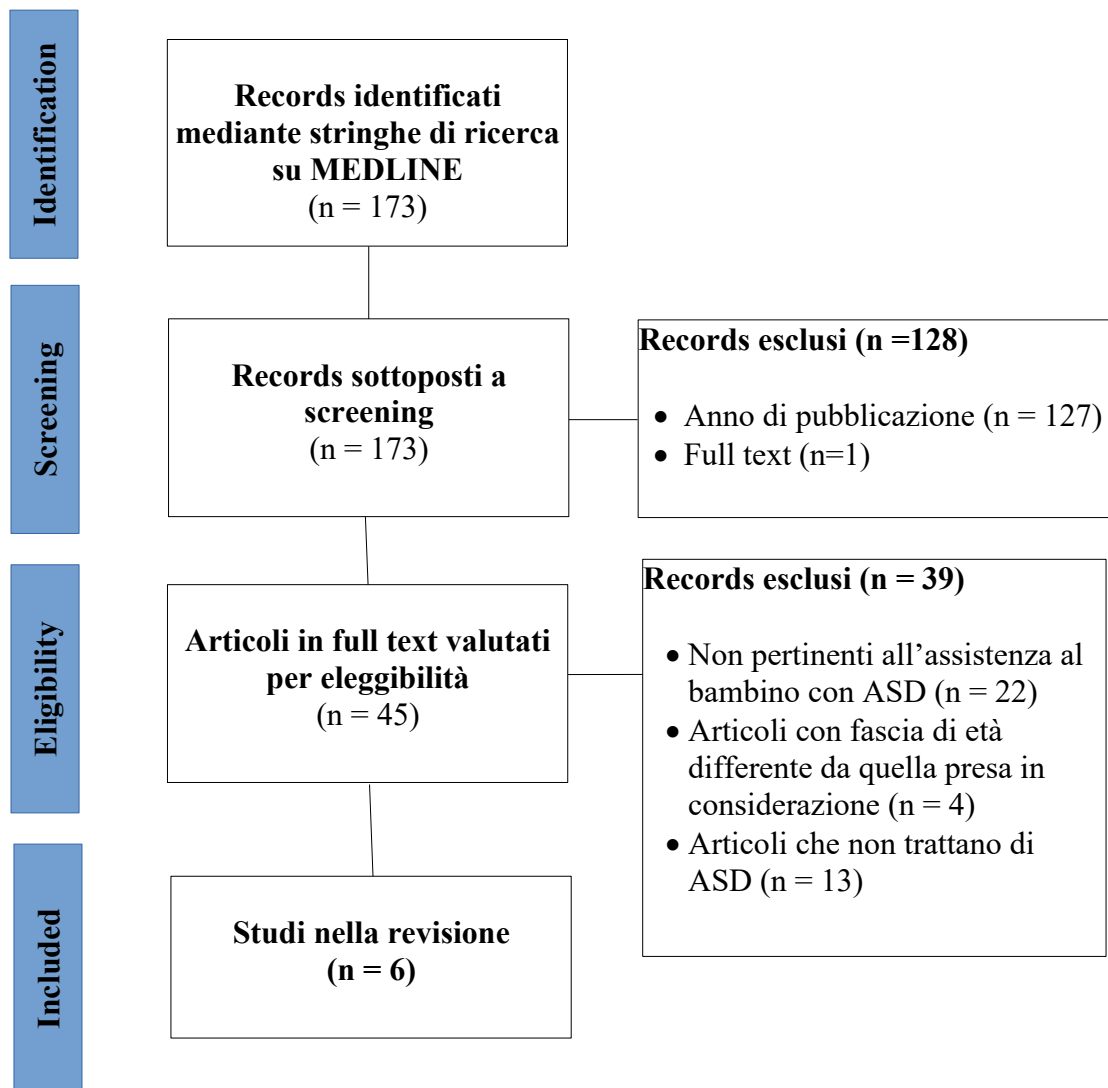
Successivamente è stata consultata la banca dati MEDLINE, tramite il motore di ricerca PubMed, focalizzando la ricerca sul Disturbo dello Spettro Autistico nei bambini e adolescenti (fascia di età compresa tra 0 e 18 anni), con particolare attenzione all'assistenza e agli interventi infermieristici finalizzati a migliorare i comportamenti e gli esiti clinici. Pertanto, attraverso l'utilizzo di specifici termini MeSH, combinati tra di loro attraverso gli operatori booleani AND e OR, sono state costruite stringhe di ricerca specifiche che hanno permesso di reperire in totale 173 studi. Al fine di ottimizzare la ricerca sono stati applicati specifici filtri che riguardano la lingua di pubblicazione (inglese e italiano) e anno di pubblicazione (ultimi 10 anni), riducendo la selezione ad un totale di 45 articoli pubblicati.

Gli studi selezionati sono stati valutati attraverso analisi dei titoli e lettura degli abstracts per verificare la congruenza con l'obiettivo e la domanda di ricerca; questa analisi ha portato all'eliminazione di tutti gli studi che non trattavano l'argomento richiesto dal quesito di ricerca o che trattavano l'argomento ma con una popolazione differente per età rispetto ai criteri di inclusione.

Sono stati inclusi nella revisione un totale di 6 articoli.

Il processo di identificazione, screening, eleggibilità ed inclusione degli studi è riportato sinteticamente nello schema PRISMA (Fig. 1).

Figura 1. PRISMA Flowchart: processo di identificazione e selezione degli studi inclusi.



4. RISULTATI

4.1 Caratteristiche degli studi inclusi

Nella revisione sono stati inclusi sei studi dei quali uno studio osservazionale trasversale (Mahoney et al., 2021), tre studi osservazionali qualitativi (Wood et al., 2019; McIntosh et al., 2016; Williams et al., 2025), e gli altri due sono revisioni della letteratura (André et al., 2025; Gettis et al., 2018).

Gli studi sono stati condotti rispettivamente in strutture ospedaliere pediatriche negli Stati Uniti (Mahoney et al., 2021; Wood et al., 2019; McIntosh et al., 2016), in reparti pediatrici di ospedali privati selezionati in Sud Africa (Williams et al., 2025) e le revisioni della letteratura (André et al., 2025; Gettis et al., 2018) condotte negli Stati Uniti incorporano evidenze pubblicate in letteratura internazionale.

Le dimensioni del campione analizzato attraverso gli studi osservazionali inclusi nella revisione, variano da circa 20 partecipanti (Williams et al., 2025) fino a 90 partecipanti (Mahoney et al., 2021) con un range di età che va da 0 a 18 anni.

Per quanto riguarda la soddisfazione percepita dagli operatori sanitari riguardo l'utilizzo degli interventi assistenziali, le scale utilizzate sono state:

- “*Nurses’ Perception of Care Scale*” (NPCS) è la scala per la percezione dell’assistenza infermieristica, misura la soddisfazione percepita dagli infermieri riguardo le strategie di assistenza per i bambini con ASD (Mahoney et al., 2021).
- “*Emergency Department Assessment Scale*” (EDAS) è una scala utilizzata per misurare la soddisfazione del personale in relazione alle modifiche fatte nel pronto soccorso pediatrico, strutturata su 5 punti (Wood et al., 2019)
- “*Job Satisfaction Survey*” (JSS) viene utilizzata per misurare la soddisfazione sul posto di lavoro, con un focus sulle esperienze degli infermieri nell’assistenza ai bambini con ASD (McIntosh et al., 2016).

Le scale di valutazione utilizzate per valutare la soddisfazione percepita dai caregiver-genitori sono state:

- “*Autism Treatment Evaluation Checklist*” (ATEC) utilizzata per valutare l’efficacia percepita degli interventi e la soddisfazione, composta da 4 sezioni con domande su comportamento, salute, comunicazione e interazione sociale del

bambino ed ogni risposta è una su una scala da 0 (nessun miglioramento) a 3 (miglioramento significativo) (Mahoney et al., 2021).

- “*Family Involvement Scale*” (FIS) misura quanto le famiglie si sentano coinvolte nel processo di cura infermieristica (Williams et al., 2025).

La soddisfazione percepita dai bambini-adolescenti riguardante le strategie assistenziali è stata valutata con la seguente scala:

- “*Pediatric Patient Satisfaction Scale*” (PPSS) è utilizzata per valutare il livello di soddisfazione dei bambini e delle famiglie riguardo l’adattamento dell’ambiente del pronto soccorso alle loro necessità, (Wood et al., 2019).

Tra questi studi le scale di valutazione per la raccolta dei dati sono principalmente rivolte a caregiver-genitori o operatori sanitari; tuttavia, la PPSS valuta l’esperienza e la soddisfazione del bambino durante l’assistenza e l’ATEC viene compilata dai caregiver-genitori ma valuta la risposta del bambino all’assistenza (comportamento, salute, comunicazione e interazione sociale).

Gli interventi assistenziali al bambino-adolescente con ASD attuati negli studi sono vari, come la gestione del comportamento, assistenza personalizzata e comunicazione-ambiente ottimizzati (Mahoney et al., 2021; Wood et al., 2019; André et al., 2025; McIntosh et al., 2016), un altro studio si focalizza sulla gestione perioperatoria specifica e sul supporto psicologico per le famiglie, attuando anche interventi comportamentali (Gettis et al., 2018) e, infine, uno studio si concentra sul supporto alla famiglia tramite tecniche di comunicazione familiare ed assistenza centrata sulla famiglia (Williams et al., 2025).

4.2 Principali interventi utilizzati dagli studi selezionati

I principali interventi utilizzati nell’assistenza al bambino-adolescente con ASD hanno lo scopo di migliorare la gestione dei comportamenti problematici, migliorare la qualità dell’assistenza cercando di ottimizzare anche la comunicazione con i genitori/caregivers per poter garantire un’adeguata assistenza.

Lo studio condotto da Mahoney e colleghi ha attuato diverse tipologie di interventi assistenziali, come il supporto comportamentale attraverso strategie educative per migliorare il comportamento, la comunicazione e le abilità sociali nei bambini con ASD, viene effettuato anche un intervento assistenziale per quanto riguarda la

comunicazione che viene sostenuta con il supporto visivo attraverso l'utilizzo di strumenti visivi (schede, immagini) per facilitare la comunicazione con bambini non verbali; inoltre, questo studio si concentra molto anche sulla formazione continua del personale, cioè sull'educazione e sulla formazione degli operatori per gestire al meglio le necessità specifiche dei bambini con ASD, come tecniche di de-escalation per affrontare comportamenti difficili. Gli obiettivi di questo studio sono il miglioramento della gestione dei comportamenti problematici nei bambini con ASD, favorire l'inclusione del bambino con ASD nel contesto ospedaliero utilizzando strategie di comunicazione visiva e altre tecniche adattive e, infine, vuole fornire formazione continua agli infermieri per aumentare la loro competenza nella gestione di questi assistiti, riducendo lo stress e migliorando l'efficacia assistenziale. Con questo studio gli infermieri hanno riconosciuto che una formazione adeguata è cruciale per migliorare l'assistenza ai bambini con ASD ed è emerso che l'uso di strategie visive e supporto comportamentale sono strumenti efficaci per gestire comportamenti problematici, facilitando la comunicazione con bambini non verbali; sono risultati, quindi, fondamentali i programmi di formazione continua per gli infermieri e le strategie educative che dovrebbero essere parte integrante della cura dei bambini con ASD (Mahoney et al., 2021).

Lo studio di Wood e colleghi crea un pronto soccorso pediatrico a misura di bambino con ASD, infatti gli interventi principali si occupano di creare un ambiente sensoriale ottimizzato modificando il pronto soccorso per ridurre gli stimoli sensoriali eccessivi (illuminazione soffusa, riduzione dei rumori, stanze più tranquille) infine, si incentra sull'assistenza personalizzata tramite un team infermieristico formato per rispondere alle necessità dei bambini con ASD utilizzando approcci individualizzati e incorporando tecniche di rilassamento (musica calmante o uso di oggetti di comfort per ridurre l'ansia). Quindi, gli obiettivi principali di questo studio sono la riduzione di stress e ansia nei bambini con ASD durante la visita al pronto soccorso adattando l'ambiente fisico per rispondere alle esigenze sensoriali dei pazienti, queste modifiche ambientali hanno portato a un impatto positivo sulla riduzione dello stress e sul miglioramento dell'esperienza per i bambini e i genitori, quindi lo studio prevede che debbano essere implementati spazi sensoriali ottimizzati per ridurre gli stimoli che potrebbero sopraffare i bambini con ASD in tutti i pronto soccorso pediatrici; vuole migliorare

l'assistenza attraverso un team formato per comprendere le necessità speciali dei bambini con ASD e promuovendo l'approccio individualizzato per poter migliorare la comunicazione con i bambini, altrettanto fondamentale è la comunicazione con le famiglie per far sì che si sentano coinvolte e supportate durante l'esperienza in pronto soccorso (Wood et al., 2019).

Lo studio effettuato da McIntosh e colleghi si concentra sul miglioramento della comunicazione interprofessionale per una gestione più efficace del paziente con ASD, prevede anche un'istruzione continua per il personale sanitario sulla gestione delle necessità comportamentali e sociali dei bambini con ASD; quindi, lo studio è centrato sulla collaborazione, condivisione e scambio di informazioni chiare e aggiornate tra i diversi professionisti scolastici e di supporto. Questo studio vuole promuovere la formazione continua dei professionisti coinvolti affinché possano migliorare le loro competenze nella cura dei bambini con ASD e, inoltre, vuole migliorare la comunicazione interprofessionale affinché gli infermieri possano collaborare in modo più efficace con altri membri del team sanitario; tramite questo studio è stato possibile individuare mancanza di condivisione di informazioni, scarsa comunicazione tra gli insegnanti, fornitori di servizi e genitori come i principali ostacoli ad un'efficace collaborazione interprofessionale (McIntosh et al., 2016).

Le barriere comunicative e l'isolamento sociale sono tra le principali difficoltà che impediscono un coinvolgimento adeguato delle famiglie nella cura ospedaliera dei bambini con ASD, nello studio condotto da Williams e colleghi si studia il supporto familiare attraverso strategie per migliorare l'inclusione delle famiglie nel processo di cura, garantendo che i genitori siano coinvolti nelle decisioni; vengono attuate tecniche di comunicazione familiare, cioè approcci per favorire la comunicazione efficace tra infermieri e familiari, soprattutto durante le difficoltà associate alla cura di bambini con ASD. Questo studio vuole creare un ambiente di cura che supporti il coinvolgimento attivo della famiglia e che tenga conto delle necessità emotive ed educative dei genitori; migliorando il coinvolgimento della famiglia nel processo di cura del bambino autistico si vogliono affrontare le sfide e le barriere che impediscono una partecipazione attiva cercando di creare una relazione collaborativa, questo tipo di approccio serve anche a garantire che le famiglie abbiano il supporto emotivo necessario per affrontare le difficoltà dell'assistenza infermieristica in ospedale. I risultati di questo studio hanno

evidenziato che la creazione di spazi di supporto per le famiglie e il potenziamento della comunicazione tra professionisti e genitori sono essenziali (Williams et al., 2025).

Lo studio svolto da André e colleghi si concentra sullo studio delle strategie utilizzate dal team infermieristico nella cura dei bambini e/o degli adolescenti autistici; evidenziando la gestione del comportamento basata su interventi che lo modificano e che portano a un miglioramento delle interazioni sociali riducendo, quindi, i comportamenti problematici, evidenzia il supporto educativo per famiglie e pazienti che porta a un miglioramento della comprensione e della gestione del disturbo e, infine, si focalizza sulla creazione di piani assistenziali individualizzati in base alle necessità del bambino o dell'adolescente. Gli obiettivi di questi interventi assistenziali sono il miglioramento della qualità della cura per i bambini e adolescenti con ASD attraverso l'adozione di pratiche basate sull'evidenza (gestione comportamentale e approccio educativo), l'efficacia delle strategie assistenziali e la creazione di piani assistenziali personalizzati così che ogni bambino riceva un'assistenza mirata alle sue necessità specifiche. Dai risultati di questo studio è possibile evidenziare che le strategie comportamentali e il supporto psico-educativo sono efficaci per migliorare le abilità sociali e comportamentali dei bambini e/o adolescenti con ASD, mentre i piani assistenziali personalizzati sono fondamentali per rispondere alle necessità uniche di ogni bambino e devono essere sviluppati utilizzando approcci basati sull'evidenza. Questo studio, inoltre, evidenzia quanto sia essenziale l'educazione continua dei professionisti sanitari per portare ad un miglioramento dell'efficacia dell'assistenza (André et al., 2025).

Lo studio condotto da Gettis e colleghi vuole identificare le migliori pratiche per gli operatori sanitari che si prendono cura dei bambini autistici nel periodo perioperatorio, viene evidenziata una gestione perioperatoria specifica che utilizza pratiche per ridurre lo stress e l'ansia nei bambini con ASD, queste vengono affiancate dal supporto psicologico per le famiglie che si occupa di fornire supporto emotivo e informativo ai genitori durante il ricovero e l'intervento chirurgico; infine, vengono attuate tecniche di desensibilizzazione e gestione dell'ansia pre-operatoria per preparare il bambino al periodo perioperatorio. L'obiettivo di questo studio è evidenziare tutte le tecniche e gli approcci necessari a ridurre lo stress e l'ansia dei bambini con ASD durante il periodo perioperatorio, si concentra soprattutto sulle tecniche comportamentali e psicologiche

ed evidenzia anche quanto sia importante garantire supporto psicologico adeguato ai genitori, aiutandoli a gestire l'ansia associata all'intervento chirurgico del loro bambino; quindi, migliorando queste tecniche si ottiene una gestione sicura ed efficace dei bambini autistici durante il ricovero e l'operazione. I risultati hanno evidenziato che le tecniche di desensibilizzazione e i supporti psicologici hanno ridotto lo stress dei bambini con ASD durante il periodo perioperatorio e, inoltre, la collaborazione con le famiglie è fondamentale per migliorare l'esperienza e ridurre l'ansia; grazie a questi risultati è stato possibile risaltare che interventi comportamentali e supporto psicologico dovrebbero essere parte integrante della gestione perioperatoria dei bambini con ASD (Gettis et al., 2018).

Tabella 6. Caratteristiche principali degli studi analizzati.

Autore (anno) “Titolo” Rivista Luogo	Campione	Disegno di studio	Obiettivi	Risultati	Conclusioni
<p>Mahoney et al., (2021)</p> <p>“Nursing care for pediatric patients with autism spectrum disorders: A cross-sectional survey of perceptions and strategies”</p> <p><i>Journal for Specialists in Pediatric Nursing</i></p> <p>Stati Uniti</p>	<p>Professionisti sanitari (n=90) (infermieri o operatori pediatrici) in un unico sistema ospedaliero pediatrico negli Stati Uniti.</p>	<p>Studio osservazionale trasversale (cross-sectional survey).</p>	<p>✓ Descrivere le percezioni del personale infermieristico riguardo all’assistenza ai bambini con ASD.</p> <p>✓ Identificare le strategie attualmente utilizzate dagli infermieri per supportare l’assistenza.</p> <p>✓ Esaminare relazione tra conoscenza, efficacia e formazione.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Partecipanti con formazione non specifica sull’ASD. • Difficoltà più frequenti: di comunicazione, ansia e agitazione del paziente, ipersensibilità sensoriale e comportamenti oppositivi. • Un maggior numero di strategie causava una maggiore efficacia percepita. 	<p>Esiste un gap formativo, gli autori suggeriscono programmi educativi e protocolli assistenziali specifici per migliorare la qualità dell’assistenza in ambiente ospedaliero.</p>

Autore(anno) “Titolo” Rivista Luogo	Campione	Disegno di studio	Obiettivi	Risultati	Conclusioni
Wood et al., (2019) “Creating a Sensory-Friendly Pediatric Emergency Department” <i>Journal of Emergency Nursing (J Emerg Nurs)</i> Stati Uniti	Non specificato in quanto l’indagine si focalizza sulla descrizione del progetto e delle strategie attuate.	Studio osservazionale qualitativo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Progettare e implementare un pronto soccorso pediatrico “sensory-friendly”. ✓ Migliorare l’esperienza del paziente e della famiglia. ✓ Documentare e condividere le modifiche implementate. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bambini con minori livelli di stress e agitazione durante la permanenza in P.S. • Riduzione di rumori e stimoli sensoriali, utilizzo di strumenti visivi e oggetti calmanti. • Infermieri e operatori più preparati e supportati nella gestione dei pazienti con ASD. • Presa in carico del bambino facilitata dalle strategie strutturate e dai protocolli sensoriali. 	Lo studio ha dimostrato che l’introduzione di interventi “sensory-friendly” riduce lo stress dei bambini con ASD e migliora l’interazione tra pazienti, familiari ed operatori sanitari, facilitando la gestione e migliorando la sicurezza. Il modello è replicabile.

Autore(anno) “Titolo” Rivista Luogo	Campione	Disegno di studio	Obiettivi	Risultati	Conclusioni
McIntosh et al., (2016) “Nurses Identify Education and Communication Among Professionals as Essential in Serving ASD Children” <i>National Association of School Nurse (NASN)</i> Stati Uniti	Infermieri scolastici (n=12) che lavoravano in scuole pubbliche in Missouri (USA).	Studio osservazionale qualitativo.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Esplorare le percezioni degli infermieri riguardo all’assistenza ai bambini con ASD. ✓ Identificare le competenze percepite come essenziali dagli infermieri per fornire un’assistenza efficace. ✓ Raccogliere suggerimenti su strategie che migliorano l’esperienza dei bambini con ASD nel contesto scolastico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Bisogno percepito di programmi educativi specifici sull’ASD. • Collaborazione infermieri-insegnanti-genitori fondamentale per la cura degli studenti con ASD. • Mancanza di linee guida, risorse o supporto formale. 	Sono stati evidenziati due temi principali: la necessità di educazione e formazione specifica sull’ASD e l’importanza di comunicazione e collaborazione tra insegnanti, genitori e infermieri per garantire un’assistenza efficace e sicura agli studenti con ASD.

Autore(anno) “Titolo” Rivista Luogo	Campione	Disegno di studio	Obiettivi	Risultati	Conclusioni
Williams et al., (2025) “Challenges hindering family involvement in the hospital nursing care of a child with autism” <i>Health SA Gesondheid</i> Sud Africa	Partecipanti (n=20) -Gruppo 1: infermieri professionisti (n=10) -Gruppo 2: familiari di bambini con ASD (n=10)	Studio osservazionale qualitativo. Utilizza interviste semi-strutturate individuali con analisi tematica dei dati; il campionamento è intenzionale e la raccolta dati viene effettuata fino a saturazione.	✓ Identificare le barriere percepite dagli infermieri nel coinvolgere la famiglia durante il ricovero. ✓ Esplorare le esperienze e le percezioni dei familiari. ✓ Comprendere i fattori organizzativi, comunicativi e relazionali.	<ul style="list-style-type: none"> • Barriere legate agli infermieri (scarsa formazione specifica, limitata conoscenza, difficoltà comunicative). • Barriere organizzative (elevato carico di lavoro, carenza di personale, tempo limitato, assenza di protocolli strutturati). • Barriere comunicative e relazionali (comunicazione inefficace). • Impatto sull’assistenza (aumento dello stress, esperienze ospedaliere negative). 	Lo studio ha evidenziato la necessità di maggiore formazione infermieristica sull’autismo e lo sviluppo di linee guida e protocolli specifici; inoltre, è importante anche il rafforzamento dell’approccio centrato sulla famiglia e il miglioramento della comunicazione – collaborazione interdisciplinare.

Autore(anno) “Titolo” Rivista Luogo	Campione	Disegno di studio	Obiettivi	Risultati	Conclusioni
André et al., (2025) “Strategies used by the nursing team in the care of autistic children and adolescents: An integrative review” <i>Journal of Pediatric Nursing</i> Stati Uniti	Studi inclusi (n=6) Stima dei partecipanti (n=220) -Infermieri/tecniche (n=150) -Pazienti e caregiver (n=70)	Revisione integrativa della letteratura.	✓ Analizzare le pratiche e gli approcci infermieristici riportati negli studi inclusi. ✓ Evidenziare le strategie efficaci per migliorare l’assistenza. ✓ Fornire raccomandazioni basate sulla letteratura.	<ul style="list-style-type: none"> • Strategie comunicative (metodi di comunicazione visiva, adattamento del linguaggio, coinvolgimento attivo). • Strategie comportamentali (tecniche di gestione del comportamento, creazione di routine prevedibili e ambienti strutturati, monitoraggio). • Strategie ambientali (adattamento degli spazi, organizzazione di spazi sicuri). • Strategie di supporto familiare (coinvolgimento e educazione). 	Le strategie multidimensionali migliorano la cura dei bambini e degli adolescenti con ASD, devono essere personalizzate e devono coinvolgere la famiglia così da migliorare l’assistenza. La revisione evidenzia lacune nella formazione infermieristica e nella standardizzazione delle pratiche.

Autore(anno) “Titolo” Rivista Luogo	Campione	Disegno di studio	Obiettivi	Risultati	Conclusioni
Gettis et al., (2018) “Identifying Best Practice for Healthcare Providers Caring for Autistic Children Perioperatively” <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i> Stati Uniti	Studi inclusi (n=8) Stima dei partecipanti (n=400) bambini con ASD.	Revisione integrativa della letteratura.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificare le migliori pratiche perioperatorie per gli operatori sanitari che si prendono cura di bambini con ASD durante il periodo perioperatorio. ✓ Sintetizzare le evidenze riguardanti le strategie di preparazione, gestione e supporto. ✓ Fornire indicazioni pratiche per gli operatori sanitari. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preparazione preoperatoria (materiali visivi e strumenti di comunicazione aumentativa, orientamento, collaborazione). • Gestione perioperatoria (adattamento ambientale, strategie comportamentali, coinvolgimento dei caregiver come supporto). • Formazione del team (formazione specifica, conoscenza delle strategie, linee guida o protocolli standardizzati). 	L’assistenza perioperatoria dei bambini con ASD richiede un approccio personalizzato e centrato; l’applicazione delle varie strategie porta ad un miglioramento della sicurezza e del comfort per il bambino, riduce lo stress perioperatoria sia al bambino che alla famiglia e migliora la collaborazione e la comunicazione.

5. DISCUSSIONE

La gestione assistenziale dei bambini e degli adolescenti con Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) rappresenta una sfida complessa, richiedendo interventi personalizzati che considerino le caratteristiche comportamentali, comunicative e sensoriali dei pazienti. Gli studi esaminati evidenziano che la sicurezza, il comfort e il coinvolgimento della famiglia durante il percorso ospedaliero o perioperatorio possono migliorare attraverso strategie mirate:

- **Assistenza centrata sul bambino-adolescente**

Mirano a ridurre ansia, stress e comportamenti oppositivi, migliorando la collaborazione del paziente con il team assistenziale.

L'uso di strumenti di comunicazione aumentativa e visiva (schede illustrate, simboli e immagini) permettono ai bambini di comprendere meglio le procedure e le routine ospedaliere così da poter favorire la partecipazione attiva. La creazione di routine prevedibili e la preparazione anticipata agli step dell'assistenza riducono la frustrazione e la paura, migliorando la compliance e la sicurezza durante le procedure (André et al., 2025; Gettis et al., 2018).

Inoltre, le tecniche di gestione comportamentale positiva, basate su rinforzo positivo e strategie non punitive, permettono agli operatori sanitari di guidare i comportamenti del bambino in modo rispettoso senza aumentare il disagio (André et al., 2025; Mahoney et al., 2021).

- **Coinvolgimento della famiglia**

Il ruolo della famiglia è centrale nell'assistenza ai pazienti pediatrici con ASD; studi recenti evidenziano che il coinvolgimento attivo dei genitori come mediatori della comunicazione e supporto emotivo migliora significativamente l'esperienza ospedaliera (Williams et al., 2025; André et al., 2025).

I familiari forniscono informazioni preziose sulle preferenze, le esigenze sensoriali e le strategie efficaci per il singolo bambino, permettendo agli operatori di personalizzare le procedure e ridurre i comportamenti oppositivi (Mahoney et al., 2021; Williams et al., 2025). Il coinvolgimento della famiglia, inoltre, favorisce la continuità della cura tra ospedale e domicilio, rinforzando le strategie apprese e garantendo un approccio centrato sul bambino.

- **Modifiche ambientali**

L'adattamento dell'ambiente fisico è una componente chiave per ridurre stimoli stressanti e favorire la calma del bambino.

Wood et al. (2019) descrivono la progettazione di un pronto soccorso pediatrico adattato con riduzione del rumore, illuminazione modulabile e spazi calmi; viene evidenziato come questi interventi migliorano la cooperazione e riducono l'ansia e l'agitazione.

André et al. (2025) confermano che ambienti prevedibili, strutturati e sensorialmente adattati rappresentano un fattore determinante per la qualità dell'esperienza ospedaliera, supportando l'interazione positiva tra paziente, famiglia e team assistenziale. L'attenzione agli stimoli sensoriali non solo riduce i comportamenti problematici ma aumenta la sicurezza durante le procedure assistenziali.

- **Formazione e competenze del team sanitario**

La formazione specifica e le competenze degli operatori sanitari sono essenziali per un'assistenza efficace ai pazienti con ASD.

McIntosh et al. (2016) evidenziano come l'istruzione continua e la comunicazione tra i professionisti siano percepite come elementi critici per comprendere e gestire i bisogni comportamentali dei bambini autistici.

Mahoney et al. (2021) confermano che la percezione degli infermieri riguardo l'efficacia delle strategie adottate è direttamente correlata alla loro formazione specifica sul disturbo dello spettro autistico.

Inoltre, lo sviluppo di linee guida e protocolli standardizzati, basato sulle evidenze raccolte nella letteratura, consente di garantire coerenza, sicurezza e continuità dell'assistenza (André et al., 2025; Gettis et al., 2018).

- **Protocolli specifici (procedure perioperatorie)**

In contesti perioperatori le strategie devono essere ulteriormente personalizzate per ridurre l'ansia e i rischi durante anestesia e interventi chirurgici.

Gettis et al. (2018) raccomandano la preparazione preoperatoria con strumenti visivi e sessioni di familiarizzazione con l'ambiente ospedaliero; il coinvolgimento dei caregiver durante le procedure permette di fornire supporto emotivo e facilita la collaborazione del bambino. Inoltre, l'adattamento sensoriale dell'ambiente

periooperatorio con luci soffuse, riduzione dei rumori e spazi calmi, contribuisce a una gestione sicura e rassicurante dell'esperienza chirurgica.

Queste strategie perioperatorie rappresentano un esempio di applicazione pratica delle evidenze raccolte in letteratura integrando i principi di comunicazione, gestione comportamentale e supporto familiare.

- **Comunicazione interprofessionale (operatori sanitari e scolastici)**

McIntosh et al. (2016) evidenziano l'importanza della collaborazione tra i membri del team sanitario, in quanto la condivisione delle informazioni sul bambino e sulle strategie più efficaci consente interventi più coerenti e personalizzati; questo approccio favorisce non solo il benessere del paziente, ma anche la sicurezza e la fiducia dei familiari durante il percorso ospedaliero.

Le linee guida ISS (2023) pongono l'accento sulla famiglia come partner esperto, ma questa necessità viene studiata dalla realtà clinica evidenziata da Williams et al. (2025) che mostra come, nonostante il consenso teorico, esistano ancora sfide strutturali che ostacolano il pieno coinvolgimento dei caregiver, suggerendo che la teoria delle linee guida faticchi talvolta a tradursi in pratica quotidiana a causa di barriere organizzative e comunicative. Le raccomandazioni emanate dal NICE (2021) evidenziano l'importanza modifiche ambientali per ridurre il sovraccarico sensoriale, questo principio trova un'applicazione pratica diretta nelle strategie descritte da Wood et al. (2019) per la creazione di un Pronto Soccorso a "misura di bambino" e da Gettis et al. (2018) nel contesto perioperatorio; entrambi questi studi validano l'idea che la gestione dello spazio e dei tempi non sia un "extra", ma una strategia clinica fondamentale per prevenire crisi comportamentali e per migliorare gli esiti di salute. Un punto di allineamento sostanziale riguarda la preparazione del personale, mentre le linee guida NICE (2021) sottolineano l'importanza di personale formato specificatamente, gli studi di Mahoney et al. (2021) e André et al. (2025) evidenziano una percezione di inadeguatezza tra gli infermieri, pur identificando gli strumenti per colmare questo gap emerge che sebbene questa strategia sia chiara a livello normativo l'implementazione pratica richiede un investimento formativo costante.

In conclusione l'analisi della letteratura selezionata rivela una profonda coerenza con le raccomandazioni internazionali emanate dal NICE (2021) e dall'ISS (2023); emerge, infatti, un modello assistenziale dove la standardizzazione clinica lascia il posto a un

approccio altamente personalizzato e multidisciplinare, però è possibile evidenziare significative criticità nel processo di implementazione perché la loro attuazione concreta risulta ostacolata da limiti strutturali e da risorse limitate.

5.1 Implicazioni per la pratica

Gli interventi suggeriti dalla letteratura implicano che gli infermieri debbano adottare strategie personalizzate basate sulle caratteristiche del bambino o dell'adolescente con Disturbo dello Spettro Autistico e delle esigenze specifiche della famiglia. La cura non può essere uniforme, ma deve integrare informazioni sul comportamento, sulle capacità comunicative e sulle preferenze sensoriali del paziente, così da favorire la collaborazione, ridurre l'ansia e lo stress e garantire interventi più sicuri ed efficaci.

L'evidenza sottolinea, inoltre, l'importanza della formazione mirata e continua del personale sanitario, che rappresenta un prerequisito fondamentale per l'adozione di pratiche assistenziali efficaci; la conoscenza approfondita delle caratteristiche comportamentali e sensoriali dei bambini con ASD, unita a competenze specifiche nella gestione di situazioni complesse, consente agli operatori di applicare strategie coerenti, riducendo errori e migliorando la qualità complessiva dell'assistenza. Un altro elemento cruciale evidenziato dalla letteratura riguarda l'integrazione di protocolli standardizzati e linee guida operative; ovvero strumenti che offrono al personale sanitario indicazioni concrete portando a una riduzione della variabilità assistenziale.

Parallelamente, l'adattamento sensoriale e ambientale emerge come componente critica per favorire il benessere dell'assistito e migliora la collaborazione durante le procedure.

5.2 Limiti

Nonostante le evidenze raccolte, la letteratura presenta alcuni limiti importanti che devono essere considerati nella lettura dei risultati e nella loro applicazione alla pratica assistenziale; innanzitutto, molti studi includono campioni ridotti e spesso selezionati, talvolta concentrati in singoli ospedali o contesti geografici specifici, il che limita la possibilità di generalizzare i risultati ad altre realtà cliniche.

Un secondo limite riguarda il disegno degli studi, cioè prevalgono indagini trasversali, revisioni della letteratura o studi descrittivi che permettono di identificare percezioni e strategie, ma non di dimostrare in maniera causale l'efficacia delle diverse pratiche

assistenziali; ciò rende necessario interpretare i dati con cautela, soprattutto quando si pianificano interventi clinici standardizzati basati su questi risultati.

Inoltre, emerge una eterogeneità significativa tra i contesti e le strategie riportate, sia in termini di protocolli adottati che di pratiche assistenziali applicate, che complica la definizione di linee guida uniformi e trasferibili.

Infine, alcuni studi sono stati condotti diversi anni fa e potrebbero non riflettere le più recenti innovazioni nella cura dei bambini con ASD o gli aggiornamenti dei protocolli ospedalieri, rappresentando quindi un limite temporale nella rilevanza dei dati.

Questi limiti evidenziano la necessità di studi futuri con campioni più ampi, disegni longitudinali o sperimentali e applicazioni in contesti diversi, al fine di consolidare le evidenze, validare le strategie assistenziali e sviluppare protocolli clinici più robusti e trasferibili.

6. CONCLUSIONI

L'analisi della letteratura sull'assistenza ai bambini e agli adolescenti con Disturbo dello Spettro Autistico evidenzia come la complessità di questa popolazione richieda un approccio integrato, personalizzato e multidimensionale. Gli studi esaminati mostrano chiaramente che non esiste un'unica strategia efficace, ma che la qualità dell'assistenza dipende dalla combinazione di diversi fattori: attenzione alle caratteristiche individuali del bambino, coinvolgimento attivo della famiglia, formazione specifica del personale, adattamento ambientale e uso di protocolli basati sull'evidenza.

Un primo elemento emerso con forza riguarda la centralità del bambino e della famiglia; il bambino con ASD deve essere considerato come partecipante attivo del processo di cura, mentre i familiari assumono un ruolo fondamentale nel fornire informazioni sul comportamento, sulle preferenze sensoriali e sulle strategie comunicative più efficaci. Questa collaborazione non solo facilita l'applicazione delle pratiche assistenziali, ma contribuisce anche a ridurre ansia, stress e comportamenti oppositivi, migliorando l'esperienza ospedaliera complessiva. L'integrazione della famiglia nella pianificazione e nell'esecuzione delle cure costituisce, dunque, un elemento chiave della sicurezza e dell'efficacia assistenziale.

Parallelamente, la letteratura sottolinea l'importanza della formazione specifica del personale assistenziale; gli operatori devono essere preparati non solo a gestire le procedure cliniche standard, ma anche a interpretare i segnali comportamentali, a rispondere alle esigenze sensoriali e a modulare le strategie comunicative in base alle capacità del bambino. La comunicazione tra membri del team è altrettanto essenziale, in quanto un coordinamento efficace consente interventi coerenti, riduce errori e migliora la continuità assistenziale garantendo che le strategie adottate siano applicate in maniera sistematica e replicabile.

Un altro aspetto rilevante riguarda l'adattamento dell'ambiente ospedaliero, gli spazi prevedibili, calmi e sensorialmente regolati contribuiscono a ridurre ansia e stress nei bambini con ASD e favoriscono la loro collaborazione durante le procedure, causando anche un miglioramento nell'efficacia degli interventi assistenziali. L'ambiente diventa quindi non un semplice contesto in cui si svolgono le cure, ma un elemento attivo

dell'assistenza in grado di influenzare i comportamenti, il benessere emotivo e i risultati clinici.

L'uso di protocolli standardizzati e linee guida basate sull'evidenza emerge come un fattore cruciale per garantire coerenza, sicurezza e qualità dell'assistenza; tali strumenti offrono al personale infermieristico indicazioni concrete per applicare strategie efficaci in maniera strutturata, senza limitare la personalizzazione della cura. La loro implementazione consente di ridurre la variabilità tra operatori e tra contesti, fornendo una base solida su cui costruire percorsi assistenziali replicabili e trasferibili.

Un'attenzione specifica è stata rivolta anche alle strategie perioperatorie e ospedaliere che richiedono una preparazione anticipata, strumenti visivi di supporto e il coinvolgimento dei caregiver; la letteratura mostra come questi interventi possano ridurre ansia e stress, migliorare la collaborazione del bambino e facilitare procedure sicure e rispettose. L'adozione di tali pratiche richiede coordinamento tra reparti, pianificazione sistematica e formazione mirata del personale, sottolineando l'importanza di integrare i principi generali dell'assistenza multidimensionale con protocolli specifici per contesti complessi.

Le conclusioni di questa analisi suggeriscono che futuri studi dovranno approfondire l'efficacia delle strategie integrate, testarne la replicabilità in contesti differenti e valutare gli effetti a lungo termine sulle esperienze dei bambini e delle famiglie; solo attraverso un approccio rigoroso e basato sull'evidenza sarà possibile consolidare pratiche assistenziali sostenibili, replicabili e realmente efficaci, contribuendo a definire standard di eccellenza nella cura assistenziale dei pazienti pediatrici con ASD.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

André, T. G., Galvão, M. C. B., Silva, M. R., & Santos, C. B. (2025). Strategies used by the nursing team in the care of autistic children and adolescents: An integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*, 82, e134–e141. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2025.04.006>

Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57–87. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00424>

Axia, G. (2002). *Valutazione psicologica e psicoterapia in età evolutiva*. Il Mulino.

Badon, P., Balsamo, P., Copes, A., Giannunzio, V., Ligorio, L., Morbiato, M., Palumbo, C., & Saluzzi, S. (2023). *Assistenza infermieristica in salute mentale. Disturbi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza*, 289–328. Casa Editrice Ambrosiana.

Copeland, W. E., Wolke, D., Shanahan, L., & Costello, E. J. (2015). Adult functional outcomes of common childhood psychiatric problems: A prospective, longitudinal study. *JAMA Psychiatry*, 72(9), 892–899. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0730>

Cianchetti, C., & Fancello, G. (2006). *Valutazione neuropsicologica dell'età evolutiva*. Raffaello Cortina Editore.

Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113–123. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>

Gettis, M. A., Wittling, K., Palumbo-Dufur, J., McClain, A., & Riley, L. (2018). Identifying best practice for healthcare providers caring for autistic children perioperatively. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(2), 127–129.

<https://doi.org/10.1111/wvn.12278>

Istituto Superiore di Sanità. (2023). *Raccomandazioni della linea guida sulla diagnosi e sul trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini e adolescenti*. Sistema Nazionale Linee Guida.

<https://www.iss.it/documents/20126/8977108/>

[Linea%2BGuida%2BASD_bambini%2Be%2Badolescenti%2B2023.pdf/e370f693-d569-4490-6d51-8e249cd152b0?t=1696841617387%E2%81%A0](https://www.iss.it/documents/20126/8977108/Linea%2BGuida%2BASD_bambini%2Be%2Badolescenti%2B2023.pdf/e370f693-d569-4490-6d51-8e249cd152b0?t=1696841617387%E2%81%A0)

(accesso 05/03/2026)

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>

Mahoney, W. J., Villacrusis, M., Sompolski, M., Iwanski, B., Charman, A., Hammond, C., & Abraham, G. (2021). Nursing care for pediatric patients with autism spectrum disorders: A cross-sectional survey of perceptions and strategies. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 26(4), Article e12332. <https://doi.org/10.1111/jspn.12332>

McIntosh, C. E., Thomas, C. M., & Brattain, C. K. (2016). Nurses identify education and communication among professionals as essential in serving ASD children. *NASN School Nurse*, 31(3), 164–169. <https://doi.org/10.1177/1942602X15580798>

Miscioscia, M., Simonelli, A., Svanellini, L., Sisti, M., Sudati, L., Brianda, M. E., Battistella, P. A., & Gatta, M. (2018). An integrated approach to child psychotherapy with co-parental support: A longitudinal outcome study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 21(2), 297–307.

<https://doi.org/10.4081/ripppo.2018.297>

National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Autism spectrum disorder in under 19s: Recognition, referral and diagnosis* (Clinical guideline CG128).

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg128> (accesso 05/03/2026)

National Institute for Health and Care Excellence. (2021, 14 giugno). *Autism spectrum disorder in under 19s: Support and management* (Clinical Guideline CG170).

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg170> (accesso 05/03/2026)

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>

Szatmari, P., Georgiades, S., Duku, E., Bennett, T., Bryson, S. E., Fombonne, E., Mirenda, P., Smith, I. M., Vaillancourt, T., & Volden, J. (2016). Developmental trajectories of symptom severity and adaptive functioning in preschool children with autism spectrum disorder. *JAMA*, 315(17), 2011–2020.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2463>

Williams, N. A., Sokhela, D. G., & Ngxongo, T. S. P. (2025). Challenges hindering family involvement in the hospital nursing care of a child with autism. *Health SA Gesondheid*, 30, Article a2731. <https://doi.org/10.4102/hsag.v30i0.2731>

Wood, E. B., Halverson, A., Harrison, G., & Rosenkranz, A. (2019). Creating a sensory-friendly pediatric emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 45(4), 415–424. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.12.002>

World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013-2020*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021> (accesso 05/03/2026)

RINGRAZIAMENTI

Questo traguardo è il risultato di un cammino condiviso con tante persone che oggi voglio ringraziare.

- *Stefania & Claudio*

Vi devo ringraziare perché mi avete sostenuta senza mai esitare lungo tutta la durata di questo mio percorso, ma soprattutto per i valori che mi avete trasmesso.

Da te, mamma, ho compreso la forza di volontà e la determinazione, con la tua costanza mi hai insegnato che non bisogna mai lasciar andare i propri sogni se davvero li si desidera e che bisogna stringere i denti e dare il massimo quando tutto diventa più difficile e dentro di sé nasce il dubbio di non farcela.

Da te, babbo, ho compreso che rimanere in silenzio non fa di te un debole ma una persona che ha imparato a trasformare il dolore in forza, anche se agli occhi degli altri resta invisibile; mi hai insegnato che è meglio avere pazienza piuttosto che perdere la speranza e lasciarsi sopraffare dal dolore.

Vi ringrazio perché mi avete insegnato cosa significa essere una famiglia ed è per questo che da voi prendo ispirazione per il mio futuro, vi ringrazio perché non siete stati semplici genitori ma custodi di forza, pazienza e amore che hanno saputo insegnarmi ad affrontare le sfide e a credere in me stessa.

Vi ringrazio perché non avete mai smesso di lottare e, anche senza poter inseguire i vostri sogni, avete dato a me la possibilità di inseguire i miei.

- *Sofia & Giuseppe*

Vi ringrazio perché mi avete fatto comprendere che da una situazione estremamente complessa e che ti toglie ogni tipo di forza si può uscire più forti di prima, se tutti avessimo un Giuseppe che arriva nella nostra vita; grazie a te Sofia che nonostante i mille errori fatti hai deciso di rialzarti e riprenderti tutto ciò che realmente meritavi, grazie a te Giuseppe che hai accompagnato prontamente mia sorella lungo tutto questo percorso senza mai tirarti indietro dai tuoi doveri.

Caro Giuseppe, grazie a te che mi hai insegnato che non si deve mai rinunciare a ciò che si è deciso di intraprendere, perché ogni difficoltà è un passo verso la propria crescita.

Cara Sofia, grazie per avermi insegnato cosa significa rialzarsi anche dalla peggiore delle situazioni e cosa significa dover ritrovare la forza per ricominciare da capo.

Grazie a entrambi per essere stati un esempio di quale sia il vero significato di lottare per amore, siete stati fonte di ispirazione e di supporto in moltissime occasioni per me. Grazie perché non mi avete mai lasciata piangere da sola e quando affrontavo una guerra personale la facevate subito vostra.

- Nicholas & Aurora

Mio piccolo Nicholas a te dico grazie perché mi hai insegnato qual è la forma più pura e sincera di amore; da quando sei entrato nella mia vita tutto è cambiato: ogni tuo sguardo, ogni tuo gesto e ogni tua parola riempie di gioia il mio cuore.

Mi hai trasformata in una persona migliore ed è soprattutto grazie a te se, molto spesso, ho trovato la forza di tirare avanti, così da poterti mostrare cosa significa essere forti per poter inseguire sempre i propri sogni.

Mia piccola Aurora, anche se in questo giorno non comprenderai queste parole mi auguro che possa avere la possibilità di rivederle in un futuro; grazie per essere arrivata nella mia vita facendomi riscoprire la gioia di una nuova nascita e per aver portato con te un amore capace di arricchire ancora di più la nostra famiglia, nonostante già pensassimo di averne in abbondanza.

A voi piccoli sappiate che ogni mio traguardo sarà anche un po' vostro e che questo vi sia di insegnamento per essere sempre persone migliori e piene di desideri; quando avrete qualche dubbio nella vostra vita rileggete queste poche parole scritte dalla vostra zia che vi ama con tutta sé stessa:

“La vita non sarà mai tutta in discesa, ci saranno momenti in cui il dolore sembrerà insormontabile e in cui anche le certezze tenderanno a vacillare, ma è proprio in quei momenti che dovete ricordarvi chi siete e cosa volete diventare.

Non fermatevi di fronte alle difficoltà, non lasciate che la paura e il dolore vi impediscano di inseguire i vostri sogni; ogni ostacolo, ogni lacrima, ogni sforzo vi renderà migliori e vi sarà di insegnamento.

Siate sempre determinati per diventare le persone che realmente desiderate essere e continuate il vostro cammino anche quando la sofferenza vi sembrerà troppo grande da poter essere sopportata; non arrendetevi mai, ricordatevi che più il percorso sarà difficile e più saranno grandi le vittorie che otterrete una volta raggiunto il termine.

Non date mai a nessuno modo di spegnere la vostra luce e i vostri più grandi desideri, il vostro punto di forza sarete sempre voi stessi, quindi non smettete mai di credere nelle vostre capacità e nella vostra unicità.”

- A me

Voglio prendermi un momento per ringraziare me stessa.

Mi ringrazio per aver raggiunto questo mio sogno nonostante le innumerevoli difficoltà affrontate; grazie a me stessa perché non ho mai permesso a nessuno di definire chi fossi o chi dovessi essere, ma ho sempre inseguito ciò che sentivo appartenere davvero a me.

Grazie a me stessa per aver continuato a credere, a lottare e a rialzarmi anche quando sembrava impossibile.

Grazie a me stessa per tutto quello che sono stata, per tutto quello che sono e per tutto quello che diventerò.

- Federica & Ethan

Fefe: Abbiamo iniziato questo cammino insieme anni fa e, nonostante la distanza fisica, il nostro percorso è sempre proseguito come se fossimo vicine.

A te dico grazie perché mi hai supportata non solo come compagna ma soprattutto come amica, anche da lontano. Grazie di cuore per esserci sempre stata perché la distanza non ha potuto fermare questa nostra amicizia; sei sempre stata presente, pronta a condividere gioie, dubbi e sogni senza mai farmi sentire sola.

A noi, che presto saremo colleghe, auguro tutto il meglio che la vita possa offrirci.

Pithan: A te, che anche senza sentirci ogni giorno sei sempre stato una presenza sicura.

Non è la quantità di tempo a fare la differenza ma il sapere che ci sei, sempre e comunque.

Grazie per avermi supportato, e anche sopportato, nei momenti difficili senza mai farmi mancare il tuo appoggio.

Grazie per la tua amicizia, semplice, autentica e costante.

- Michele

Michele ti ringrazio per avermi insegnato cosa significa piacere davvero a una persona e come ci si sente a essere amati veramente.

A te dico grazie perché mi hai fatta risplendere di quella luce che altri avevano spento, nonostante non fosse una tua colpa ti sei fatto carico di questo prendendotene cura per riportarmi a brillare come non avevo mai fatto prima.

Grazie per avermi aiutata a ritrovare la forza, il coraggio e la fiducia in me stessa.

10.015

“Grazie a tutti voi che avete saputo vedere dentro me mille musei mentre io riuscivo a vedere solo corridoi vuoti.”