
**ANALISI DEI DATI EPIDEMIOLOGICI E DI ATTIVITÀ
DEI SERVIZI PER L'ETÀ EVOLUTIVA DELLA REGIONE
VENETO RELATIVI AGLI ANNI 2012 E 2013**

di

*Lia Faravelli - Responsabile SEE, Distretto Nord, Azienda ULSS n. 9,
Maria Cristina Mambelli – Direttrice UOC Materno-Infantile e Famiglia, Azienda ULSS n. 15,
Paolo Michielin – Docente di Psicodiagnostica clinica, Università di Padova,
Marta Miotto – psicologa tirocinante. SEE, Distretto Nord, Azienda ULSS n. 9,
Lorenzo Rampazzo - Dirigente, Settore Salute mentale e sanità penitenziaria, Sezione
Attuazione Programmazione Sanitaria, Regione del Veneto*

Sommario

1. Servizi Distrettuali per l'Età Evolutiva.....	3
1.1. Storia dei Servizi per l'Età Evolutiva	3
1.2. Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale	6
1.3. Linee Guida Regionali.....	8
2. Sistemi informativi	13
2.1. Debito informativo regionale e Sistema informativo aziendale.....	13
2.2. Indicatori per la valutazione	13
3. Attendibilità, omogeneità e coerenza delle rilevazioni relative al 2012-2013.....	21
3.1. Utenti	22
3.2. Età degli utenti	29
3.3. Diagnosi	30
3.4. Interventi	51
3.5. Operatori	59
4. Approfondimento dei problemi di validità e attendibilità dei dati.....	61
5. Conclusioni	62
Bibliografia	64
Siti Web:	65
Appendice.....	66

1. Servizi Distrettuali per l'Età Evolutiva

1.1. Storia dei Servizi per l'Età Evolutiva

Il contributo della Psicologia dell'età evolutiva, della Psicologia clinica e della Psico-pedagogia allo sviluppo nel nostro paese dei Servizi per l'età evolutiva è stato, ed è, fondamentale; ma la radice scientifico-professionale più profonda di questi servizi è la Neuropsichiatria infantile. Ancora oggi, nella maggior parte delle regioni italiane i servizi hanno la denominazione di Servizi di N.P.I. e la società più attiva nelle proposte tecnico-organizzative e nell'elaborazione di Linee Guida è la S.I.N.P.I.A. - Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza.

In Italia i pionieri della Neuropsichiatria Infantile sono stati De Sanctis (1862-1935) per l'aspetto clinico-psicopatologico, Montesano (1868-1951) per quello psico-pedagogico e Montessori (1870-1952) sul fronte strettamente pedagogico. Essi, infatti, diedero alla Neuropsichiatria infantile una doppia anima, psichiatrica e pedagogica. In particolare, nel 1900 De Sanctis aprì a Roma il primo ambulatorio di Neuropsichiatria Infantile e trent'anni dopo vennero inaugurati i primi due reparti infantili universitari presso la *Clinica di Malattie Nervose e Mentali*. Intorno agli anni '30 si diffusero le classi differenziali e sorsero vari Istituti Medico-pedagogici (Bracci, 2003).

La classe differenziale era stata istituita per soggetti definiti dalle categorie diagnostiche dell'epoca come "ipodotati intellettuali non gravi (Q.I. 75-90), con problemi di socializzazione ed anomalie del comportamento". Per questi bambini era stato previsto un percorso specifico tarato sulle loro esigenze e volto al recupero delle abilità deficitarie, per un ottimale reinserimento nelle classi "normali". Le classi differenziali erano poste all'interno del plesso scolastico ed utilizzavano le stesse modalità delle altre classi. La funzione sociale della classe differenziale era anche promuovere contatti più vivi e profondi fra famiglia e scuola. Infatti venivano prefissate alcune giornate, nell'arco della settimana, nelle quali le famiglie potevano partecipare alla vita delle classi, acquisendo dal vivo anche nuove modalità educative.

Come afferma Migone (2014), dalla metà degli anni 1930 la psichiatria infantile in Italia subì una battuta d'arresto, per poi riprendersi alla fine della seconda guerra mondiale, ponendo attenzione a nuove patologie infantili, dovute anche ai danni fisici e psico-sociali della guerra, come ad esempio le paralisi cerebrali infantili e le patologie del carattere. Nel 1946 si svolse il *1° Convegno Internazionale della Semaine Internationale d'Etudes pour l'Enfance de la Guerre* (SEPEG) a Losanna e ad esso parteciparono sei medici italiani ricevendo grandi stimoli dai colleghi di dodici paesi europei presenti. Un anno dopo, Giovanni Bollea organizzò a Roma un convegno nazionale della SEPEG, dove si discusse la struttura dei Centri Medico-Psico-Pedagogici (CMPP), e l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia (ONMI) si impegnò a crearli in Italia. I primi due CMPP nacquero a Milano e a Roma e in un decennio divennero più di 200; nel Veneto sorsero il CMPP di Padova, diretto dal prof. Cattonaro, quelli degli altri capoluoghi di provincia e di strutture assistenziali, come l'Istituto "Gris" di Mogliano Veneto. Questi centri erano caratterizzati dal lavoro in équipe costituite da un neuropsichiatra, uno psicologo, un'assistente sociale e/o un insegnante. Il lavoro, prevalentemente diagnostico e consulenziale, svolto nei Centri rese subito evidente la necessità di

organizzare in rete le opportunità educative e scolastiche per i minori con disabilità e di prevedere altre strutture assistenziali e abilitative.

Accanto alle classi differenziali, si svilupparono le scuole speciali, previste per ragazzi con gravi e specifiche difficoltà comportamentali e cognitive. I contesti di vita da cui provenivano questi ragazzi venivano spesso definiti “penosissimi”. Le scuole speciali a permanenza diurna erano, in particolare, dedicate ai “bambini gracili, ai mongoloidi, agli spastici, agli ambliopici, ai sordastri, ai caratteriali e a quelli affetti da tracomatosi”. Vi erano, poi, Istituti in cui i minori con grave disabilità erano ricoverati per un periodo in genere lungo di tempo; in alcuni casi questi istituti si definivano “per irrecuperabili”.

Nel 1948, fu fondata la *Società Italiana per l'Assistenza Medico-Pedagogica ai Minorati fisici e psichici dell'Età Evolutiva* (SIAME), e nello stesso anno il *Comitato Italiano di Psichiatria Infantile*. Nel maggio del 1951 alle SEPEG di Cosenza, fu proposto il primo abbozzo di organizzazione assistenziale sul piano nazionale, basato su un Comitato Interministeriale, che attraverso l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità, realizzasse perifericamente questa nuova assistenza ai fanciulli disadattati. Un modello assistenziale che certamente produsse importanti cambiamenti ma che presto evidenziò anche i suoi limiti. Nel 1966, Bollea in un articolo apparso sulla Rivista “*Maternità e Infanzia*” evidenziò alcuni punti critici e alcune difficoltà dei CMPP:

- Scarsa conoscenza delle possibilità terapeutiche ambientali: un servizio di Neuropsichiatria Infantile e ancor più un CMPP deve operare prevalentemente in un settore delimitato (quartiere, piccoli paesi consorziati) per poter conoscere a fondo le situazioni ambientali nei loro elementi negativi o positivi, la potenzialità nociva quanto quella terapeutica (scuola, istituzioni di tempo libero, classi sociali, etc.);
- All'espansione dei CMPP e alla loro attività è mancata una armonica e parallela organizzazione dei servizi collaterali indispensabili per la terapia;
- È necessario che il Centro Medico-Psico-Pedagogico sia organizzato a tempo pieno.

Negli stessi anni proliferarono esperienze innovative di educazione integrata e di lotta all'emarginazione; sulla base di queste esperienze e sull'onda di un intenso dibattito culturale, nel 1971 fu approvata la Legge n. 118, la quale stabiliva che anche gli alunni disabili, ad eccezione dei più gravi (minori ciechi, sordi, tetraplegici), dovevano adempiere l'obbligo scolastico nelle scuole normali; nel 1977 la Legge n. 517 sancì il principio dell'integrazione nella scuola elementare e media di tutti gli alunni con disabilità dai 6 ai 14 anni, imponendo una specifica programmazione educativa da parte di tutti gli insegnanti della classe, affiancati da un insegnante specializzato per il “sostegno didattico” e supportati dai Servizi Socio-sanitari. Nel 1992 venne approvata la Legge n. 104 che riaffermò e generalizzò l'obbligo (e il diritto per il minore) dell'inclusione scolastica: tutte le scuole, statali e non, dovevano accettare l'iscrizione degli alunni con disabilità, anche in situazione di particolare gravità, e il rifiuto di iscrizione era punito penalmente. La Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità, sottoscritta dall'Italia nel 2007, afferma il diritto di queste di ricevere un'assistenza e cura speciali, all'interno di un “sistema scolastico inclusivo” e che favorisca la piena partecipazione alla vita sociale.

Questa evoluzione fornì un grande impulso allo sviluppo dei Servizi di per l'Età Evolutiva e alla loro organizzazione multidisciplinare e territoriale. La peculiare organizzazione di questi Servizi in Italia, fondandosi sul lavoro in équipe dei diversi professionisti (non solo neuropsichiatri infantili,

psicologi e assistenti sociali, ma anche tecnici della riabilitazione, educatori, foniatristi, fisiatristi, etc.), si pone come principio e come obiettivo un approccio integrato al bambino ed alla sua famiglia indipendentemente dal disturbo presentato e dalla tipologia di intervento richiesto; ciò consente una visione più ampia ed integrata delle relazioni evolutive esistenti tra le diverse situazioni patologiche, dei problemi della comorbidità e della prevenzione secondaria e costituisce pertanto un punto di forza nello studio e nella programmazione degli interventi nell'area della Salute Mentale in età evolutiva.

Accanto ai CMPP, negli anni '70 del secolo scorso in Veneto i Comuni più grandi, i Consorzi di comuni e in alcuni casi le Province crearono Servizi per l'Età evolutiva con le denominazioni più varie (ad es. Servizio Socio-psico-pedagogico nel Trevigiano). Questi servizi avevano una forte caratterizzazione territoriale e a sostegno dell'integrazione scolastica; in essi aveva grande rilievo la figura dello psicologo, figura appena affermata anche grazie all'istituzione del Corso di laurea. Questi servizi, così come alcuni CMPP, nel 1979 con la legge di Riforma sanitaria confluirono nelle Unità Socio-Sanitarie Locali e formarono la base di quelli che ora sono i Servizi per l'Età Evolutiva.

In Veneto la DGR n. 3242 del 30 novembre 2001 "*Programma settoriale relativo all'assistenza territoriale*" dispose che il Distretto socio-sanitario delle Aziende ULSS fosse articolato in modo da garantire l'assistenza primaria e da realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi operanti sul territorio; la stessa DGR indicava anche l'articolazione organizzativa del distretto prevedendo almeno due unità organizzative da configurarsi come strutture, una delle quali per l'area materno-infantile, età evolutiva e famiglia (infanzia, adolescenza e famiglia). Quest'ultima unità organizzativa comprende le seguenti attività ed interventi:

- Pediatri di Libera Scelta;
- Consultorio familiare;
- Servizio di riabilitazione per l'età evolutiva.

Nel 2002 la DGR 2227 ha definito i Livelli Essenziali di Assistenza all'interno dei quali si inseriscono le attività dei Servizi per l'Età Evolutiva:

- Area Materno-Infantile: assistenza sanitaria e sociosanitaria alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie, a tutela della maternità, per la procreazione responsabile, per l'interruzione di gravidanza, per la protezione del minore in stato di abbandono;
- Area Disabili fisici, psichici, sensoriali: attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali.

Un primo tentativo di omogeneizzare l'offerta dei servizi che si occupano di infanzia ed adolescenza a livello locale si è avuto con la DGR n.12 del 14 gennaio 2005 "*Linee di indirizzo regionali alle Aziende ULSS e Ospedaliere per la riorganizzazione dei servizi e attività di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e di Psicologia dell'età evolutiva*", la quale stabiliva che la diagnosi ed il trattamento dei disturbi neurologici e psicopatologici dell'età evolutiva, rappresentando delle attività complesse, devono essere affrontati dall'Unità Operativa multidisciplinare di NPIA in grado di sviluppare attività di prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione in ambito neurologico, psichiatrico e psicologico nella fascia di età 0-18 anni per la presa in carico globale del paziente e della sua famiglia. In seguito la DGR 569 dell'11 marzo 2008 ha approvato le "*Linee guida per i servizi sociali e sociosanitari: la cura e la segnalazione, le*

responsabilità nella protezione e nella tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Veneto" dove è stata approfondita la questione cruciale del rapporto tra i Servizi socio-sanitari e l'Autorità Giudiziaria. Inoltre, la DGR n. 2416 dell'8 agosto 2008 "*Linee di indirizzo regionale per lo sviluppo dei servizi di protezione e tutela del minore - Biennio 2009-2010*" esplicita l'impegno della Regione Veneto di creare un quadro di riferimento unitario capace di garantire in tutto il territorio regionale elevati livelli di qualificazione nell'ambito della protezione, cura e tutela del minore e definisce una struttura organizzativa e programmatoria capace di sostenere e accompagnare lo sviluppo dei servizi regionali per la protezione, cura e tutela dei bambini e dei ragazzi e di dare indicazione di un coerente percorso di recepimento ed attuazione da parte del sistema dei Servizi regionali delle Linee guida. Con DGR n. 651 del 9 marzo 2010 la Giunta Regionale ha approvato il Progetto Obiettivo regionale per la tutela della salute mentale nel triennio 2010-2012 nella cui Appendice si approfondisce la questione della salute mentale nell'infanzia e adolescenza prevedendo la costituzione di nuove offerte e percorsi rivolti all'infanzia e all'adolescenza in particolare:

- L'istituzione di Centri di riferimento inter-ULSS per il trattamento di episodi acuti in regime di ricovero ospedaliero;
- La realizzazione di attività di collegamento e di consulenza in Pediatria;
- La collaborazione con DSM, SerT e altri servizi rivolti all'infanzia e adolescenza, anche per la formazione comune;
- L'istituzione di percorsi terapeutico riabilitativi, sia a livello semiresidenziale che residenziale.

Va inoltre richiamata la Legge Regionale 4 marzo 2010, n. 16 "*Interventi a favore delle persone con disturbi specifici dell'apprendimento e disposizioni in materia di servizio sanitario regionale*", i cui principali ambiti di azione includono tra l'altro:

- L'adeguamento del sistema socio sanitario regionale, attraverso:
 - a) il potenziamento dei servizi distrettuali per l'infanzia e adolescenza in termini di personale qualificato nell'identificazione precoce e nel trattamento dei disturbi specifici dell'apprendimento;
 - b) la costituzione di un centro di riferimento regionale per i DSA con il compito di realizzare sperimentazioni clinico-assistenziali, ricerche e studi pilota.
- La promozione di interventi per la formazione e l'aggiornamento degli operatori socio-sanitari preposti alla diagnosi e alla riabilitazione delle persone con DSA.

La Legge Regionale 16/2010 stabilisce anche che la diagnosi dei DSA deve essere effettuata da neuropsichiatri infantili o psicologi, dipendenti dalle Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere e Ospedaliero-universitarie integrate, o da strutture private accreditate.

1.2. Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale

Per cercare di omogeneizzare la rete dei Servizi territoriali in Italia, il 18 marzo 2008 sono state pubblicate le Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale. In particolare, queste linee guida

cercano di definire quali sono i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per la salute mentale, i quali devono valorizzare la presa in carico del paziente con disturbi mentali, vale a dire:

- La garanzia dell'accesso;
- La continuità delle cure;
- La personalizzazione del progetto.

Occorre cioè superare una logica prestazionale, fondata su strutture separate per funzione, e andare verso una logica primariamente fondata sull'integrazione e su programmi e servizi offerti al cittadino. Si deve dunque adottare un approccio centrato sulle persone e sui processi che si costruiscono, prestando attenzione alle potenzialità di ripresa e al desiderio di guarigione che ognuno porta con sé, secondo programmi terapeutico-riabilitativi individuali che vanno di volta in volta costruiti e sostenuti con risorse adeguate.

Come sottolineano le Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale anche a livello dei servizi regionali per le problematiche dell'infanzia e dell'adolescenza sono presenti delle difformità nei modelli e nei tempi di programmazione e costituzione. Il Progetto Obiettivo "*Materno infantile relativo al piano Sanitario nazionale per il triennio 1998-2000*" ribadisce che l'assistenza neuropsichiatrica nell'infanzia e nell'adolescenza deve articolarsi seguendo le indicazioni contenute nel Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000" e in linea con le "Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione" specificatamente per quanto attiene all'età evolutiva e indirizza verso un modello di servizi definiti "Unità Operative territoriali e ospedaliere di Neuropsichiatria Infantile". Con questa definizione il PO definisce che la neuropsichiatria integra tre competenze di base:

- Psicopatologia dello sviluppo;
- Neuropsicologia dello sviluppo;
- Neurologia dello sviluppo.

Questi servizi hanno dunque il compito di gestire tutti gli aspetti legati alla diagnosi e al trattamento o riabilitazione della disabilità mirando all'inclusione sociale. Sebbene in maniera difforme tra i vari territori, le reti operative si muovono su diverse aree:

- Promozione della salute mentale in infanzia e adolescenza in un contesto di rete e di raccordo tra servizi sanitari, sociali e educativi con una strategia di coinvolgimento delle famiglie;
- Interventi di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza con un sempre maggiore impegno dei servizi verso la presa in carico di situazioni psicopatologiche primarie, anche in situazioni di emergenza, o secondarie a condizioni di deprivazione/emarginazione o disabilità;
- Attività nell'area delle disabilità sia sul versante diagnostico e riabilitativo che su quello dei processi di inclusione scolastica legati alla Legge 104.

Viene dunque posta una rilevanza particolare nelle azioni volte a promuovere e migliorare il benessere dell'infanzia e dell'adolescenza diventando punti fondamentali della programmazione sanitaria delle Regioni e delle singole Aziende Sanitarie. Le Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale affermano che il modello organizzativo deve rispondere ai seguenti presupposti:

- I Servizi devono occuparsi unitariamente della fascia di età 0-18; le attività saranno articolate per rispondere in maniera specifica alle diverse esigenze delle varie fasce di età;
- La peculiarità della riabilitazione in età evolutiva rende fondamentale un approccio che mantenga o indirizzi questo settore di intervento nell'ambito dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza;
- La necessità di garantire all'interno dei servizi il livello di multiprofessionalità adeguato per numero e competenze e che le diverse professionalità impegnate nei servizi siano specificamente formate rispetto all'età evolutiva.

Infine le Linee di Indirizzo Nazionali per la Salute Mentale individuano le strategie operative che i Servizi devono poter garantire:

- Intervento integrato ospedale-territorio, che consente di identificare tempestivamente i disturbi e di rispondere ai bisogni del bambino-adolescente nel suo ambiente naturale di vita;
- Integrazione operativa con i servizi socio-assistenziali degli Enti Locali, con il Sistema Scolastico, il Sistema Giudiziario e le Organizzazioni del Terzo Settore;
- Lavoro in équipes multidisciplinari composte da figure professionali esperte nel campo dell'età evolutiva: neuropsichiatri infantili, psicologi clinici per l'età evolutiva, assistenti sociali, fisioterapisti, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, educatori professionali, infermieri, tecnici.

1.3. Linee Guida Regionali

Oltre alle difformità a livello nazionale è stata evidenziata l'assenza di omogeneità anche a livello locale. Sulla base delle indicazioni presenti nelle Linee guida nazionali nella Regione Veneto è emersa la necessità di pervenire ad apposite Linee Guida per i servizi distrettuali di Neuropsichiatria Infantile e/o Età evolutiva derivante dalla scarsità di atti programmatori regionali che permettono di presentare un'offerta congruente ed omogenea all'interno del territorio. Vi è inoltre il bisogno di costituire nuovi percorsi rivolti all'infanzia e all'adolescenza come risposta ai nuovi bisogni della popolazione e l'esigenza di razionalizzare il rapporto con gli altri servizi/istituzioni che operano in questa regione. È per questo motivo che, con provvedimento n. 2908 del 29 settembre 2009, la Giunta regionale ha previsto la costituzione di un gruppo di lavoro integrato per l'elaborazione di Linee Guida per il Servizio Distrettuale di Età Evolutiva in cui sono presenti le rappresentanze delle professionalità competenti provenienti dalle Aziende ULSS della Regione stessa. Le medesime Linee Guida sono state in seguito approvate con DGR n. 1533 del 27 settembre 2011 e hanno portato alla costituzione di una Commissione per il monitoraggio e la verifica dell'applicazione a livello locale delle Linee Guida per il Servizio distrettuale di età evolutiva (DSR n. 136 del 12 dicembre 2011).

Come viene indicato dalle Linee Guida per il Servizio Distrettuale di Età Evolutiva, la direzione del Servizio è affidata a un dirigente sanitario di ruolo (psicologo o neuropsichiatra infantile), a tempo pieno e a rapporto esclusivo, appartenente al Servizio stesso. Il contesto all'interno del quale

operano i Servizi per l'Età Evolutiva risulta molto complesso per alcuni motivi, quali:

- la vastità della casistica tra 0 e 18 anni e la varietà dei disturbi di cui si occupano;
- le necessarie interazioni con le altre istituzioni che, con missioni diverse, intervengono a favore di utenti nelle stesse fasce di età.

La popolazione che affrisce ai Servizi distrettuali per l'età evolutiva si colloca tra il 6% e il 9% della popolazione di età compresa tra i 0 e i 18 anni anche se vi sono scenari diversificati a seconda delle zone regionali considerate. I principali problemi/disturbi per i quali i soggetti vengono in contatto con i Servizi per l'Età Evolutiva possono essere raggruppati in questo modo.

- Nella prima infanzia:
 - problemi neurologici maggiori di origine centrale;
 - disturbi dello sviluppo;
 - disturbi del linguaggio;
 - ritardo mentale;
 - disturbi sensoriali;
 - disturbi generalizzati dello sviluppo;
 - disturbi dell'attenzione con iperattività;
 - disturbi (specifici e aspecifici) dell'apprendimento;
 - disturbi emozionali e affettivi;
 - disturbi somatoformi.
- Nella preadolescenza e nell'adolescenza:
 - disturbi del comportamento alimentare;
 - disturbi del comportamento e della condotta;
 - disturbi di personalità;
 - disturbi associati ad uso di sostanze;
 - disturbi affettivi;
 - disturbi di ordine psicotico.

Le Linee Guida per il Servizio Distrettuale di Età Evolutiva sottolineano che, data la natura delle condizioni cliniche che afferiscono a livello ambulatoriale a questi Servizi, si rende necessario creare un collegamento con la struttura ospedaliera, e in particolare con il reparto di Pediatria e con il Pronto Soccorso per la gestione delle emergenze. Vi è inoltre una collaborazione con le Comunità Terapeutiche ed Educativo-Riabilitative per gli adolescenti inseriti che hanno problematiche gravi e/o situazioni di disagio familiare. I Servizi per l'Età Evolutiva sono impegnati anche a rispondere a soggetti che, per mandato istituzionale e per obblighi di legge, segnalano situazioni per le quali è necessaria una presa in carico valutativa e/o riabilitativa. Queste istituzioni sono rappresentate soprattutto dalla Scuola, dall'Autorità Giudiziaria e dai Comuni. Tenendo presente le indicazioni poste dai Livelli Essenziali di Assistenza occorre definire quali sono le diverse fasi del processo di "Assistenza Socio-Sanitaria" dei soggetti che si rivolgono ai Servizi per l'Età Evolutiva. L'assistenza socio-sanitaria identifica la sequenza delle azioni da effettuare per giungere a una definizione specifica e globale del problema presentato nonché agli interventi da attivare per conseguire la migliore efficacia e efficienza possibile di risposta al problema di salute, riferite ad un

preciso contesto ambientale e di Servizio. Le Linee Guida Regionali affermano che la formulazione dei percorsi assistenziali deve fare costante riferimento a linee guida di intervento specifiche per i diversi disturbi e scientificamente riconosciute, nonché ai principi dell'Evidence Based Medicine.

Fase di accesso

Le Linee Guida Regionali sottolineano come l'accessibilità ai Servizi sia un rilevante indicatore di qualità. Esse raccomandano che il tempo di attesa per un primo colloquio, di norma, non superi i 30 giorni. Inoltre, la richiesta di intervento del Servizio può essere effettuata solo dai genitori o dal tutore legale del minore. L'unica deroga a questa regola è data dal mandato dell'Autorità Giudiziaria che investe i Servizi per l'Età Evolutiva dei compiti d'indagine e approfondimento in merito al disagio di un minore e del suo contesto familiare.

Fase diagnostica e di valutazione

L'equipe di lavoro multiprofessionale che opera all'interno dei Servizi mette insieme persone con ruoli e specializzazioni professionali diverse per fornire i propri servizi e per sviluppare una serie di obiettivi comuni per ciascun assistito. Il processo di valutazione diagnostica in età evolutiva si configura come delicato e specifico perché deve costantemente operare su molteplici livelli: la valutazione deve tener conto del minore, di quanti si prendono cura di lui, delle loro relazioni, cogliendo l'interdipendenza tra disturbo individuale e fattori interattivi, precisando costantemente se tali interrelazioni promuovono lo sviluppo o, al contrario, lo intralciano.

Per una corretta diagnosi e per predisporre congrui progetti di intervento è opportuno indagare se esistono fattori genetici, difficoltà nella vita fetale e perinatale, condizioni di prematurità e malattie fisiche che possono ridurre la capacità del bambino di avviare esperienze e limitare la gamma delle sue risposte, determinando una condizione di vulnerabilità che interferisce negativamente con le sue potenzialità di crescita o meno. Nello stesso tempo è opportuno conoscere condizioni sfavorevoli, come separazioni precoci, psicopatologia del genitore, svantaggio socio-economico, che possono configurare un rischio ambientale incidendo in modo negativo sullo sviluppo del bambino e sul legame con i genitori.

La conclusione dell'intero percorso valutativo multiprofessionale e globale porta ad una definizione diagnostica e ad un profilo funzionale. I sistemi di classificazione prevalentemente usati nei Servizi per l'Età Evolutiva sono l'ICD-10 (OMS) e la Classificazione Diagnostica 0-3R, che prevedono una codifica a più "assi" la quale facilita la valutazione ampia e sistematica dei disturbi mentali, delle condizioni mediche generali, dei problemi ambientali e psicosociali e del loro livello di funzionamento, problematiche che potrebbero essere trascurate se la valutazione fosse attuata per singolo problema.

Infine le Linee guida regionali sottolineano l'importanza della comunicazione riguardante la valutazione/diagnosi effettuata, il profilo funzionale e l'ipotesi prognostica. Va condiviso il percorso di proseguimento che può comprendere varie ipotesi:

- Dimissione.
- Dimissione ed invio/accompagnamento ad altro servizio.
- Approfondimento valutativo/diagnostico interno o esterno al Servizio.
- Monitoraggio/consulenza.

- Attivazione di un progetto di cura/riabilitazione/sostegno individualizzato.

Il Progetto di cura/riabilitazione/sostegno individuale

Questo progetto costituisce il documento di programmazione e pianificazione di tutti gli interventi utili e opportuni al miglioramento della salute del bambino/ragazzo e della sua famiglia, in un arco di tempo definito, sulla base delle valutazioni dei bisogni e delle variabili evidenziate nel percorso valutativo. Le Linee guida regionali sottolineano come il progetto di cura/riabilitazione/sostegno deve rispondere a criteri di “fattibilità”, sia rispetto alle competenze interne proprie del servizio che della capacità della famiglia e del bambino/ragazzo di partecipare attivamente all’intervento, oltre che a criteri di “efficacia” validati dalla documentazione scientifica. Il progetto deve essere condiviso, oltre che da tutta l'équipe coinvolta, anche dai genitori del bambino/ ragazzo attraverso un consenso informato. Infine, questo progetto deve contenere:

- obiettivi specifici;
- interventi previsti;
- operatori coinvolti;
- tempistica di attivazione ed espletamento delle attività;
- conclusione del progetto;
- indici di verifica di esito (qualitativi e quantitativi);
- responsabile del progetto;
- referente del caso;
- compartecipazione al progetto di altri servizi, intra ed extra-aziendali.

Si auspica la possibilità di valutare l’efficacia del proprio intervento non solo riguardo alle aree della funzionalità cognitiva, motoria, del linguaggio o dell’apprendimento ma vanno individuati anche indici di miglioramento sul piano sintomatologico e dell’evoluzione positiva sul piano relazionale, comportamentale e di adattamento sociale.

Fase della dimissione

Il progetto individualizzato dettaglia i tempi di attuazione degli interventi in seguito ai quali, dopo valutazione degli esiti, potrà configurarsi la possibilità di una dimissione:

- Se il percorso di cura ha attivato/riattivato sufficientemente le risorse evolutive del bambino/ragazzo e la famiglia è in grado di sostenerle nel tempo, restituendo a questa l’attenzione e la responsabilità del monitoraggio del bambino/ragazzo;
- Per il venire meno dell’alleanza terapeutica con la famiglia;
- Perché i bisogni terapeutico/assistenziali del bambino/ragazzo sono di più precisa pertinenza di un altro Servizio.

Le Linee Guida per i Servizi Distrettuali di Età Evolutiva della Regione Veneto hanno inoltre provato a definire quali sono gli obiettivi che i singoli distretti devono tenere presente durante l’attività quotidiana dei Servizi. In particolare, sostengono che la Vision dei Servizi Distrettuali sia quella di sviluppare e tendere al benessere dei minori e adolescenti presenti nel loro territorio, garantendone il corretto sviluppo e sostenendo il ruolo affettivo, educativo e socializzante della famiglia. La Mission che questi servizi devono avere è quella di operare per connettere principi e

azioni soprattutto in questi ambiti:

- centralità dei diritti sociali e di cittadinanza, in particolare quelli relativi alla cura responsabile;
- definizione precisa e dinamica dei LEA, evitando la discrezionalità non motivata e assumendo la responsabilità nell'uso delle risorse e nella decisione delle priorità;
- realizzazione attenta del lavoro multidisciplinare, come risposta seria alla multi-fattorialità della sofferenza infantile e familiare, attraverso la ricomposizione delle componenti disciplinari dedicate;
- sviluppo del monitoraggio dei processi e degli esiti e l'affermazione del miglioramento dimostrabile e misurazione del gradimento dei cittadini;
- inserimento delle operazioni tecniche nel contesto politico e comunitario locale, in vista del migliore raggiungimento della governance settoriale;
- sintonizzazione delle attività preventive, diagnostiche, curative e riabilitative specifiche con le esigenze e le finalità delle altre agenzie che operano in questo settore: la scuola, la giustizia minorile, gli altri servizi sociali e sanitari, lo sport, il volontariato, per riconoscere una interdipendenza comunque esistente e cornice di ogni sviluppo integrato degli interventi.

Infine le Linee Guida per i Servizi di Età Evolutiva individuano gli obiettivi strategici per operare all'interno delle affermazioni espresse nella mission e delle finalità indicate nella vision. Questi si concretizzano nei seguenti punti:

1. presa in carico complessiva e longitudinale (continuativa), che comprende le prestazioni diagnostiche, l'attuazione terapeutica, il supporto riabilitativo, l'indicazione educativa, includendo nella presa in carico non solo il bambino, ma in modo indispensabile e inderogabile la famiglia e i suoi contesti di vita;
2. valutazione e attivazione prestazionale di tipo globale e multiprofessionale specifico, in modo da assicurare appropriatezza e completezza diagnostica, precisione terapeutica, coerenza riabilitativa e verifica degli esiti;
3. uso della UVMD nei casi complessi;
4. riduzione della disabilità, come esito del percorso curativo;
5. misurazione delle attività, dell'esito atteso, delle variazioni epidemiologiche, attraverso un sistema informativo standardizzato a livello regionale;
6. costruzione di un Servizio interdisciplinare, con previsione di direzione collegata alla dirigenza medica o psicologica e presenza in ogni ULSS regionale, di composizione secondo uno standard riferito alla popolazione di riferimento.

In conformità con questi ultimi punti nella Regione Veneto si sta cercando di creare un sistema informativo adeguatamente sviluppato per poter procedere verso una programmazione e pianificazione omogenea dei Servizi Distrettuali per l'Età Evolutiva della regione stessa.

2. Sistemi informativi

2.1. Debito informativo regionale e Sistema informativo aziendale

Il Debito informativo regionale nei confronti del Ministero della Salute viene soddisfatto attraverso la raccolta dei Flussi informativi regionali generati da prestazioni sanitarie erogate a cittadini presso le Aziende ULSS o altri soggetti privati accreditati dal Sistema Sanitario Regionale. L'obiettivo per i quali sono stati istituiti i Flussi informativi regionali è l'acquisizione dei dati di attività ed economici delle aziende sanitarie pubbliche e dei soggetti privati accreditati rispetto ai diversi ambiti di erogazione dei servizi sanitari siano essi ospedalieri che territoriali. La disponibilità di questi dati è alla base dei compiti di programmazione e controllo della spesa sanitaria regionale dei diversi interlocutori coinvolti (Direzione Salute, settori competenti per materia, enti a supporto, Ministeri e soggetti a rilevanza nazionale). La fornitura di dati che le Aziende sono chiamate a produrre deve in particolare rispettare i criteri descritti all'interno dei Disciplinari regionali dedicati ad ogni specifico flusso e riguardano i dati anagrafici approfonditi del paziente (nome, cognome, codice fiscale, titolo di studio, professione, etc.), le condizioni in cui si trova e le operazioni compiute su di esso (esami diagnostici, interventi chirurgici, etc.). Grazie ai Flussi informativi la Regione possiede una grande quantità di informazioni utili sulla tipologia di pazienti che accedono alle strutture sanitarie, mantenendo costante il monitoraggio delle loro attività. Attualmente non è operativo alcun flusso di dati regionali relativi ai servizi per l'età evolutiva verso il Ministero della Salute.

Per le rilevazioni effettuate sui Servizi per l'Età Evolutiva la Regione Veneto dispone dei dati complessivi sull'utenza ricavati dai Sistemi Informativi Aziendali. Questi Sistemi permettono alle singole Aziende di monitorare, programmare e pianificare l'attività dei suoi Servizi. La scelta del Sistema Informativo è assegnata alle Aziende ULSS che decidono quale utilizzare. Ne risulta quindi che il processo di raccolta dei dati che la Regione Veneto richiede ai Servizi sia diverso a seconda del Sistema Informativo che l'Azienda dispone. Inoltre, i Servizi per l'Età Evolutiva non inviano alla Regione Veneto le informazioni suddivise per utente ma forniscono i dati complessivi relativi agli indicatori per la valutazione che lei stessa ha fornito.

2.2. Indicatori per la valutazione

All'interno delle Linee Guida per i Servizi Distrettuali per l'Età Evolutiva è presente una sezione dedicata agli indicatori per la valutazione che i Servizi devono seguire nell'invio dei dati.

La 1^a rilevazione delle attività dei Servizi distrettuali per l'Età Evolutiva finalizzata alla quantificazione degli indicatori per la valutazione è stata avviata in via sperimentale nel dicembre 2013 utilizzando un'apposita procedura informatica ("Applicazione Schede Età Evolutiva") con l'obiettivo di verificare sia l'adeguatezza del sistema regionale predisposto che la funzionalità dei sistemi informativi aziendali, per cui è stata richiesta la trasmissione dei soli dati certi disponibili,

quindi senza stime o proiezioni, riferiti all'anno 2012. Nel giugno 2014 la rilevazione delle attività dei Servizi distrettuali per l'Età Evolutiva è entrata a regime con la raccolta dei dati riguardanti l'anno 2013.

Nelle tabelle seguenti sono descritte le regole d'inclusione di ogni indicatore utilizzato per la valutazione. La Tabella 1 raccoglie gli indicatori che riguardano gli utenti e il numero complessivo di interventi erogati dai Servizi.

Tabella 1. Regole d'inclusione degli indicatori riguardante gli utenti e il numero totale degli interventi erogati

INDICE DI VALUTAZIONE	DESCRIZIONE
Numero nuovi utenti nell'anno	Gli utenti che non hanno mai avuto alcun accesso al Servizio o che, se già conosciuti in passato, non hanno avuto alcun accesso o prestazione negli ultimi 3 anni.
Numero utenti che hanno avuto almeno una prestazione nell'anno (esclusi i contatti telefonici)	Per "prestazioni" s'intendono sia le prestazioni dirette che quelle indirette (ad esempio gli incontri a scuola, o la partecipazione ad una équipe sul caso o ad una UVM). Questa categoria comprende sia gli utenti nuovi che vecchi. Nello specifico, ad esempio, un utente che ha avuto 20 prestazioni all'anno, viene contato sia in questo indicatore, sia nel "numero di utenti che hanno avuto almeno 3 prestazioni" che nel "numero di utenti con più di 18 prestazioni".
Numero utenti che hanno avuto almeno 3 prestazioni nell'anno	I nuovi utenti, gli utenti con più di 3 prestazioni e gli utenti con più di 18 prestazioni sono sottoinsiemi del numero totale degli utenti del servizio (N. utenti che hanno avuto almeno una prestazione nell'anno – esclusi i contatti telefonici).
Numero utenti con più di 18 prestazioni nell'anno	
Numero utenti dell'anno in carico da oltre 5 anni continuativamente	Si intendono anche quegli utenti che hanno avuto una sola prestazione per ciascuno dei 5 anni.
Numero utenti dell'anno ripresi in carico entro 3 anni dalla dimissione	Utenti che hanno nuovamente un contatto con il Servizio dopo 3 anni dalla precedente dimissione.
Numero utenti in trattamento riabilitativo nell'anno	Un utente che ha svolto nell'anno almeno 4 incontri delle prestazioni comprese nelle voci: "psicoterapia per il bambino/ragazzo, per i genitori" e "intervento di sostegno" della

	tabella riguardante la “legenda degli interventi”; a questi vanno aggiunti gli utenti della voce precedente, con l'avvertenza di contare 1 volta sola gli utenti che hanno ricevuto più di un trattamento.
Numero utenti con disabilità attestata per l'integrazione scolastica ai sensi della Legge 104/92	Utenti in carico al Servizio con disabilità attestata ai sensi della L.104/92.
Numero utenti per protezione, cura e tutela dei minori	Sottoinsieme del totale di utenti in carico al servizio per problemi legati a situazioni che configurano un quadro di rischio di pregiudizio o di pregiudizio così come definiti dalle Linee guida regionali sulla tutela dei Minori (2008).
-Di cui con mandato dell'Autorità Giudiziaria	Sono un sottoinsieme degli utenti definiti al punto precedente e per i quali è presente un decreto o comunque un provvedimento del Tribunale per i Minorenni, o del Tribunale Ordinario o del Giudice Tutelare.
Numero complessivo degli interventi erogati nell'anno	Tutte le prestazioni sia dirette che indirette, erogate da tutti gli operatori nei confronti di tutti gli utenti; in questa definizione si contano le prestazioni e non “le teste”, quindi, ad esempio, 10 sedute di gruppo con 5 utenti valgono 10 prestazioni;
Numero interventi erogati all'esterno del Servizio	Riguardano le prestazioni erogate ad esempio a domicilio, a scuola, in comunità, etc.
Numero interventi erogati per protezione, cura e tutela dei minori	Riguardano le prestazioni effettuate da diversi operatori per utenti in carico per condizioni di rischio di pregiudizio e di pregiudizio, come più sopra esplicitato.
-Di cui con mandato dell'Autorità Giudiziaria	Sono un sottoinsieme delle prestazioni precedenti per le quali è presente un decreto o comunque un provvedimento del Tribunale per i Minorenni, o del Tribunale Ordinario o del Giudice Tutelare.

Oltre alla tipologia di utenti, sono stati rilevati i diversi tipi di prestazioni erogati nell'anno, i quali vanno calcolati e accorpati secondo le indicazioni presenti nella tabella sottostante (Tab. 2).

Tabella 2. Tabella degli interventi

TIPOLOGIA INTERVENTI	DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO
Visita/Colloquio (visita neuropsichiatrica, colloquio psicologico-clinico, colloquio con i genitori)	Visita neuropsichiatrica
	Colloquio neuropsichiatrico
	Visita foniatica
	Colloquio psicologico clinico (primo colloquio)
	Anamnesi e valutazione breve (del medico o dello psicologo)
Visita di controllo breve	Visita neuropsichiatrica di controllo
Valutazione standardizzata	Inquadramento di disturbi comunicativi e/o cognitivi
	Somministrazione di test di intelligenza
	Somministrazione di test di deterioramento o sviluppo intellettivo
	Somministrazione di test della memoria
	Test della Scala di memoria di Wechsler
	Somministrazione di test delle funzioni esecutive
	Somministrazione di test delle abilità visuo spaziali
	Somministrazione di test proiettivi e della personalità
	Test di valutazione della disabilità sociale
	Test di valutazione del carico familiare e delle strategie di coping
Valutazione funzionale	Valutazione monofunzionale
	Valutazione funzionale delle funzioni corticali superiori
	Valutazione manuale di funzione muscolare generale
	Valutazione manuale di funzione muscolare segmentaria
Psicoterapia (individuale, congiunta, familiare, di gruppo): per il bambino/ragazzo; per i genitori	Psicoterapia individuale
	Psicoterapia familiare
	Psicoterapia di gruppo
Intervento di sostegno	Colloquio psicologico-clinico (colloqui successivi)
Intervento abilitativo/riabilitativo	Riabilitazione logopedica individuale
	Riabilitazione logopedica collettiva
	Training per disturbi cognitivi individuale
	Training per disturbi cognitivi collettivo
	Rieducazione motoria in gruppo
	Rieducazione funzionale attiva e/o passiva per patologia semplice
	Rieducazione funzionale attiva e/o passiva per patologia complessa

	Training deambulatorio e del passo
	Altre correzioni forzate di deformità
	Mobilizzazione della colonna vertebrale
	Mobilizzazione di altre articolazioni
	Esercizi respiratori
	Esercizi posturali propriocettivi
Intervento educativo	Programmi di psico-educazione e di sostegno educativi, rivolti a singole famiglie o a gruppi di famiglie, sia ambulatori, che domiciliari e territoriali
Intervento socio-assistenziale	Intervento rivolto alla rete sociale informale, finalizzato alla promozione delle necessarie forme di collaborazione e di integrazione degli interventi con i gruppi informali di riferimento del contesto (ad esempio: riunioni/incontri con volontari, conoscenti, vicini, colleghi di lavoro, persone di riferimento nella comunità) che sono o potrebbero essere in relazione con il paziente.
Screening	Include le visite, i colloqui, le osservazioni e le somministrazioni di test nell'ambito di iniziative di prevenzione secondaria, specificamente deliberate
Accertamento medico-legale	Accertamenti finalizzati alla preparazione della relazione per la Commissione Invalidi
Consulenza ad altri servizi socio-sanitari	Valutazione specialistica svolta nei confronti di pazienti in carico ad altre strutture sanitarie (ad esempio: Pronto Soccorso e Reparti Psichiatrici) e socio-assistenziali.
Incontro di verifica d'équipe incentrato sul caso, UVMD escluse	Riunioni interne degli operatori dell'équipe finalizzate a discussione, valutazione, verifica, programmazione di specifici casi.
Incontro di programmazione e verifica sul caso con altri servizi, UVMD	Incontri con varie figure professionali esterne all'équipe per casi in trattamento finalizzati a: – presentazione e discussione del caso; – programmazione e verifica del progetto terapeutico;
Incontro di programmazione e verifica sul caso con la scuola: nell'ambito della 104/92	Incontri con il mondo della scuola nell'ambito della L 104/92 per casi in trattamento finalizzati a: – presentazione e discussione del caso; – programmazione e verifica del progetto terapeutico;
Incontro di programmazione e verifica sul caso con la scuola: al di fuori della 104/92	Incontri con il mondo della scuola al di fuori della L 104/92 per casi in trattamento finalizzati a: – presentazione e discussione del caso; – programmazione e verifica del progetto terapeutico; – supervisione
Relazione clinica	Ogni relazione scritta a seguito di prestazioni sanitarie e/o valutazioni da documentazione clinica, effettuata da qualsiasi figura professionale dell'équipe (indicare il numero totale di relazioni prodotte per genitori, scuola, Autorità Giudiziarie)

Certificazioni o attività burocratiche	Intervento finalizzato alla soluzione di problemi amministrativi e sociali. Intervento in cui l'operatore svolge una funzione di informazione del paziente e di intermediazione tra questi ed Enti, strutture o imprese. Include: interventi di sostegno nell'espletamento di pratiche amministrative (ad esempio: invalidità, pensione, interventi di tutela e curatela del paziente, ecc.)
Prestazioni strumentali	Svolte dal Servizio per l'Età Evolutiva

Infine, sono state raccolte informazioni sulla tipologia di disturbi/problemi di cui si occupano i Servizi per l'Età Evolutiva. Le diagnosi fanno riferimento ai primi 5 assi dell'ICD-10, in modo successivo, secondo i grandi gruppi diagnostici. È stato chiesto di indicare solo la diagnosi principale (ovvero una sola diagnosi, un solo asse, per utente). Per diagnosi principale s'intende quella che, nello specifico momento evolutivo, condiziona maggiormente il funzionamento e determina la maggior parte delle prestazioni dell'équipe multidisciplinare di riferimento. Quindi la somma del numero di utenti per ciascuna classe diagnostica deve corrispondere al totale degli utenti in carico al Servizio; nello stesso modo la somma delle prestazioni per ciascuna classe diagnostica deve corrispondere al numero totale delle prestazioni, dirette e indirette, erogate. Le diagnosi affini tra loro sono state raggruppate insieme, in modo da creare dei gruppi diagnostici più ampi. Questi raggruppamenti sono elencati nella tabella seguente.

Tabella 3. Gruppi diagnostici

GRUPPO DIAGNOSTICO	CODICI ICD-10
Schizofrenia, Sindrome schizotipica e Sindromi deliranti	F20- F29
Sindromi affettive	F30-F39
Sindromi fobiche, legate a stress e somatoformi	F40-F48
Sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare	F50
Altre sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazione di funzioni fisiologiche e fattori somatici	F51-F59
Disturbi di personalità specifici	F60-F69
Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico	F84-F88-F89
Sindromi ipercinetiche	F90.1-F90.9
di cui con Disturbo da Deficit Attentivo e Iperattività	ADHD, F90.0
Disturbi della condotta e disturbi misti della condotta e sfera emozionale	F91-F92
Sindromi e disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico nell'infanzia	F93

Disturbi del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia	F94
Disturbi di tipo a tic	F95
Altri disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza	F98
Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio	F80
Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche (comprendono tutti i DSA)	F81.0-F81.9
Ritardo mentale lieve	F70
Ritardo mentale medio	F71
Ritardo mentale grave	F72
Ritardo mentale profondo	F73
Ritardo mentale di altro tipo	
Ritardo mentale non specificato	
Epilessia	G40
Emicrania e sindromi cefalalgiche di altro tipo	G43-G44
Disturbi del sonno	G47
Malattie della giunzione mioneurale e del muscolo	G70
Paralisi cerebrali infantili	G80
Idrocefalo	G91
Altre malattie del sistema nervoso	G00-G99
Disturbi visivi e ipovisione	H53-H54
Ipoacusia	H90-H91
Malattie sistema muscolo-scheletrico	M00-M99
Sindrome di Down	Q90
Altre malformazioni congenite, deformazioni e anomalie cromosomiche	Q00-Q99
Nessuna diagnosi di patologia	XX
Relazioni intrafamiliari anomale	
Disturbo psichico, devianza o handicap nel gruppo di sostegno primario del bambino	
Comunicazione intrafamiliare inadeguata o distorta	
Qualità anomale dell'allevamento	
Ambiente circostante anomalo	
Life events acuti	
Fattori sociali stressanti	
Stress interpersonale cronico associato all'ambiente scolastico/lavorativo	
Eventi/situazioni stressanti derivanti da un disturbo/disabilità propri del bambino	

Nelle rilevazioni sono stati inseriti ulteriori indicatori per la valutazione che ricoprono tutte le

situazioni problematiche che i Servizi si trovano ad affrontare ma che non rientrano nei codici diagnostici dell'ICD-10. La voce “nessuna diagnosi” non è necessariamente la conclusione di un processo diagnostico carente o interrotto, ma si utilizza correttamente quando non sono soddisfatti i criteri diagnostici per uno specifico disturbo e non sono rilevabili, in alcuno degli assi dell'ICD-10, condizioni anomale che possono spiegare il ricorso al Servizio. In questi casi, voler comunque indicare una diagnosi rappresenterebbe una forzatura.

3. Attendibilità, omogeneità e coerenza delle rilevazioni relative al 2012-2013

Al fine di conoscere nel dettaglio l'organizzazione, le attività e la tipologia di utenza che afferisce ai Servizi per l'Età Evolutiva sono state realizzate delle rilevazioni negli anni 2012 e 2013 utilizzando il Sistema di indicatori per la valutazione descritto nel capitolo precedente. Nella tabella sottostante vengono riportate le Aziende ULSS del Veneto suddivise per territorio (Tab. 4).

Tabella 4. Territorio delle Aziende ULSS

Azienda ULSS	TERRITORIO
ULSS 1 - Belluno	Cadore, Agordino, Bellunese
ULSS 2 - Feltre	Feltre
ULSS 3 – Bassano del Grappa	Asiago, Bassano
ULSS 4 – Alto Vicentino	Schio, Thiene
ULSS 5 – Ovest Vicentino	Lonigo, Montebelluna, Montebelluna Maggiore, Valdagno
ULSS 6 - Vicenza	Vicenza
ULSS 7 – Pieve di Soligo	Conegliano, Pieve di Soligo, Vittorio Veneto
ULSS 8 – Asolo	Asolo, Castelfranco Veneto, Montebelluna
ULSS 9 - Treviso	Treviso, Oderzo
ULSS 10 – Veneto Orientale	Portogruaro, San Donà di Piave
ULSS 12 - Veneziana	Venezia, Mestre
ULSS 13 - Mirano	Mirano, Dolo
ULSS 14 - Chioggia	Chioggia
ULSS 15 – Alta Padovana	Camposampiero, Cittadella
ULSS 16 - Padova	Padova
ULSS 17 - Monselice	Este, Monselice, Montagnana
ULSS 18 - Rovigo	Rovigo, Trecenta
ULSS 19 - Adria	Adria
ULSS 20 - Verona	Verona
ULSS 21 - Legnago	Legnago
ULSS 22 – Bussolengo	Bussolengo

L'obiettivo principale di questo studio è di analizzare la qualità dei dati raccolti, oltre che le effettive differenze presentate dalle diverse Aziende ULSS nella tipologia di operatori, utenti, prestazioni e diagnosi prevalenti. I dati relativi al 2009 che la Regione possiede riguardano solo una parte delle rilevazioni che sono state eseguite negli anni successivi quindi verranno utilizzati solo quando è plausibile effettuare un confronto. Quando è possibile cercheremo di confrontare quanto è emerso nelle rilevazioni effettuate in Veneto con i dati disponibili delle altre regioni italiane, che al momento risultano essere relativi solamente al Piemonte (Regione Piemonte, 2013) e alla Toscana

(ARS Toscana, 2011).

3.1. Utenti

Utenti in carico

I Servizi per l'Età Evolutiva della Regione Veneto hanno assistito, ossia erogato almeno una prestazione nell'anno a un totale di 37.313 utenti nel 2009, a 49.430 bambini/adolescenti nel corso del 2012 e a 53.493 utenti nel 2013. La prevalenza sul totale della popolazione minorile residente in Veneto degli utenti che hanno avuto almeno un contatto con i Servizi nel 2009 è di 454 utenti su 10.000 minori; nel 2012 la prevalenza è di 600 utenti su 10.000 minori e nel 2013 di 646 utenti su 10.000 minori residenti. Si può dunque notare che il dato presenta un aumento del 42% nel corso dei cinque anni di indagine: questa crescita potrebbe essere causata per il 32% da un effettivo aumento dell'utenza che accede ai Servizi e il restante 10% da un miglioramento nella raccolta del dato stesso. Quest'aumento è in linea rispetto a quanto rilevato nella Regione Piemonte, dove si è registrato un aumento medio di 6,4% all'anno degli utenti che hanno avuto almeno un contatto con i Servizi, e con quanto emerso dalle indagini svolte nella Regione Toscana che rilevano un aumento di questi utenti del 7% tra il 2010 e il 2011.

Grazie alle rilevazioni effettuate nella Regione Veneto relative agli anni 2012 e 2013 è possibile notare come il rapporto tra gli utenti dei Servizi Distrettuali per l'Età Evolutiva e la popolazione di età inferiore a 18 anni presenti una certa variabilità territoriale. Nel grafico sotto viene bene evidenziata una certa variabilità nel numero di utenti che afferiscono ai Servizi per l'Età Evolutiva in rapporto alla popolazione minorenni dello specifico territorio (Fig.1). In particolare, si può notare come le ULSS 2, 10, 18 e 19 abbiano un numero di utenti maggiore che affluiscono ai loro servizi rispetto alla prevalenza media della Regione Veneto (600 utenti ogni 10.000 minori residenti). Emerge invece che l'ULSS 20 abbia un numero di utenti inferiore alla media regionale nel 2012 (199 su 10.000 minori).

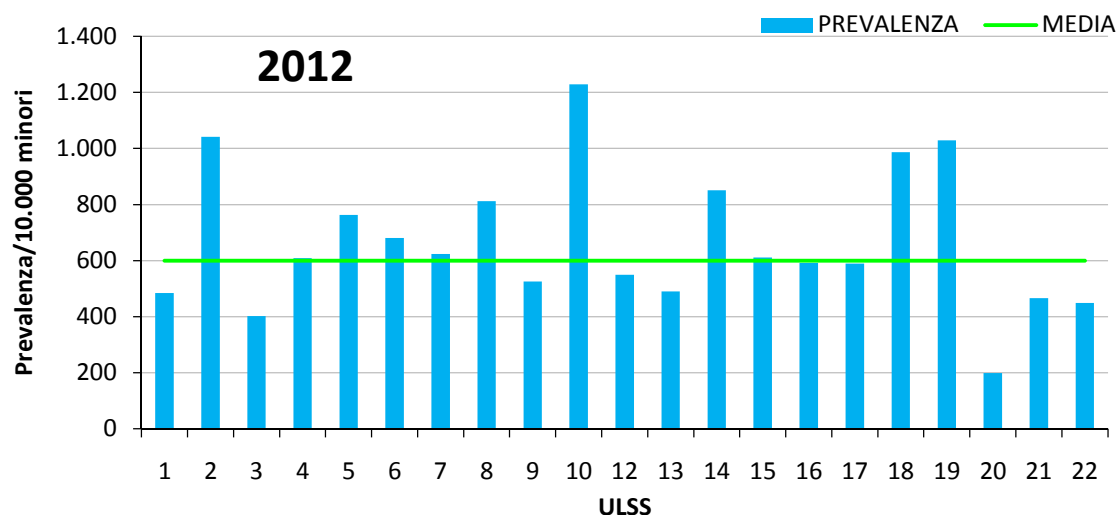


Figura 1. Prevalenza utenti/10.000 minori delle ULSS nel 2012

La stessa disomogeneità si può notare anche nella rilevazione effettuata per l'anno 2013 (Fig. 2).

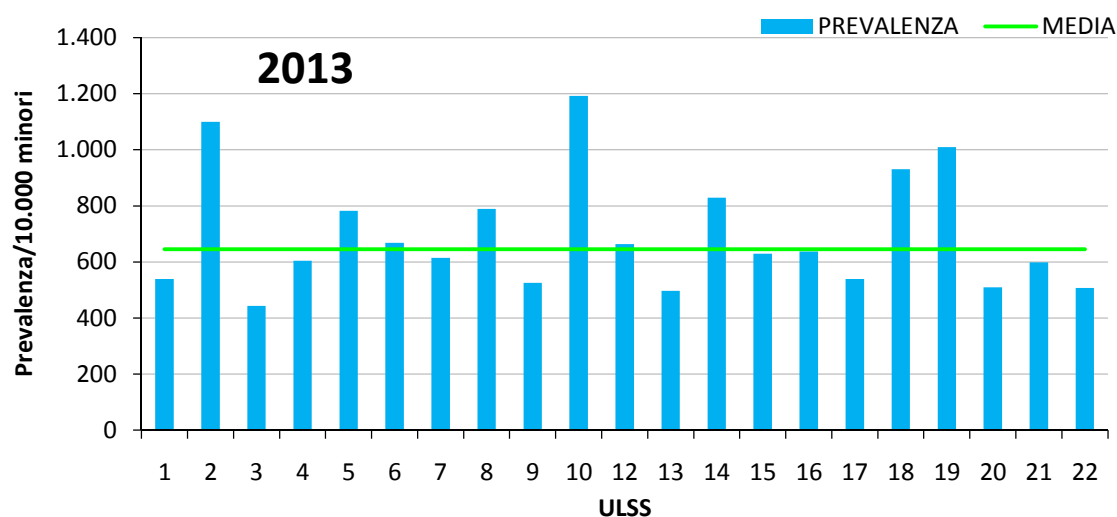


Figura 2. Prevalenza utenti/10.000 minori delle ULSS nel 2013

L'ULSS 20, in questo anno di indagine si è avvicinata maggiormente alla media regionale, mentre le ULSS 2, 10, 18, 19 risultano ancora sopra la media.

Le tabelle dettagliate relative alle prevalenze degli utenti sulla popolazione minorile residente in Veneto ricavate dalle rilevazioni fatte per l'anno 2012 e 2013 sono riportate in Appendice (Tabella 7 e 8).

Confrontando le prevalenze degli utenti delle ULSS nei due anni presi in analisi si nota come nell'ULSS 20 si verifichi un aumento della prevalenza tra il 2012 e il 2013 (Fig. 3). Quest'ULSS nel 2012 ha una prevalenza di 199 utenti che hanno almeno una prestazione nell'anno su 10.000 minori, e nel 2013 una prevalenza di 509 utenti su 10.000 minori residenti. La crescita di questo dato potrebbe essere ricondotta all'inclusione nel 2013 dei dati relativi al Centro regionale di

Riferimento dei Disturbi dell'Apprendimento. Per un corretto confronto i dati delle ULSS che costituiscono i Centri regionali dovrebbero scorporare gli utenti provenienti da altri territori.

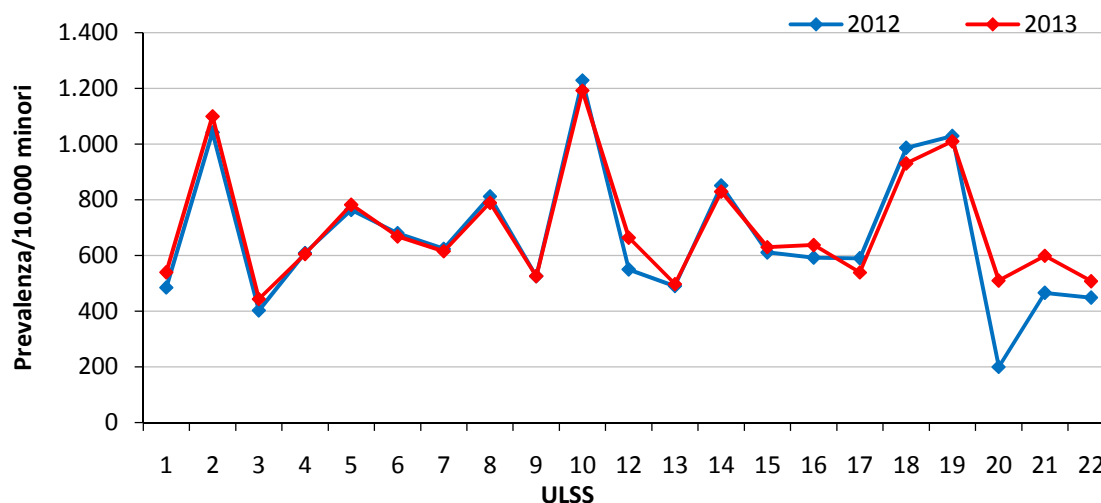


Figura 3. Confronto tra 2012 e 2013 della prevalenza degli utenti/10.000 minori delle ULSS

Anche nelle rilevazioni effettuate dalla Regione Toscana si evidenzia una spiccata variabilità tra i vari Dipartimenti di Salute mentale della regione. Gli autori suggeriscono come sia utile tenere presente le variabili demografiche che incidono sull'utilizzo dei Servizi territoriali, ma è altrettanto importante considerare che tali differenze possono rispecchiare i diversi modelli organizzativi presenti nei Servizi del territorio e gli stili di lavoro a livello aziendale, come le differenze nella registrazione e trasmissione del dato.

Nuovi utenti

Nel 2009 i nuovi utenti dei Servizi per l'Età Evolutiva della Regione Veneto sono stati 19.017, ossia il 51% dei casi. Nel 2012 i nuovi utenti sono stati 21.770 (44%) e 22.696 nel 2013, ossia il 42% del totale degli utenti presenti nei Servizi. Questi dati appaiono in linea con quanto rilevato nella Regione Toscana, dove i nuovi utenti nel 2010 sono stati il 38% dei minorenni in carico ai servizi (8.942 nuovi utenti). Dati analoghi sono stati rilevati nella Regione Piemonte, dove nel 2010 i nuovi utenti costituiscono il 37% (18.367 nuovi utenti) della popolazione dei Servizi per l'Età Evolutiva, e nel 2011 il 36%. Anche in questo caso la l'incidenza sulla popolazione minorile residente nella Regione Veneto risulta diversificata a livello territoriale.

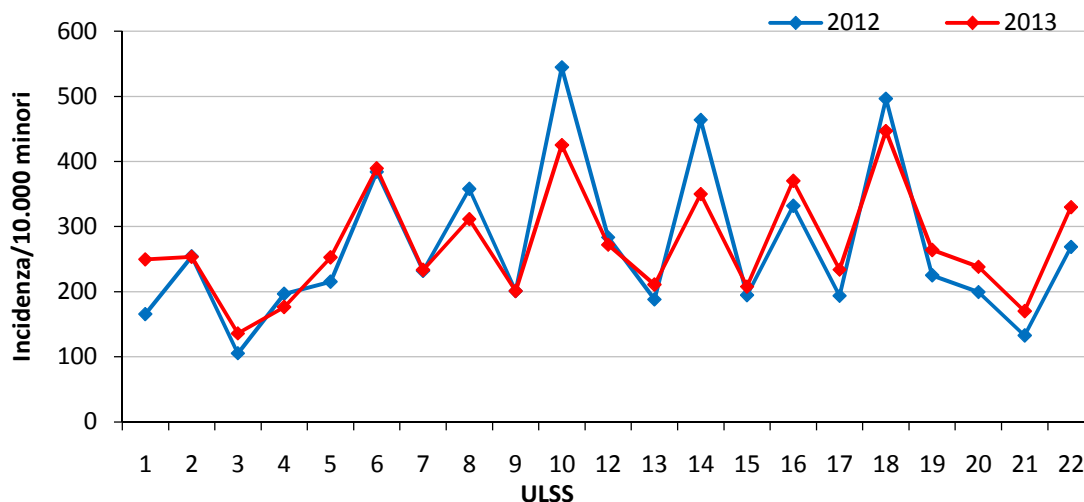


Figura 4. Confronto tra 2012 e 2013 dell'incidenza/10.000 minori delle ULSS

Come si nota dal grafico (Fig. 4) vi è una disomogeneità nell'incidenza del numero di nuovi utenti tra le diverse ULSS sia se prendiamo in considerazione il 2012 che per il 2013. Un alto turn-over di utenti può essere causato da un'alta prevalenza di attività diagnostica-valutativa piuttosto che da un'effettiva presa in carico del paziente da parte del Servizio.

Il grafico evidenzia anche la presenza di differenze all'interno della stessa ULSS nei due anni presi in considerazione.

Utenti che hanno avuto almeno 3 prestazioni nell'anno

Gli utenti che hanno ricevuto almeno 3 prestazioni vengono definiti "utenti in carico". Questi, nel corso del 2012 sono stati 28.437, ossia il 63% dell'utenza complessiva, con una prevalenza globale di 410 assistiti per 10.000 residenti di età inferiore ai 18 anni. Nel 2013 gli utenti con almeno 3 prestazioni nell'anno sono 31.562 (59% dell'utenza complessiva), con una prevalenza di 381 assistiti su 10.000 minori. Nelle rilevazioni eseguite in Toscana vengono considerati utenti in carico, coloro che ricevono 4 o più prestazioni e nel 2012 sono stati il 64% degli utenti (15.090 utenti). Il grafico sottostante mostra la variabilità presente all'interno del territorio regionale nel corso dei due anni presi in considerazione (Fig. 5).

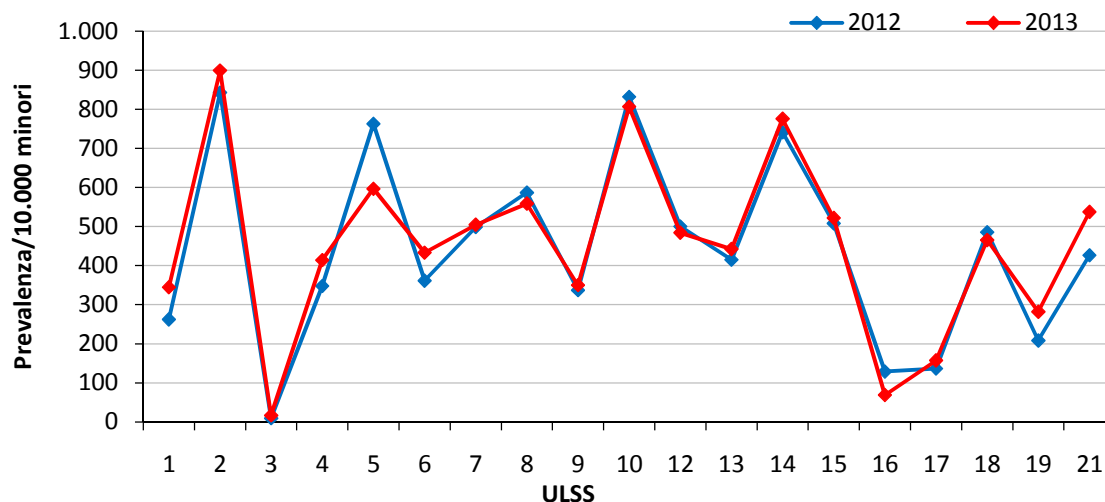


Figura 5. Confronto tra 2012 e 2013 della prevalenza degli utenti in carico/10.000 minori delle ULSS

Utenti con più di 18 prestazioni

Gli “alti utilizzatori”, ossia gli utenti con più di 18 prestazioni nel corso del 2012 sono stati 7.504, che rappresentano il 16% dell’utenza complessiva, con una prevalenza di 108 assistiti per 10.000 minori residenti. Gli alti utilizzatori nel 2013 costituiscono invece il 18% della popolazione dei Servizi per l’Età Evolutiva (9.703 utenti), con una prevalenza di 117 assistiti per 10.000 residenti di età inferiore a 18 anni. Questi dati concordano con quanto rilevato nella Regione Toscana, dove gli alti utilizzatori rappresentano il 19% dei minorenni (4.396 utenti). Anche per questa categoria di utenti è stata rilevata una scarsa omogeneità tra le ULSS della Regione Veneto sia nel 2012 che nel 2013.

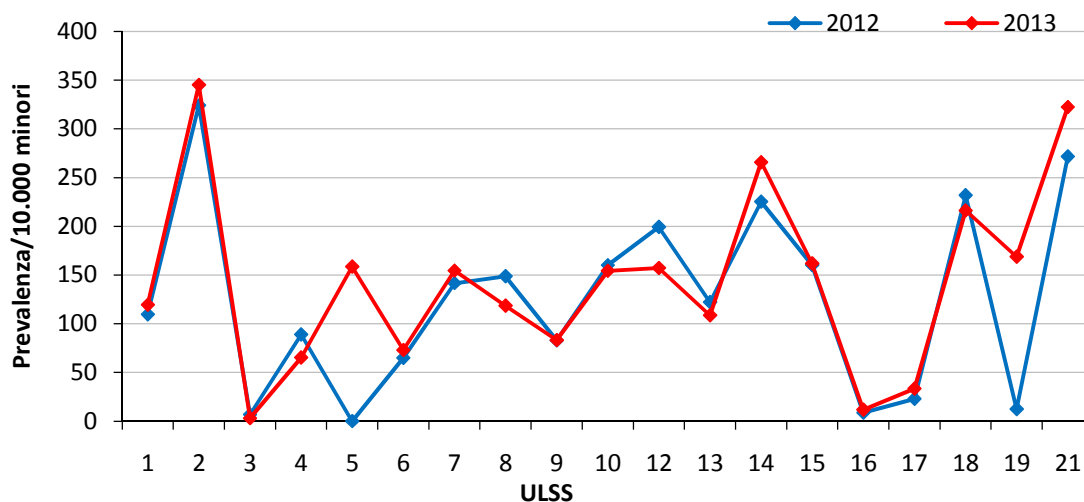


Figura 6. Confronto tra 2012 e 2013 della prevalenza alti utilizzatori/10.000 minori delle ULSS

La Figura 6 evidenzia inoltre una differenza notevole nella prevalenza di alti utilizzatori dell’ULSS 19. In questo Servizio infatti la prevalenza nel 2012 è di 12 alti utilizzatori su 10.000 minori

residenti in quel territorio; mentre la prevalenza di questi utenti risulta essere di 169 su 10.000 minori nel 2013. L'aumento della prevalenza di alti utilizzatori può essere ricondotta a un miglioramento nella qualità del dato da un anno all'altro di rilevazione.

Utenti dell'anno in carico da oltre 5 anni continuativamente

Il dato relativo ai "lungo assistiti", ossia gli utenti in carico continuativamente da oltre 5 anni è stato corretto dal momento che sette ULSS non hanno fornito il dato stesso e sono state dunque tolte nel calcolo della percentuale e della prevalenza. Questi utenti, dunque, sono stati 4.998 nel 2012, rappresentando il 18% dell'utenza complessiva considerata nell'analisi, con una prevalenza di 114 assistiti su 10.000 minori residenti in Veneto. Nel 2013 questa categoria rappresenta il 22% degli utenti dei Servizi (7.047 utenti), con una prevalenza di 152 utenti su 10.000 minori.

Utenti con disabilità attestata per l'integrazione scolastica ai sensi della L.104/92

Nel 2012 gli utenti con disabilità attestata per l'integrazione scolastica ai sensi della Legge 104/92 sono stati 10.844, che rappresentano il 23% degli utenti dei Servizi, con una prevalenza di 145 utenti per 10.000 residenti di età inferiore a 18 anni. Questa categoria di utenti nel 2013 rappresenta il 29% degli assistiti (10.180 utenti), con una prevalenza di 151 utenti ogni 10.000 minori residenti in Veneto. Confrontando le diverse ULSS si nota una certa variabilità anche per quanto riguarda gli utenti con disabilità attestata per l'integrazione scolastica ai sensi della L.104/92.

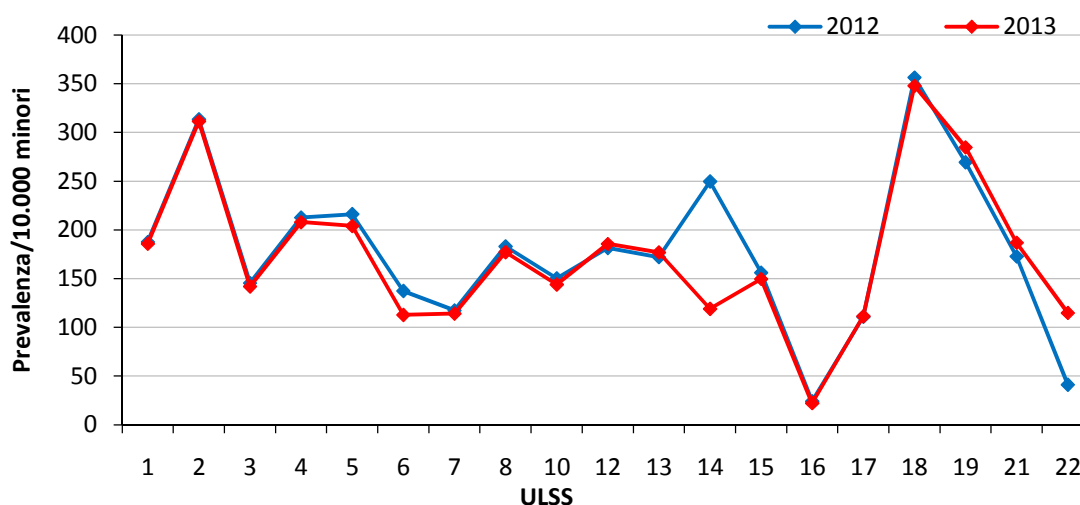


Figura 7. Confronto tra 2012 e 2013 della prevalenza degli utenti con disabilità/10.000 minori delle ULSS

Il grafico sopra mostra questa variazione che si mantiene costante nei due anni presi in considerazione (tranne per l'ULSS 14 dove si verifica una diminuzione nel 2013) (Fig. 7).

Confrontando i dati relativi agli utenti con disabilità ottenuti nella rilevazione del 2013 con quelli indicati dall'Ufficio Scolastico Territoriale di Vicenza (2013) è possibile individuare se vi è una certa corrispondenza. I dati riportati nel documento sono divisi per province, perciò al fine di confrontare i dati della rilevazione svolta nei Servizi per l'Età Evolutiva sono state raggruppate le

ULSS della medesima provincia (Tab.5).

Tabella 5. Confronto dati Ufficio Scolastico di Vicenza e rilevazioni Servizi Età Evolutiva

ALUNNI CON DISABILTA'	BELLUNO (ULSS 1 e 2)	PADOVA (ULSS 15, 16 e 17)	ROVIGO (ULSS 18 e 19)	TREVISIO (ULSS 7,8 e 9)	VENEZIA (10, 12, 13 e 14)	VERONA (20, 21 e 22)	VICENZA (ULSS 3, 4 e 6)
Ufficio Scolastico	721	2.206	921	2.530	2.473	3.344	3.420
Servizi Età Evolutiva	755	1.213	1.123	2.140	2.232	1.099	2.494

Nelle rilevazioni svolte dai Servizi per l'Età Evolutiva mancano i dati relativi all'ULSS 20 perciò il totale riferito alla provincia di Verona non è confrontabile con quello fornito dall'Ufficio Scolastico. Per le altre province si può notare come per Belluno e Rovigo i totali rilevati dai Servizi risultino leggermente superiori, mentre per le province di Padova, Treviso, Venezia e Vicenza il totale rilevato all'interno delle ULSS appare inferiore rispetto a quello indicato dall'Ufficio scolastico. Questa differenza può essere spiegata dalla presenza nel territorio di altri Enti, privati accreditati, a cui le famiglie si rivolgono per la certificazione.

Utenti in carico per protezione, cura e tutela dei minori

Gli utenti presi in carico ai Servizi per protezione, cura e tutela dei minori nel 2012 sono stati 2.518, ossia il 5% degli utenti, con una prevalenza di 31 utenti per 10.000 minori residenti in Veneto. Gli utenti di questa categoria nel 2013 rappresentano sempre il 5% dell'utenza (2.588 utenti), con una prevalenza di 31 assistiti per 10.000 residenti di età inferiore ai 18 anni. Questo dato risulta inferiore rispetto a ciò che è stato rilevato in Piemonte: in questa regione gli utenti contattati per un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria sono il 9,9% nel 2010 e il 9,4% nel 2011 dell'utenza complessiva. Tale differenza potrebbe derivare da una difficoltà nella raccolta del dato da parte di alcune ULSS del Veneto, o dall'assenza della Delega da parte di alcuni comuni del Veneto ai Servizi per l'Età Evolutiva. Infatti, nella Regione Veneto vi sono alcune ULSS che si occupano a pieno titolo della tutela dei minori, alcune hanno un incarico solo parziale, mentre altre non possiedono questo incarico.

Utenti in trattamento riabilitativo nell'anno

Infine gli utenti che sono in trattamento riabilitativo presso i Servizi per l'Età Evolutiva sono stati 12.054 nel 2012, che costituiscono il 24% dell'utenza complessiva, con una prevalenza di 146 utenti su 10.000 minori. Nel 2013 gli utenti in trattamento sono stati 14.120, ossia il 26% della popolazione afferente ai servizi, con una prevalenza di 170 utenti per 10.000 residenti di età inferiore ai 18 anni.

La variabilità territoriale trovata nelle altre classificazioni di utenti si riscontra anche quando si analizza il campione di utenti in trattamento riabilitativo di cui si occupano i Servizi. Questa disomogeneità tra le ULSS è stata trovata sia nel 2012, come è mostrato nel grafico sottostante (Fig. 8), che nel 2013.

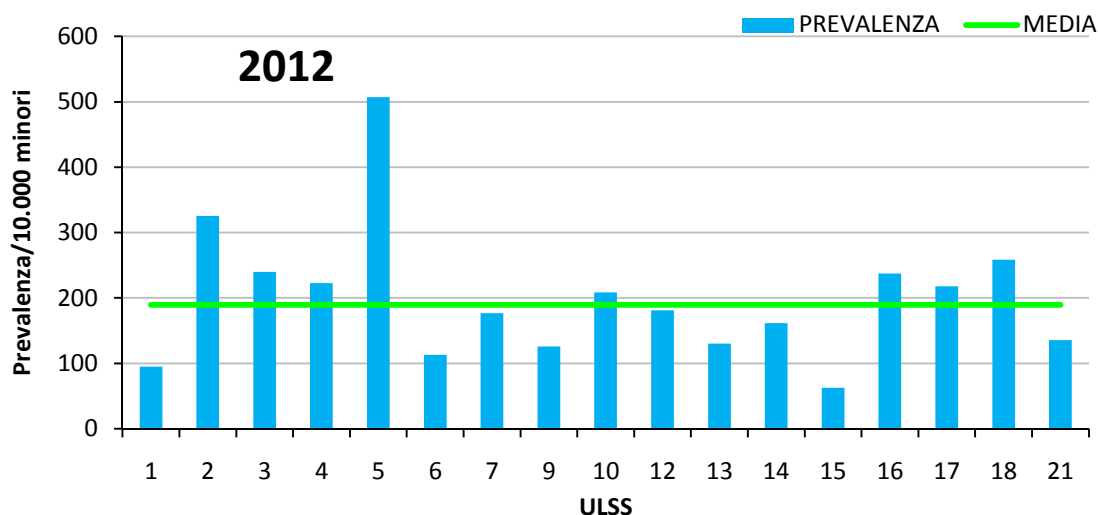


Figura 8. Prevalenza utenti in trattamento/10.000 minori delle ULSS nel 2012

3.2. Età degli utenti

In conformità a quanto sottolineato sia dalle Linee di Indirizzo Nazionale per la Salute Mentale che dalle Linee Guida regionali per i Servizi di Età Evolutiva, i servizi prendono in carico bambini e adolescenti tra gli 0 e i 18 anni. L'utilizzo dei servizi mostra una grande variabilità per fascia d'età. In queste rilevazioni le fasce di età sono state suddivise nel modo seguente: 0-2 anni; 3-5 anni; 6-10 anni; 11-14 anni; 15-17 anni e > di 18 anni.

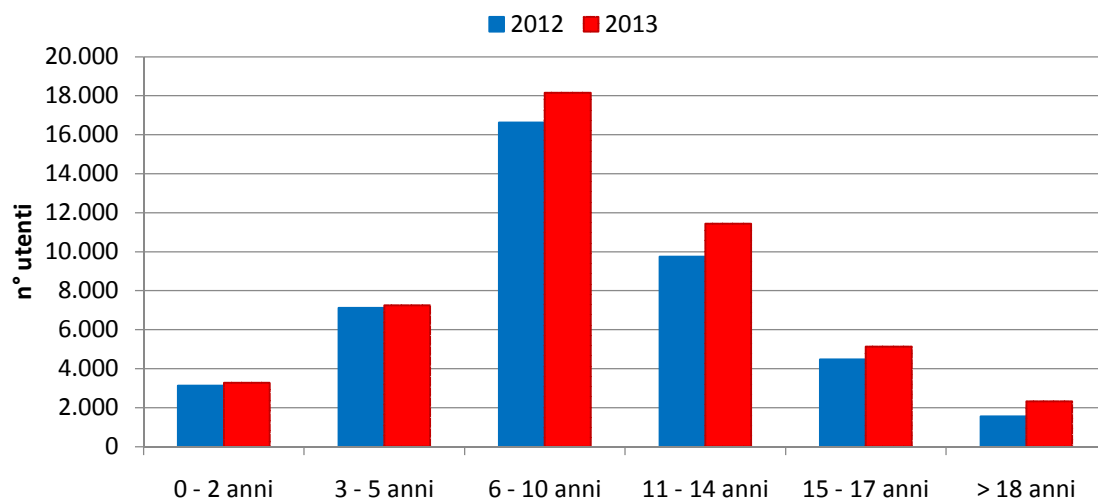


Figura 9. Distribuzione degli utenti per fasce di età nel 2012 e 2013

La Figura 9 ci mostra come l'età di maggiore utilizzo dei Servizi per l'Età Evolutiva è tra i 6 e i 10 anni sia nel 2012 che nel 2013 rappresentando il 38% degli utenti nel 2012 e il 39% nel 2013, seguita da quella 11-14 anni (23% nel 2012 e 24% nel 2013). Questo dato è in linea con quanto

rilevato nella Regione Toscana e nella Regione Piemonte che individuano l'intervallo tra i 6 e i 10-14 anni come la fascia d'età maggiormente presente nei Servizi. La fascia di età 3-5 anni rappresenta il 17% dell'utenza totale nel 2012 e il 15% nel 2013. L'intervallo di età tra i 15 e 17 anni invece costituisce il 10% nel 2012 e l'11% nel 2013. La fascia di età rappresentata dagli adolescenti con 18 anni o oltre rappresenta il 4% dell'utenza complessiva nel 2012 e il 5% nel 2013. Questo dato evidenzia la presenza di criticità nel passaggio dai Servizi per l'Età Evolutiva e i Servizi assistenziali per adulti al compimento del diciottesimo anno; ciò può essere causato dalla mancanza di accordi di programma e/o protocolli operativi tra gli ambiti di competenza, come viene evidenziato nel "7° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia". Nel Rapporto viene messo in evidenza il fatto che il minore e la sua famiglia perdono sovente i riferimenti specialistici che sarebbero invece determinanti, rimanendo ancorati ai Servizi per l'Età Evolutiva. Dal grafico si evince, inoltre, un ritardo nella presa in carico dei bambini più piccoli. La fascia di età 0-2 anni rappresenta solo il 7% dell'utenza complessiva in entrambi gli anni d'indagine. La presa in carico precoce potrebbe essere di fondamentale importanza per tutti i disturbi presenti fin dai primi mesi di vita dei bambini, consentendo di risolvere talvolta facilmente quei problemi che potrebbero poi aggravarsi nel corso degli anni. Poiché il picco di maggiore frequenza si verifica in concomitanza con l'ingresso a scuola, la scarsa presenza di utenti con un'età compresa tra lo 0 e i 5 anni potrebbe essere il risultato di un debole collegamento tra i Servizi e i Pediatri di libera scelta o i Medici di Medicina Generale, oppure una conseguenza del fatto che sono presenti sul territorio regionale altri Enti (come La Nostra Famiglia) a cui le famiglie si rivolgono in maniera autonoma.

3.3. Diagnosi

L'analisi dei dati concernenti le diagnosi deve essere interpretata con cautela in quanto:

- 7 Aziende ULSS nel 2012 (ULSS 1, 4, 6, 9, 17, 20, 22) e 5 Aziende ULSS nel 2013 (ULSS 4, 9, 17, 20, 22) non hanno riferito il dato relativo alla diagnosi; queste Aziende ULSS sono state dunque tolte dall'analisi;
- Già in una prima analisi alcuni dati sono risultati poco affidabili e coerenti;
- Risulta difficile confrontare i dati emersi da queste rilevazioni con i dati di prevalenza presenti in letteratura in quanto la maggior parte degli studi vengono svolti su campioni di popolazione generale e non circoscritta ai bambini e adolescenti che afferiscono ai Servizi per l'Età Evolutiva;
- Negli indicatori per la valutazione che hanno guidato la rilevazione in Veneto è stato chiesto di indicare solo la diagnosi principale (ovvero una sola diagnosi, un solo asse, per utente); questo potrebbe sottostimare la frequenza di alcuni disturbi che si presentano in comorbidità con altri, ma che non costituiscono in quel momento la diagnosi principale.

Tenendo in considerazione questi limiti cercheremo comunque di illustrare come si caratterizza a livello epidemiologico la popolazione dei Servizi per l'Età Evolutiva della Regione Veneto.

Dagli studi che hanno cercato di individuare quale sia la frequenza dei problemi/disturbi nei

bambini e adolescenti è emerso che le stime variano dal 6,9% al 22%, con una media del 13,7% (Houtrow et al. (2014), Ravens-Sieberer et al. (2008), Barkmann et al. (2004), Sawyer et al. (2001), Roberts et al. (1998), Costello et al. (2005), Malhotra et al. (2014), Steinhausen et al. (1998), Green et al. (2005)). Com'è stato posto l'accento in precedenza, questi dati spesso si riferiscono alla popolazione generale di minori. In questa indagine, invece, la rilevazione fatta sui minori che accedono ai Servizi ha individuato che il 6,1% dei minori residenti in Veneto nel 2012 presenta un problema/disturbo che li spinge prendere i contatti con i Servizi stessi. Nel 2013 la percentuale di minorenni con questi disturbi è del 6,6%.

Prenderemo ora in considerazione le categorie diagnostiche che sembrano essere maggiormente presenti all'interno dei Servizi distrettuali per l'Età Evolutiva del Veneto.

Disturbo evolutivo specifico delle abilità scolastiche (F81.0-F81.9)

Il "Disturbo evolutivo specifico delle abilità scolastiche" comprende tutti i DSA ed è la diagnosi più frequente nei Servizi per l'Età Evolutiva de Veneto. La frequenza sulla popolazione minorile residente in questa regione è di 98 bambini su 10.000 nel 2012 e di 103 minori su 10.000 nel 2013. Questo dato risulta inferiore rispetto alla prevalenza segnalata da Houtrow et al. (2014) nel loro studio sulla popolazione studentesca degli Stati Uniti, di 190 casi su 10.000 bambini con età inferiore ai 18 anni. Nella Regione Piemonte la percentuale di utenti con "Disturbo evolutivo specifico delle abilità scolastiche" nel 2010 è del 15,3%, mentre nel 2011 è del 15,7%. La percentuale ricavata in questa rilevazione risulta invece del 14,28% nel 2012 e del 14,64% nel 2013. Seppur leggera, si può notare una differenza nella percentuale di utenti dei Servizi a cui viene attribuita la suddetta diagnosi.

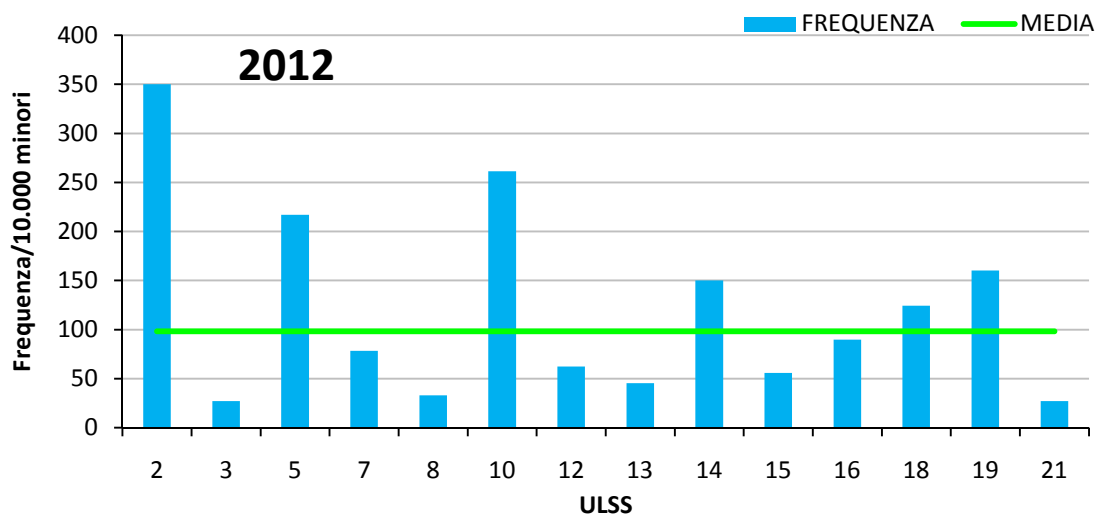


Figura 10. Frequenza utenti con "Disturbo evolutivo specifico delle abilità scolastiche"/10.000 minori delle ULSS nel 2012

A livello territoriale si evidenzia un'elevata variabilità nella frequenza di questa diagnosi sulla popolazione minorile. La Figura 10 mostra come nel 2012 non vi sia omogeneità nell'attribuzione della diagnosi di "Disturbo evolutivo specifico delle abilità scolastiche". La frequenza più bassa è stata rilevata nell'ULSS 3 e nell'ULSS 21 con 27 utenti su 10.000 minori in entrambe le ULSS;

mentre quella più alta risulta essere quella trovata nell'ULSS 2 con 350 utenti su 10.000 residenti con età inferiore ai 18 anni.

Utilizzando i Box-Plot, ossia dei grafici che descrivono la distribuzione di una serie di dati, è stato possibile individuare i valori che si collocano al di fuori della distribuzione dei dati riguardanti le ULSS. Nella Figura 11 è stato rappresentato un rettangolo (la "scatola") che racchiude il 50% centrale della distribuzione dei valori, il quale è delimitato in basso dal 1° quartile (Q1) e dal 3° quartile (Q3) in alto. La linea presente all'interno di tale rettangolo costituisce la *mediana* della distribuzione, mentre i segmenti sono delimitati dal minimo e dal massimo dei valori. Un valore che supera 1,5 volte il Range Interquartile (ossia la differenza tra il terzo quartile e il primo quartile della distribuzione dei dati) viene definito Valore Estremo (rappresentato con "o"). Un valore che supera invece di 3 volte il Range Interquartile viene definito Valore Anomalo (rappresentato con "*").

Nel 2012 il dato relativo all'ULSS 2 viene definito Valore Estremo, in quanto il suo scostamento dal terzo quartile è superiore a 1,5 volte il Range Interquartile. Questo scostamento si può notare nel grafico sottostante (Fig. 11).

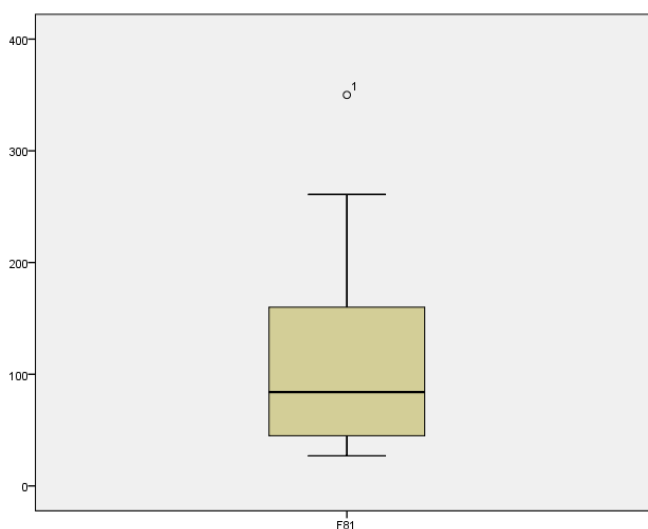


Figura 11. Distribuzione delle frequenze del "Disturbo evolutivo specifico delle abilità scolastiche" nel 2012

Nel 2013 si conferma un'elevata variabilità tra le ULSS del Veneto (Fig. 12). La frequenza più bassa è stata rilevata nell'ULSS 21 (12 su 10.000 minori); mentre quella più alta nell'ULSS 2 (310 su 10.000 minori). In questo caso però la prevalenza sui minori residenti dell'ULSS 2 non costituisce un valore estremo come nel 2012.

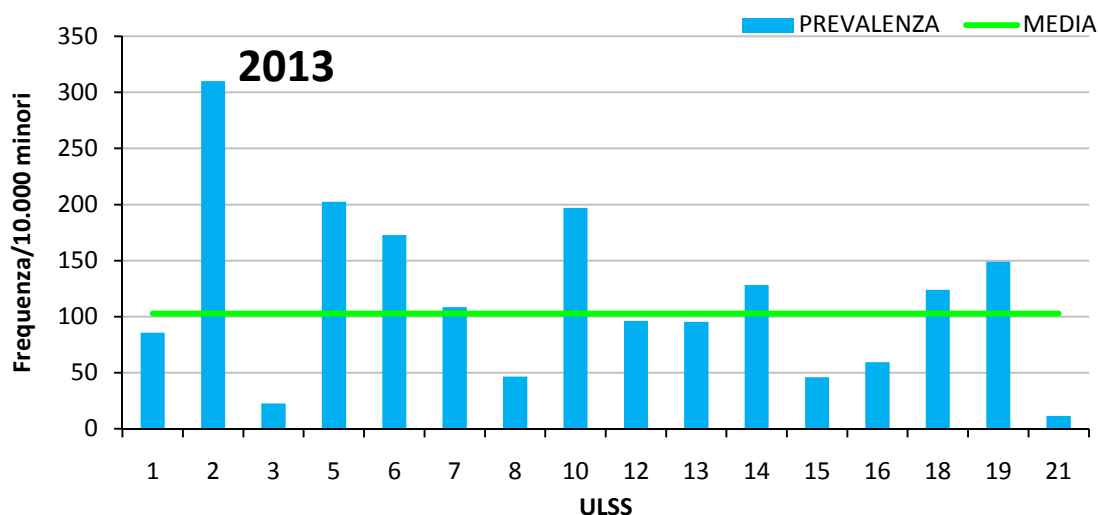


Figura 12.

Frequenza utenti con "Disturbo evolutivo specifico delle abilità scolastiche"/10.000 minori delle ULSS nel 2013

Le tabelle dettagliate relative alle frequenze delle diagnosi delle singole ULSS sulla popolazione minorile residente ricavate dalle rilevazioni fatte per l'anno 2012 e 2013 sono riportate in Appendice (Tabella 9 e 10).

Disturbo specifico dell'eloquio e del linguaggio (F80)

Dopo la diagnosi di "Disturbo evolutivo specifico delle abilità scolastiche", quella che presenta maggiore frequenza nelle ULSS del Veneto è la diagnosi di "Disturbo specifico dell'eloquio e del linguaggio". La proporzione sulla popolazione di minori residenti in Veneto è di 89 bambini ogni 10.000 nel 2012 e di 82 su 10.000 minori nel 2013. Nel loro studio, Houtrow et al. (2014), individuano che la frequenza dei disturbi del linguaggio sia di 188 minori su 10.000 negli Stati Uniti, risultando di gran lunga superiore rispetto a quella rilevata in Veneto. La percentuale di utenza cui è assegnata questa diagnosi nei Servizi Distrettuali del Veneto è del 12,9% nel 2012 e 11,6% nel 2013. Questo dato si avvicina a quello rilevato nella Regione Piemonte nel 2010 e nel 2011, ossia rispettivamente l'11,2% e il 10,9% dell'utenza complessiva ha ricevuto la diagnosi di "Disturbo specifico dell'eloquio e del linguaggio".

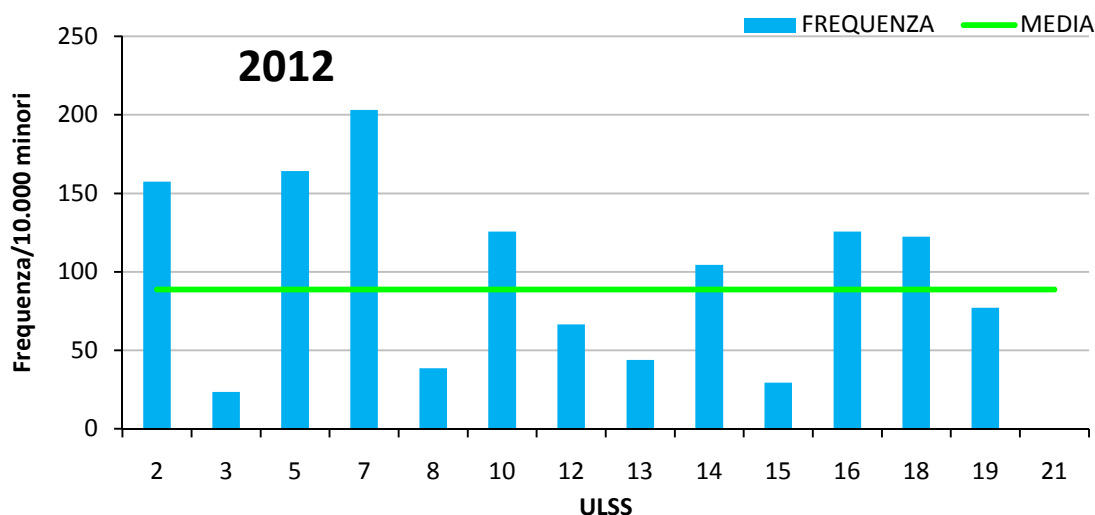


Figura 13. Frequenza utenti con "Disturbo evolutivo specifico delle abilità scolastiche"/10.000 minori delle ULSS nel 2012

Come si può notare dalla Figura 13 non vi è un'omogeneità nell'utilizzo di questa diagnosi tra i diversi Servizi del Veneto. L'ULSS che in cui è stata rilevata una maggiore frequenza è la numero 7 (203 su 10.000 minori). Nell'ULSS 21 non sono stati rilevati casi a cui è stata assegnata questa diagnosi. Il dato appare poco affidabile confrontandolo con il numero di logopediste presenti in quella stessa ULSS nel medesimo anno (4,8 logopediste), le quali non avrebbero preso in carico nessun paziente. Inoltre, l'ULSS 21 l'anno seguente rileva la presenza di 111 minori con diagnosi di "Disturbo specifico dell'eloquio e del linguaggio". Questa evidente differenza rende il dato dell'ULSS 21 relativo al 2012 poco attendibile. Dal confronto tra la rilevazione del 2012 e quella del 2013 sono emerse altre differenze di frequenza della diagnosi di "Disturbo evolutivo specifico dell'eloquio e del linguaggio" nella stessa ULSS da un anno all'altro (Fig.14).

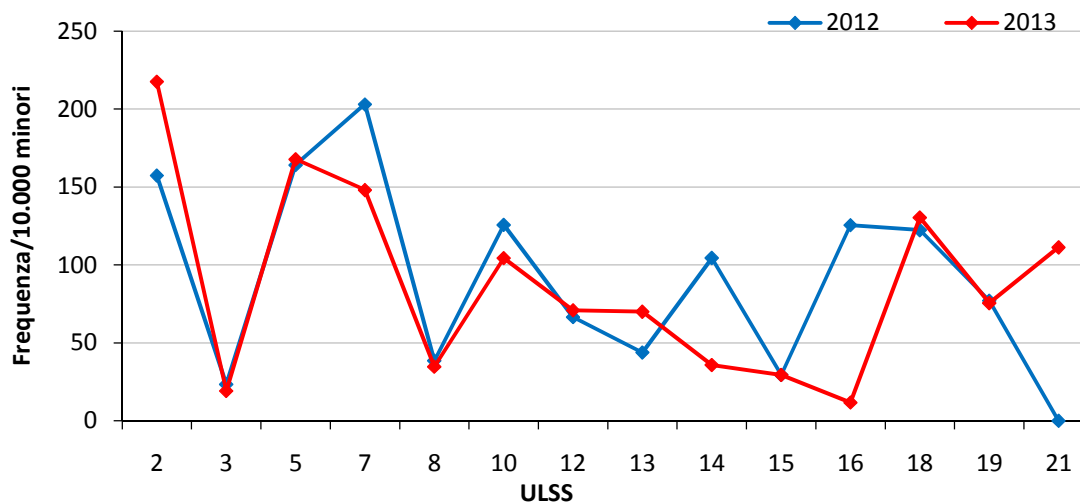


Figura 14. Confronto tra 2012 e 2013 della prevalenza degli utenti con "Disturbo evolutivo dell'eloquio e del linguaggio"/10.000 minori delle ULSS

Il grafico mostra come sia l'ULSS 14 che l'ULSS 16 presentino uno scostamento di frequenza tra il 2012 e il 2013. In particolare, nell'ULSS 14 la frequenza del disturbo del 2012 è di 104 su 10.000 minorenni residenti che nel 2013 scende a 39 su 10.000 minori. Un andamento simile si individua nell'ULSS 16, dove la frequenza di questa diagnosi nel 2012 è di 125 utenti su 10.000 minori e nel 2013 di 12 su 10.000 residenti con età inferiore ai 18 anni. Questi cambiamenti nella frequenza del disturbo non sono spiegabili da una diminuzione generale del numero di utenti delle medesime ULSS, poiché la prevalenza degli utenti nei due anni d'indagine rimane pressoché costante. La diminuzione della frequenza del "Disturbo evolutivo specifico dell'eloquio e del linguaggio" potrebbe essere spiegata da una diversa raccolta e archiviazione dei dati nelle due rilevazioni, oppure dall'abbassamento del numero di operatori che si occupano di questo problema per quanto riguarda l'ULSS 14 (2,3 logopediste nel 2012; 1,5 logopediste nel 2013). Questa spiegazione non può essere valida per l'ULSS 16, nella quale il numero di logopediste aumenta nel secondo anno di rilevazione.

Ritardo Mentale

Un'altra diagnosi con elevata frequenza all'interno dei Servizi per l'Età Evolutiva della Regione Veneto riguarda il "Ritardo Mentale", che include:

- Ritardo Mentale Lieve;
- Ritardo Mentale Medio;
- Ritardo Mentale Grave;
- Ritardo Mentale Profondo;
- Ritardo Mentale di Altro Tipo;
- Ritardo Mentale Non Specificato.

La frequenza di questa diagnosi sulla popolazione di minori residenti nel Veneto è di 65 bambini/adolescenti su 10.000 nel 2012 e di 69 su 10.000 nel 2013. Il dato ricavato da queste

rilevazioni appare superiore a quello trovato da Houtrow et al. (2014), che individuano 38 minori su 10.000 con Ritardo Mentale sulla popolazione studentesca degli Stati Uniti. Nei Servizi Distrettuali del Veneto il 10% degli utenti riceve questa diagnosi sia nel 2012 che nel 2013. Questa percentuale è inferiore a quella rilevata nella Regione Piemonte dove il 13% dell'utenza complessiva ha una diagnosi di Ritardo Mentale. In entrambi gli anni di rilevazione si presenta una certa disomogeneità nell'utilizzo di questa diagnosi tra le ULSS del territorio regionale. Il grafico sottostante mostra questa variabilità ricavata dall'analisi dei dati relativi al 2012 (Fig. 15), ma le stesse differenze tra i Servizi sono state trovate anche nel 2013.

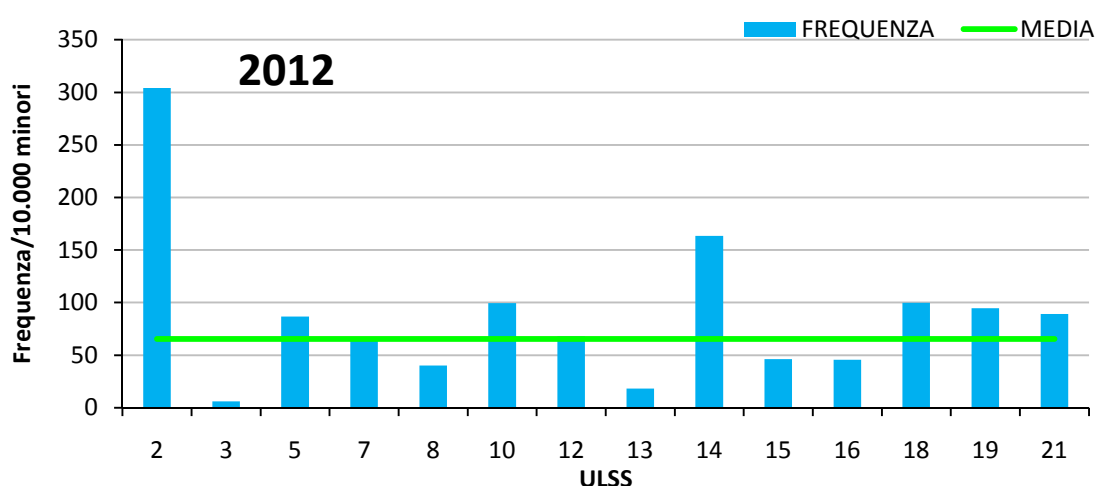


Figura 15. Frequenza utenti con "Ritardo Mentale"/100.000 minori delle ULSS nel 2012

Si nota, infatti, che l'ULSS 3 ha una frequenza del disturbo di 6 minori ogni 10.000 residenti; mentre l'ULSS 2 ha una frequenza di 304 minori con Ritardo Mentale su 10.000 residenti. La frequenza dell'ULSS 2 costituisce un Valore Anomalo rispetto alla distribuzione delle frequenze delle altre diagnosi, in quanto si discosta 3 volte il Range Interquartile della distribuzione. Questo spostamento è rappresentato nella Figura 16, nella quale la prevalenza dell'ULSS 2 è rappresentata con "*" trovandosi oltre il terzo quartile della distribuzione. Il dato risulta poco affidabile anche se confrontato con la frequenza della stessa ULSS nell'indagine relativa al 2013, la quale risulta di 101 bambini/adolescenti ogni 10.000 minori residenti. Questa differenza potrebbe essere spiegata da un miglioramento nella raccolta e archiviazione del dato più che da un effettivo cambiamento da un anno all'altro.

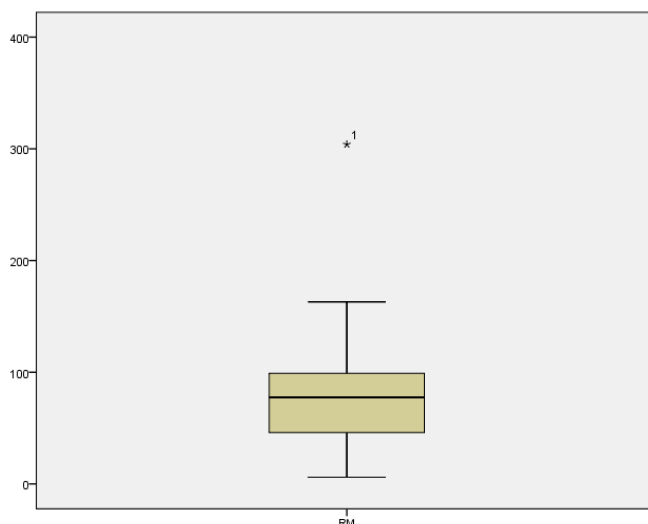


Figura 16. Distribuzione delle frequenze del "Ritardo Mentale" nel 2012

Sindrome da Alterazione Globale dello Sviluppo (F84-F88-F89)

Una diagnosi con bassa riproducibilità diagnostica è la “Sindrome da Alterazione Globale dello Sviluppo (F84-F88-F89)”. Questa diagnosi ha una frequenza di 22 minori su 10.000 che risiedono in Veneto nel 2012 e di 24 ogni 10.000 residenti con età inferiore ai 18 anni nel 2013. Questo dato risulta inferiore a quanto è stato sintetizzato nella revisione degli studi effettuata da Fombonne (2009), ossia che la frequenza di questo disturbo è stimata tra i 60 e i 70 minori ogni 10.000. Nel 2012, il 3,3% dell’utenza complessiva dei Servizi per l’Età Evolutiva ha ricevuto una diagnosi di “Sindrome da Alterazione Globale dello Sviluppo” in Veneto; mentre nel 2013 la percentuale è del 3,4% degli utenti. Il dato è in linea con quanto trovato dalle indagini effettuate nella Regione Piemonte, dove è stata assegnata questa diagnosi al 3,4% degli utenti dei Servizi Distrettuali nel 2010 e nel 2011. Essendo questa una diagnosi a bassa riproducibilità diagnostica è naturale aspettarsi una certa variabilità tra le ULSS. Sia nel 2012 che nel 2013 è infatti evidente una differenza di utilizzo della diagnosi di “Sindrome da alterazione globale dello sviluppo” (Fig. 17).

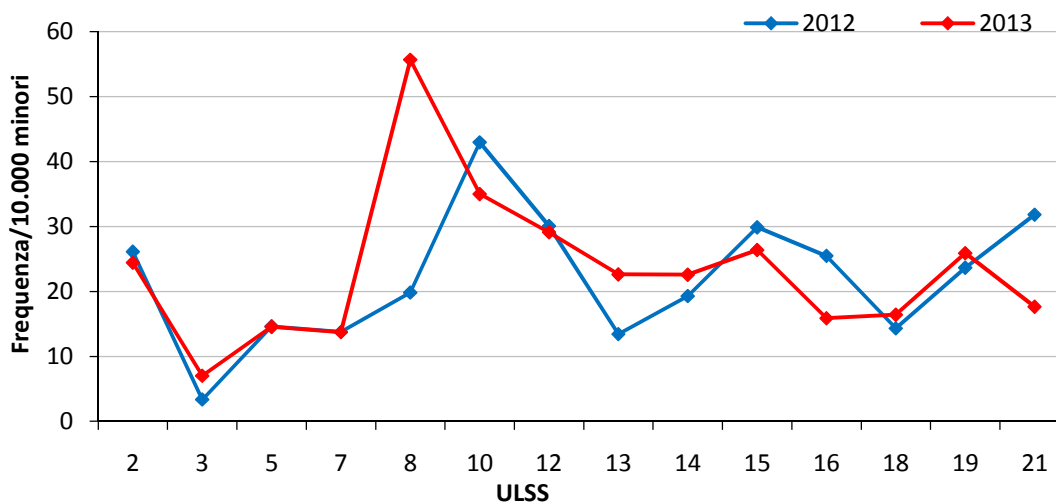


Figura 17. Confronto tra 2012 e 2013 della frequenza degli utenti con "Sindrome da alterazione globale dello sviluppo"/10.000 minori delle ULSS

L'ULSS che presenta la frequenza più bassa è la numero 3 (3 su 10.000 minori residenti nel 2012 e 7 su 10.000 nel 2013). L'ULSS in cui è stata rilevata la maggior frequenza è la numero 10 nel 2012, in cui 43 minori su 10.000 hanno una diagnosi di "Sindrome da alterazione globale dello sviluppo"; mentre nel 2013 l'ULSS 8 ha una frequenza di minori con questa diagnosi di 56 su 10.000 residenti con età inferiore ai 18 anni. Come si nota dal grafico sopra, quest'ULSS presenta una differenza notevole nell'utilizzo della diagnosi in questione. In seguito ad un'analisi più approfondita è emerso, inoltre, che nel 2013 la frequenza della diagnosi di "Sindrome da alterazione globale dello sviluppo" dell'ULSS 8 costituisce un Valore Estremo rispetto alla distribuzione delle frequenze delle altre ULSS (Fig. 18).

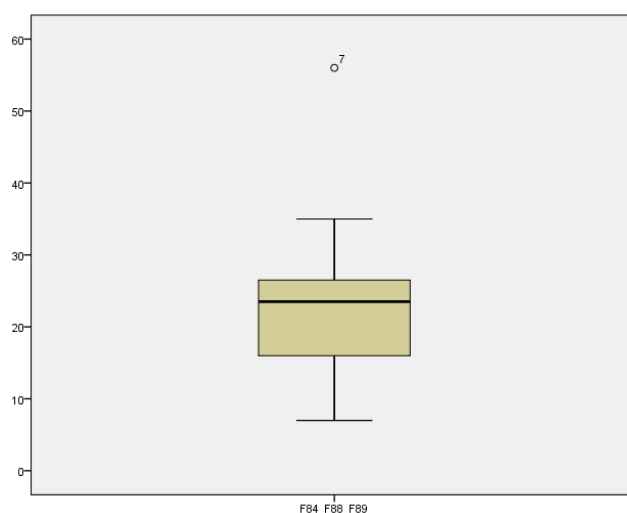


Figura 18. Distribuzione delle frequenze della "Sindrome da alterazione globale dello sviluppo" nel 2013

La prevalenza dell'ULSS 8 però si avvicina di più rispetto alle prevalenze delle altre ULSS ai dati presenti in letteratura, dove le stime sono di 60 minori su 10.000 (Fonbonne, 2005).

Disturbi della Condotta e i Disturbi Misti della Condotta e della Sfera Emozionale (F91-F92)

I "Disturbi della Condotta e i Disturbi Misti della Condotta e della Sfera Emozionale (F91-F92)" nella Regione Veneto hanno una frequenza di 21 minori ogni 10.000 residenti nel 2012 e di 18 su 10.000 minori nel 2013. Prendendo in considerazione la percentuale di minori sulla popolazione generale residente in Veneto, lo 0,21% nel 2012 e lo 0,18% nel 2013 hanno una diagnosi di "Disturbi della Condotta e i Disturbi Misti della Condotta e della Sfera Emozionale". Il dato rilevato appare inferiore rispetto a quanto è stato trovato da Sawyer et al. (2001), ossia che il 3% della popolazione minorile australiana presenta un Disturbo della condotta. La percentuale sale ulteriormente nello studio effettuato da Green et al. (2005) in Gran Bretagna, dove la popolazione che presenta tale disturbo costituisce il 5,8%. Considerando la popolazione di minori che accede ai Servizi Distrettuali per l'Età Evolutiva del Veneto, in entrambi gli anni d'indagine il 3% degli utenti

ha una diagnosi che rientra nella categoria “Disturbo della Condotta e Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale”. Anche per questo disturbo è presente una certa variabilità territoriale nella Regione Veneto. Sulla base della frequenza del disturbo rispetto alla popolazione residente nei servizi sono emerse delle differenze notevoli sia nella rilevazione effettuata per l’anno 2012 che per il 2013.

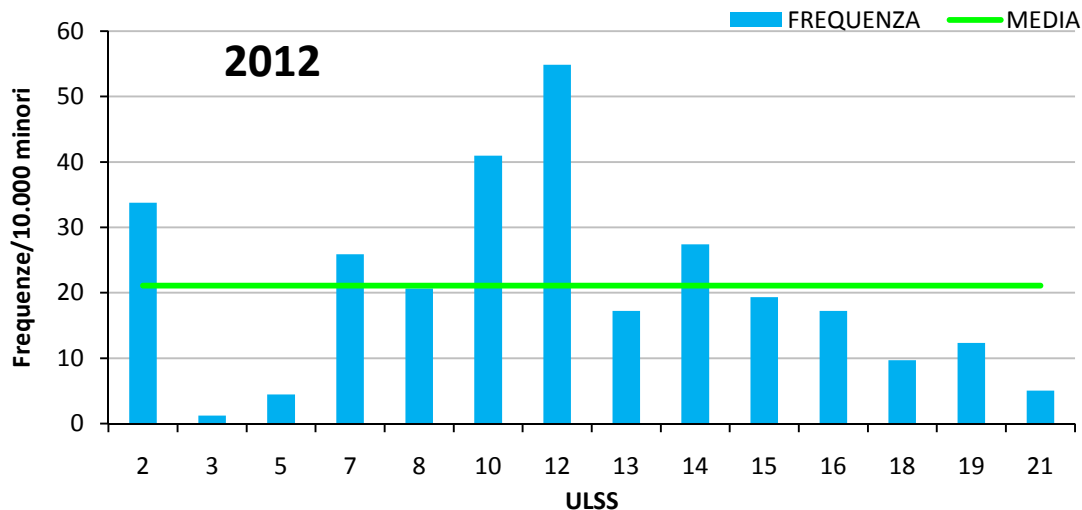


Figura 19. Frequenza utenti con "Disturbi della condotta e disturbi misti della condotta e della sfera emozionale"/10.000 minori delle ULSS nel 2012

Prendendo in considerazione la rilevazione effettuata nel 2012 si può notare come vi siano delle effettive differenze di frequenza tra le diverse ULSS (Fig. 19). Il Servizio che presenta la frequenza del disturbo più bassa è l’ULSS 3, in cui 1 minore su 10.000 presenta un problema legato alla categoria “Disturbo della Condotta e Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale”; mentre l’ULSS 12 ha la frequenza più elevata (55 su 10.000 minori residenti). La frequenza di quest’ULSS costituisce un Valore Estremo rispetto alle frequenze delle altre ULSS venete (Fig. 20).

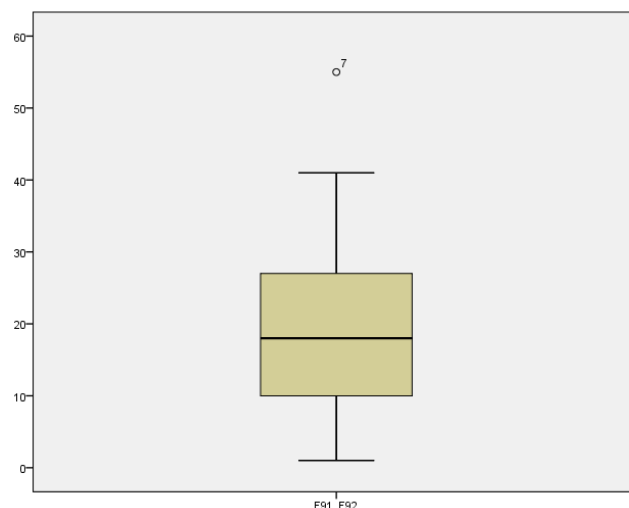


Figura 20. Distribuzione delle frequenze dei "Disturbi della condotta e disturbi misti della condotta e della sfera emozionale " nel 2012

Il grafico rende evidente come la prevalenza dell'ULSS 12 si discosti dalla media regionale. Questo scostamento potrebbe essere causato da una difficoltà nella raccolta e nell'archiviazione dei dati riguardanti l'anno 2012, giacché nel 2013 la frequenza di questo disturbo nell'ULSS 12 non costituisce un Valore Estremo sebbene si mantenga superiore alla media (39 utenti su 10.000 minori; $X=18$ su 10.000).

Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività, ADHD (F90.0)

I dati riguardanti la diagnosi di ADHD nella Regione Veneto vanno interpretati con particolare cautela poiché non è stato fornito il dato dell'ULSS 10 che costituisce il Centro regionale specializzato per il trattamento di questo disturbo. Le stime di prevalenza regionali che sono state rilevate tramite questa indagine saranno quindi inferiori rispetto alla realtà. La frequenza del disturbo stimata nella Regione Veneto è di 11 minori su 10.000 residenti di età inferiore ai 18 anni nel 2012 e di 12 minori su 10.000 minorenni nel 2013. Questo dato è molto inferiore rispetto alla frequenza individuata da Houtrow et al. (2014) di 180 casi su 10.000 minori statunitensi. In Australia, l'11,2% dei bambini ha un Disturbo da deficit di attenzione e iperattività (Sawyer et al., 2001). Una percentuale inferiore è stata rilevata in Canada, dove il 3% dei minori presenta questo disturbo (Brault et al., 2012). Sulla base delle rilevazioni effettuate in Veneto nel 2012 e nel 2013, solo lo 0,1% della popolazione residente in questa regione presenta ADHD. Rispetto all'utenza dei Servizi per l'Età Evolutiva, la percentuale di utenti cui è stata assegnata questa diagnosi è invece del 2% nel 2012 e di 1,68% nel 2013. Per poter confrontare i dati ricavati da questa indagine con quelli rilevati nella Regione Piemonte è stato necessario unire questa categoria diagnostica con la categoria "Disturbo della Condotta e Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale". La percentuale di utenza che rientra in questi gruppi diagnostici è del 4,6% nel 2012 e del 4,3% nel 2013 nella Regione Veneto; mentre nella Regione Piemonte è stata individuata una percentuale del 7,5% nel 2010 e del 7,3% nel 2011. Si nota dunque una differenza nella quantità di utenti che ricevono questa diagnosi nei Servizi veneti e in quelli piemontesi.

Analizzando le frequenze del Disturbo da deficit di attenzione e iperattività nelle ULSS del Veneto

emerge una certa variabilità sia tra di esse che all'interno delle stesse nel corso dei due anni di indagine (Fig. 21).

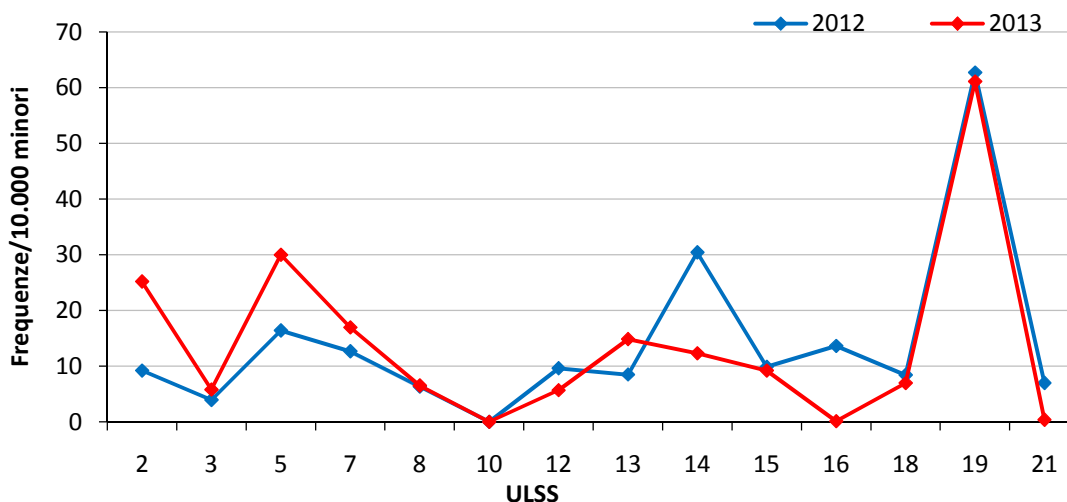


Figura 21. Confronto tra 2012 e 2013 della frequenza degli utenti con "Disturbo da deficit di attenzione e iperattività" /10.000 minori delle ULSS

Nel 2012, la frequenza di questo disturbo nell'ULSS 19 (63 su 10.000 minori) costituisce un Valore Anomalo rispetto alla distribuzione delle prevalenze dell'ADHD nelle altre ULSS.

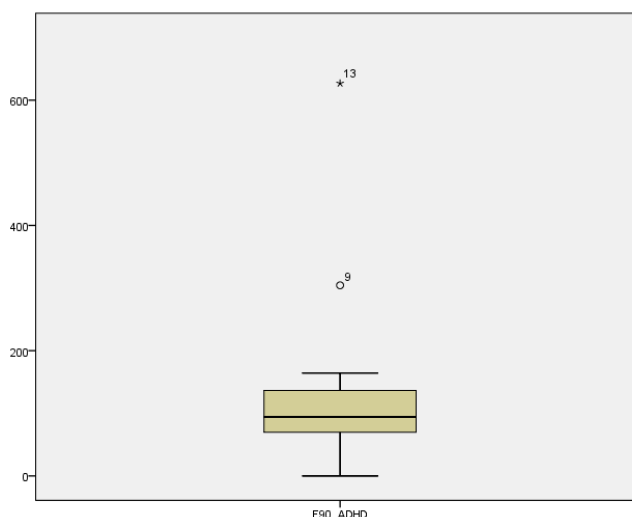


Figura 22. Distribuzione delle frequenze del "Disturbo da deficit di attenzione e iperattività" nel 2012

Nella Figura 22 il Valore Estremo rispetto alla distribuzione è rappresentato dal "o" che è costituito dalla frequenza del 2012 di questo disturbo nell'ULSS 14 (30 su 10.000 minori). La causa di queste differenze potrebbe risiedere in un diverso funzionamento dei vari servizi più che in un'effettiva differenza legata a specificità locali, ma è necessario comunque interpretare con cautela questi dati.

Paralisi Cerebrali Infantili (G80)

La diagnosi di Paralisi Cerebrale Infantile ha una frequenza nei Servizi per l'Età Evolutiva del Veneto di 10 minori su 10.000 residenti nel 2012 e di 8 su 10.000 nel 2013. Il dato emerso nelle rilevazioni effettuate in questa regione è inferiore rispetto a quanto trovato in letteratura: a livello mondiale la frequenza di questa diagnosi è di 20 minori su 10.000 (Odding et al., 2006). La percentuale di utenza che presenta questo disturbo all'interno dei Servizi del Veneto è dell'1,52% nel 2012 e dell'1,11% nel 2013. In Piemonte le percentuali di bambini con Paralisi cerebrali infantili sono maggiori rispetto a quelle rilevate in questa indagine, rappresentando il 2,9% nel 2010 e il 2,7% nel 2011.

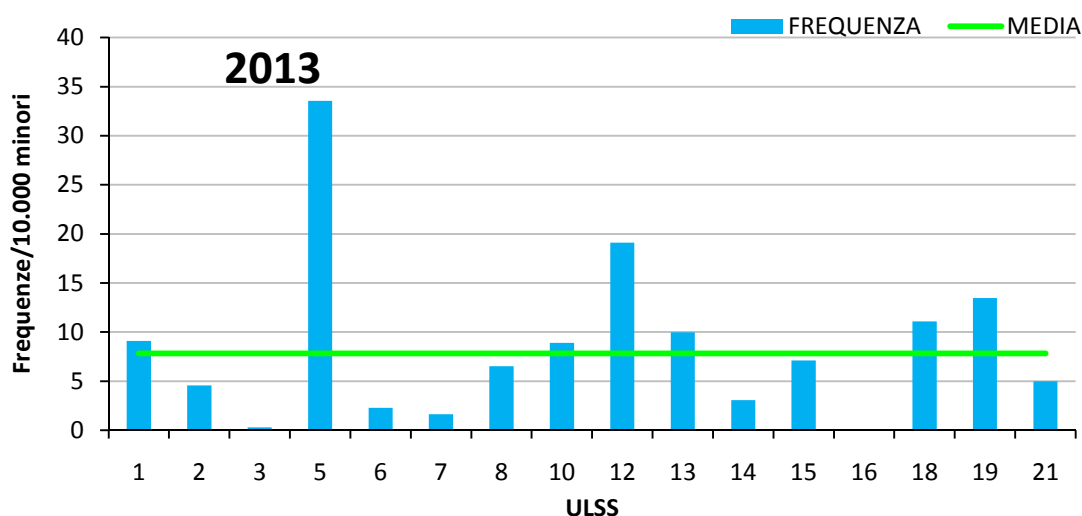


Figura 23. Frequenza utenti con "Paralisi cerebrali infantili"/10.000 minori delle ULSS nel 2013

Come si può notare dalla Figura 23, anche per questa categoria diagnostica è emersa una certa variabilità territoriale. Il grafico mostra le differenze tra le ULSS nelle prevalenze degli utenti con diagnosi di Paralisi Cerebrali Infantili nel 2013. Il Servizio distrettuale che presenta la frequenza più elevata appartiene all'ULSS 5 (33 ogni 10.000 minori residenti). Anche nel 2012 il dato riguardante l'ULSS 5 si discosta in maniera evidente dalla media regionale, costituendo un Valore Anomalo della distribuzione (Fig. 24).

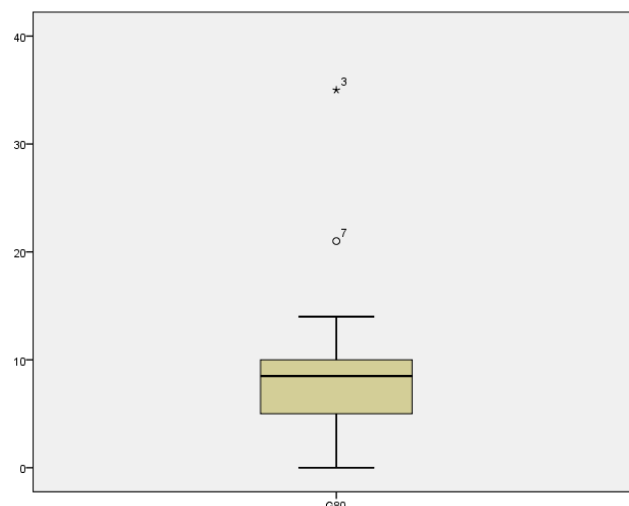


Figura 24. Distribuzione delle frequenze del "Paralisi cerebrali infantili" nel 2012

Invece, il Valore Estremo rappresentato nella figura si riferisce alla frequenza di PCI nell'ULSS 12 (21 su 10.000 minori residenti).

Nel 2013 nell'ULSS 16 non è stato rilevato alcun caso a cui è stata attribuita questa diagnosi. Quest'ultimo dato appare poco affidabile se confrontato con l'indagine riguardante l'anno precedente, in cui la frequenza di questa diagnosi nell'ULSS 16 è di 9 minori su 10.000 (Fig. 25). Questa differenza di frequenza potrebbe derivare da una difficoltà nella raccolta o nell'archiviazione del dato relativo la diagnosi di Paralisi Cerebrale Infantile.

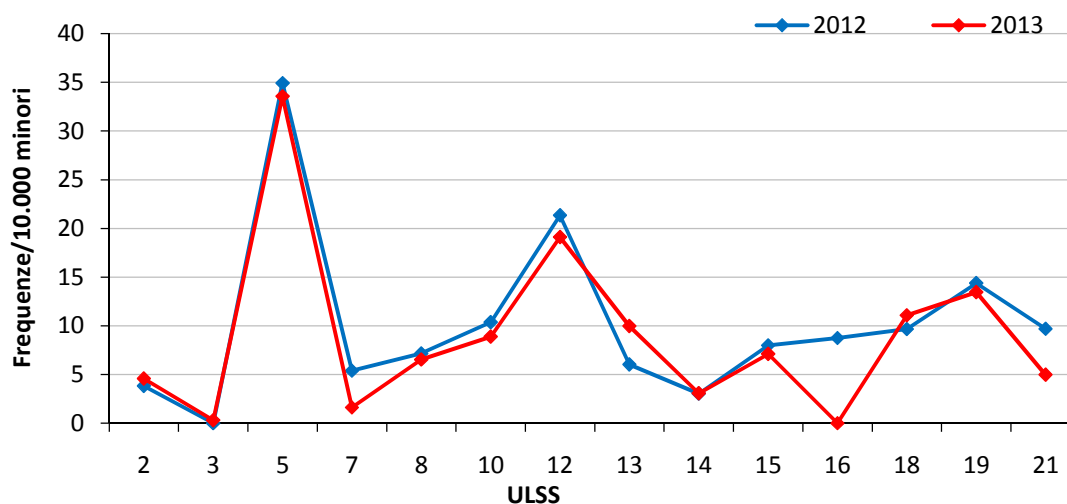


Figura 25. Confronto tra 2012 e 2013 della frequenza degli utenti con "Paralisi cerebrali infantili" /10.000 minori delle ULSS

Il grafico mostra, inoltre, la mancanza di omogeneità tra le ULSS della Regione Veneto, che potrebbe essere spiegata da una differenza nell'organizzazione dei servizi.

Sindromi Affettive (F30-F39)

Le sindromi affettive rappresentano una diagnosi a bassa riproducibilità diagnostica. La frequenza nella Regione Veneto è di 7 minori su 10.000 residenti di età inferiore a 18 anni nel 2012 e di 7 ogni 10.000 minori residenti nel 2013. In diversi studi presenti in letteratura la prevalenza delle sindromi affettive nei bambini e adolescenti varia da 0,8% a 3% (Sawyer et al., 2001, Zhong et al. 2013). In Veneto, è stato rilevato che nel 2012 e nel 2013 solo lo 0,07% della popolazione generale presenta una diagnosi di Sindrome Affettiva. Essendo questa una diagnosi a bassa riproducibilità è naturale aspettarsi una certa variabilità tra le varie ULSS, come mostra il grafico sottostante (Fig. 26).

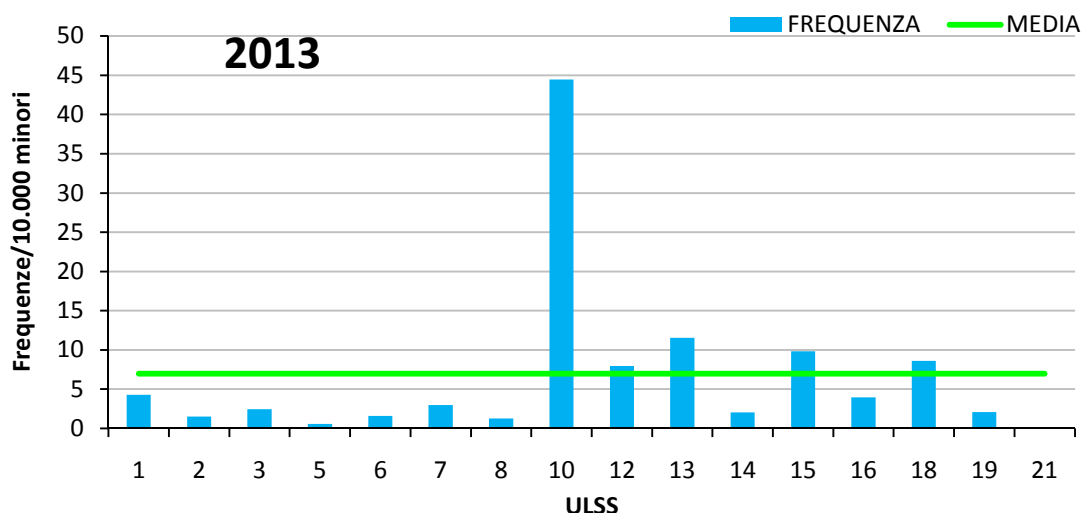


Figura 26. Frequenza utenti con "Sindromi affettive"/10.000 minori delle ULSS nel 2013

In particolare, si può notare dal grafico come la frequenza dell'ULSS 10 superi notevolmente la media dalle frequenze (44 minori su 10.000; $X_{regionale}=7$ ogni 10.000 minori). Essa costituisce un Valore Anomalo rispetto alla distribuzione delle frequenze delle altre ULSS (Fig. 27).

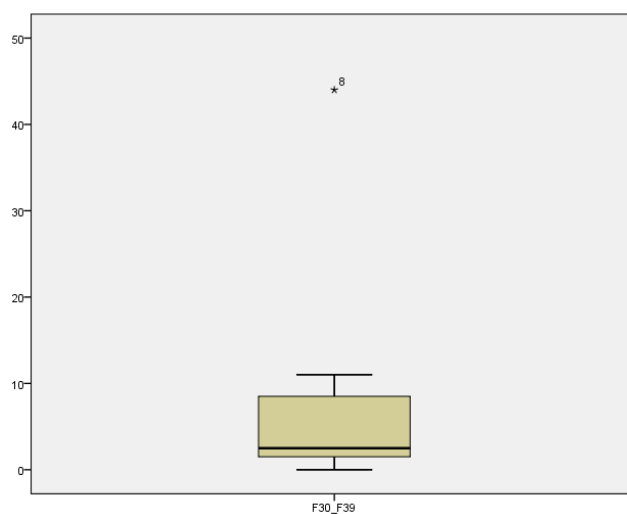


Figura 27. Distribuzione delle frequenze del "Sindromi affettive" nel 2013

Un andamento simile è stato trovato anche nel 2012, dove nell'ULSS 10 è stata rilevata una prevalenza di 43 minori su 10.000 residenti con età inferiore ai 18 anni ($X_{regionale}=7$ minori su 10.000). La variabilità riscontrata può essere spiegata da un diverso orientamento di questo Servizio rispetto agli altri Servizi per l'Età Evolutiva del Veneto.

Schizofrenia, Sindromi Schizotipica e Sindromi Deliranti (F20-F29)

Sono rari gli studi in letteratura che si occupano di questa categoria di disturbi nella popolazione in età evolutiva. La frequenza nella Regione Veneto è di 3 minori su 10.000 nel 2012 e di 2 minori su 10.000 residenti nel 2013. Per confrontare questo dato con quanto rilevato nella Regione Piemonte è stato necessario considerare nella stessa categoria gli utenti con una diagnosi di "Schizofrenia, Sindromi Schizotipica e Sindromi Deliranti" e di "Sindromi Affettive". La percentuale di utenti dei servizi che ricevono una diagnosi che rientra nei codici ICD-10 F20-F39 è di 1,38% nel 2012 e di 1,28% nel 2013 nel Veneto; mentre in Piemonte rientrano in questa categoria l'1,03% nel 2010 e lo 0,91% nel 2011 dell'utenza complessiva.

Analizzando le frequenze delle singole ULSS riguardanti le diagnosi di Schizofrenia, Sindromi Schizotipica e Sindromi Deliranti, sia nel 2012 che nel 2013 si nota una certa omogeneità ad eccezione dell'ULSS 10 come per la diagnosi di Sindromi Affettive (Fig. 28). La frequenza nell'ULSS 10 è di 16 minori su 10.000 residenti nel 2012 e di 15 su 10.000 minori nel 2013 ($X_{regionale}=3$ su 10.000 nel 2012 e 2 su 10.000 nel 2013). Anche in questo caso l'elevata frequenza del disturbo in quel servizio può essere spiegata dalla sua specializzazione nella presa in carico dei bambini con questi problemi.

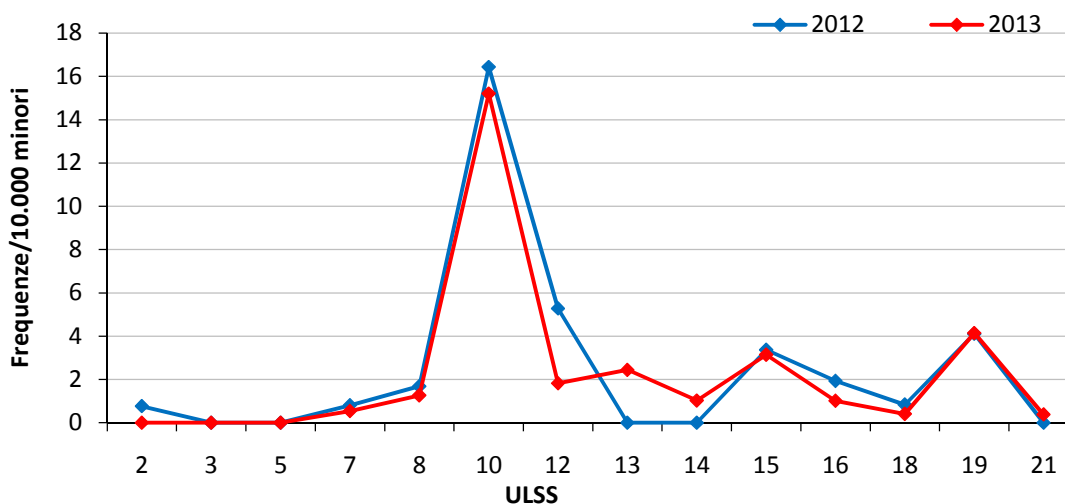


Figura 28. Confronto tra 2012 e 2013 della frequenza degli utenti con "Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti "/10.000 minori delle ULSS

Disturbi di Personalità (F60-F69)

Non sono stati individuati studi in letteratura che indagano la frequenza dei disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti. Dalle rilevazioni effettuate nella Regione Veneto, la frequenza di questi disturbi appare di 6 minori residenti su 10.000 nel 2012 e nel 2013 di 4 su 10.000 minorenni che risiedono in questa regione. Nelle indagini effettuate nella Regione Piemonte nel 2010 e nel

2011 non sono stati presi in considerazione questi disturbi. Data la scarsità di dati con cui poter confrontare quanto emerso in questa indagine, è difficile poter interpretare il dato ricavato in Veneto. Sulla base dei dati raccolti è stata trovata comunque una disomogeneità tra le frequenze del Disturbo di Personalità delle ULSS venete.

Nella Figura 29, oltre alla variabilità presente tra le ULSS, si nota uno scostamento da un anno di rilevazione all'altro nell'ULSS 21.

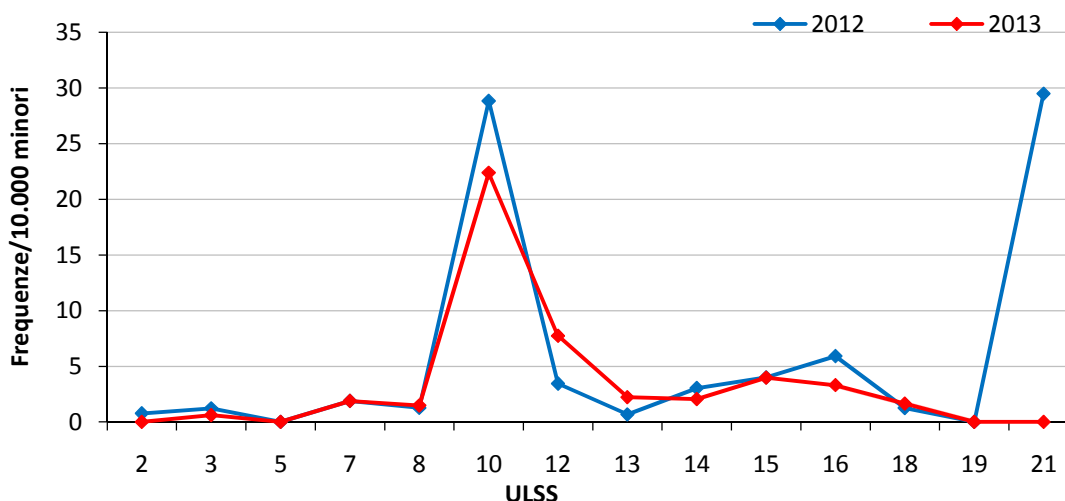


Figura 29. Confronto tra 2012 e 2013 della frequenza degli utenti con "Disturbo di personalità "/10.000 minori delle ULSS

La frequenza nell'ULSS 21 di questo disturbo è di 29 minori ogni 10.000 residenti nel territorio nel 2012; mentre nel 2013 il dato fornito è di zero utenti che presentano tale diagnosi. Il cambiamento evidenziato potrebbe essere causato da un errore nell'archiviazione del dato più che da una differenza effettiva nella frequenza del disturbo. Nel 2012, le frequenze della diagnosi di Disturbo di personalità dell'ULSS 21 (29 su 10.000) e dell'ULSS 10 (29 su 10.000) costituiscono i Valori Anomali della distribuzione discostandosi di molto dalla media regionale (6 su 100.000).

Sindromi e Disturbi da alterato Comportamento Alimentare (F50)

In Veneto, la frequenza dei disturbi alimentari è di 2 minori ogni 10.000 residenti di età inferiore ai 18 anni sia nel 2012 che nel 2013. In uno studio effettuato sulla popolazione svizzera, è stato individuato che l'1,2% dei minori presenta il disturbo (Steinhausen, 1996). La percentuale di minori che risiedono in Veneto che presentano il disturbo è di 0,02% sia nel 2012 che nel 2013. Questo dato risulta perciò inferiore a quanto trovato in letteratura. Se prendiamo in considerazione la popolazione di minori che accede ai servizi, lo 0,3% degli utenti ha una diagnosi di "Sindromi e Disturbi da alterato Comportamento Alimentare". Una percentuale leggermente superiore è stata individuata nella popolazione dei Servizi della Regione Piemonte (0,5% degli utenti). La variabilità tra le ULSS del Veneto è molto elevata anche in questo disturbo.

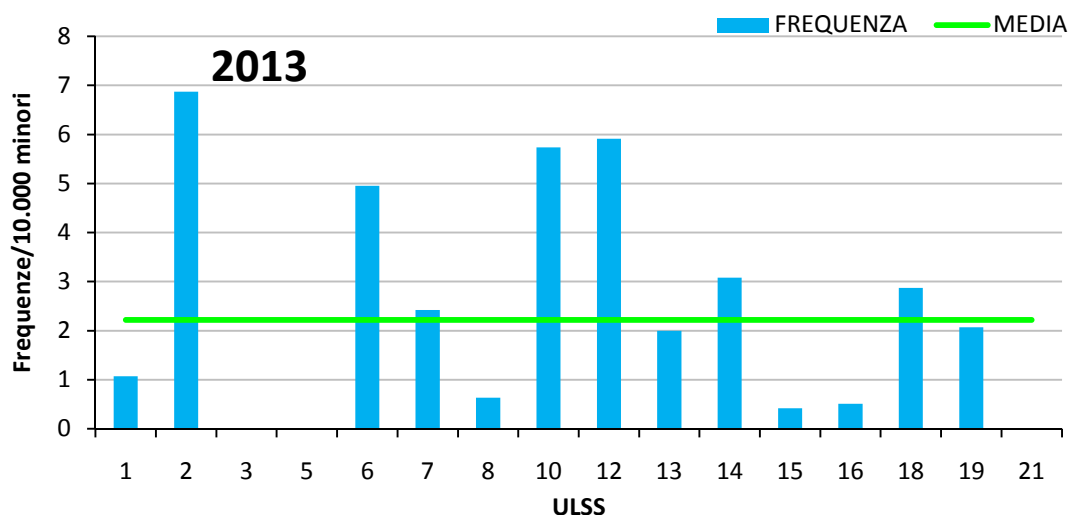


Figura 30. Frequenza utenti con "Sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare"/10.000 minori delle ULSS nel 2013

La Figura 30 evidenzia la presenza di tre ULSS in cui non è stato rilevato alcun caso di disturbo alimentare (ULSS 3, 5 e 21). La prevalenza più elevata è stata rilevata nell'ULSS 2 (7 minori su 10.000).

Confrontando i due anni di indagine, si notano delle differenze di frequenza del disturbo all'interno della stessa ULSS (Fig. 31).

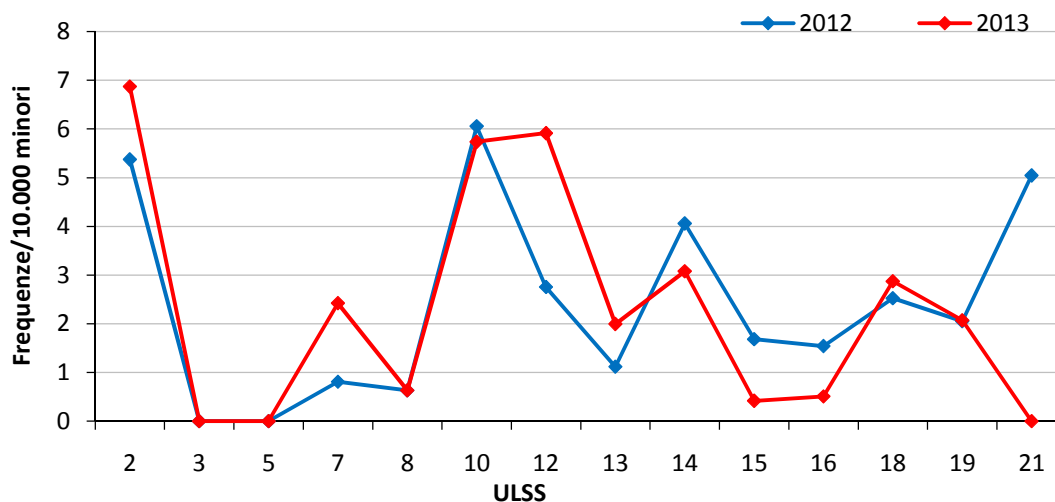


Figura 31. Confronto tra 2012 e 2013 della frequenza degli utenti con "Sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare"/10.000 minori delle ULSS

In particolare, le differenze più evidenti si notano nell'ULSS 12 dove la frequenza passa da 3 minori residenti su 10.000 nel 2012 a 6 minorenni su 10.000 nel 2013. Il dato 2013 relativo all'ULSS 21 (0 minori su 10.000) risulta poco affidabile in quanto nella rilevazione del 2012 questo Servizio per l'Età Evolutiva presenta una frequenza di 5 minori su 10.000.

Epilessia (G40)

La frequenza dell'epilessia nei Servizi per l'Età Evolutiva della Regione Veneto è di 7 minori su 10.000 residenti sia nel 2012 che nel 2013. Questo dato è inferiore a quanto trovato da Houtrow et al. (2014) nella popolazione studentesca degli Stati Uniti: 20 minori su 10.000 soddisfano i criteri diagnostici dell'epilessia. Anche la percentuale degli utenti dei servizi del Veneto con questa diagnosi risulta inferiore a quella individuata in Piemonte: l'1,03% nel 2012 e lo 0,94% nel 2013 degli utenti dei servizi del Veneto ha una diagnosi di epilessia; mentre nei servizi piemontesi le percentuali raggiungono il 5%. Come per gli altri disturbi, anche l'epilessia presenta una disomogeneità locale.

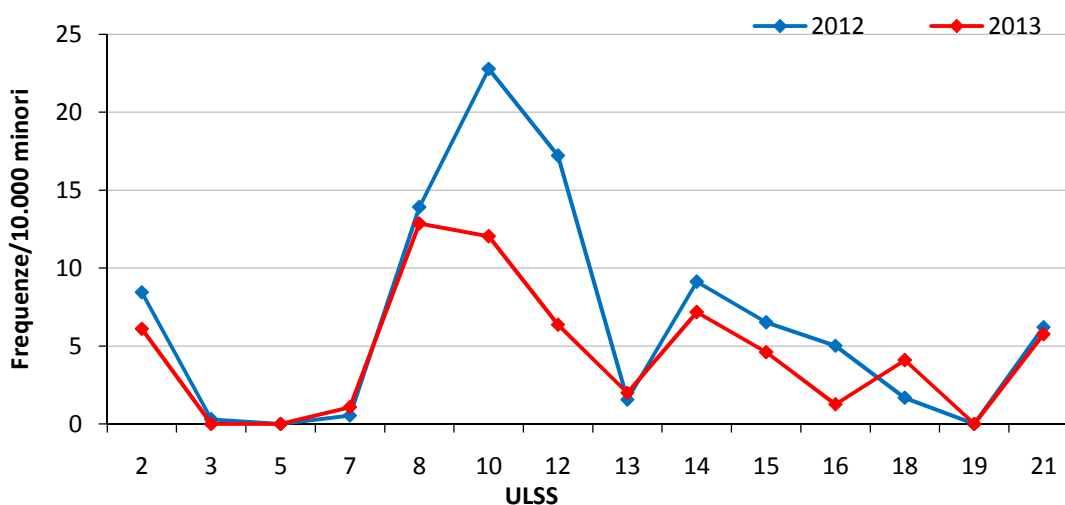


Figura 32. Confronto tra 2012 e 2013 della frequenza degli utenti con "Epilessia "/10.000 minori delle ULSS

Nel grafico si vede come l'utilizzo di questa diagnosi non è omogeneo nelle varie ULSS (Fig. 32). Oltre a ciò vi sono anche delle differenze nella frequenza del disturbo all'interno della stessa ULSS nei due anni di indagine. Tale difformità è evidente nell'ULSS 10, dove la frequenza del 2012 è di 23 su 10.000 minori, mentre nel 2013 è di 12 su 10.000; l'altra ULSS che mostra una certa difformità tra il 2012 e il 2013 è la numero 12 (13 minori su 10.000 nel 2012 e 6 su 10.000 nel 2013). La frequenza dell'ULSS 10 nel 2012 costituisce un Valore Estremo rispetto alla distribuzione delle frequenze delle altre ULSS.

Sindrome di Down (Q90)

La diagnosi di Sindrome di Down dovrebbe essere la diagnosi con più alta riproducibilità, costanza epidemiologica e di accesso ai Servizi; perciò ci si aspetta una maggiore omogeneità nei dati di frequenza del disturbo delle varie ULSS.

La frequenza di tale diagnosi nella Regione Veneto è di 6 minori su 10.000 residenti sia nel 2012 che nel 2013. Questi dati risultano inferiori rispetto a quanto è stato trovato da Sherman et al. (2007), ossia che la frequenza negli Stati Uniti è di 13 minori su 10.000. La percentuale sugli utenti dei Servizi risulta dello 0,9% nelle rilevazioni effettuate in Veneto: il dato è in linea con quanto trovato nella Regione Piemonte dove lo 0,91% degli assistiti dei servizi distrettuali per l'Età

Evolutiva nel 2010 presentava una diagnosi di Sindrome di Down e nel 2011 la percentuale è dello 0,83%. A differenza di quanto ci si poteva aspettare, anche la diagnosi di Sindrome di Down mostra una certa variabilità territoriale.

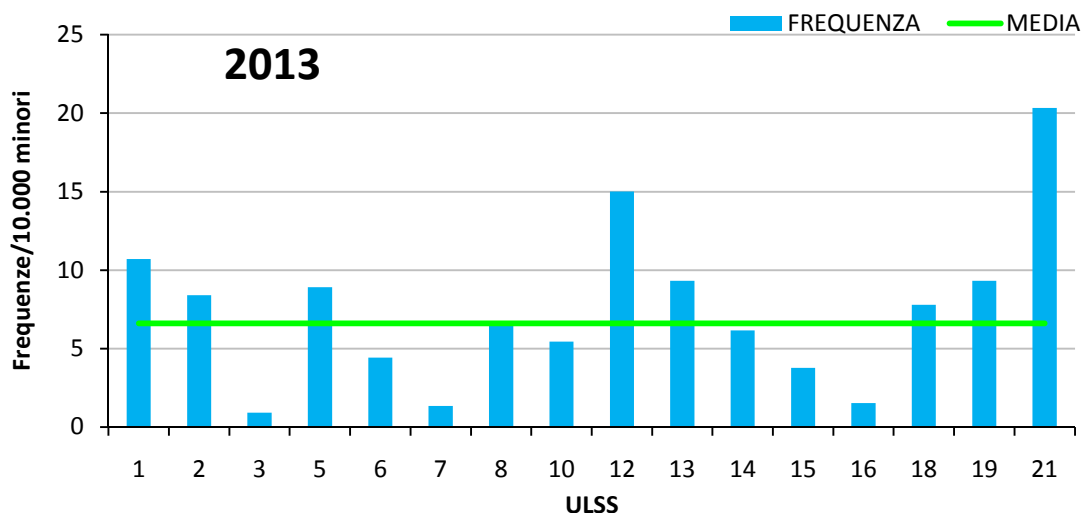


Figura 33. Frequenza utenti con "Sindrome di Down"/10.000 minori delle ULSS nel 2013

Come si nota nella Figura 33 vi è una evidente differenza tra le frequenze di questa diagnosi. L'ULSS 3 presenta la frequenza più bassa (0,9 minori su 10.000); mentre il Servizio con la frequenza più elevata è l'ULSS 21 (20 su 10.000 minori residenti). Questa differenza potrebbe essere spiegata sulla base di una differente distribuzione di pazienti con diagnosi di Sindrome di Down all'interno del territorio regionale, oltre che a una diversa categorizzazione dei pazienti con questa diagnosi considerando che è stato chiesto di individuare la diagnosi che al momento della rilevazione giustifica la presa in carico del paziente.

Nessuna diagnosi di patologia

Un dato interessante che è emerso nelle rilevazioni svolte nella Regione Veneto riguarda l'indicatore "Nessuna diagnosi di patologia": questa voce non si riferisce necessariamente alla conclusione di un processo diagnostico carente o interrotto, ma viene utilizzato correttamente quando non sono soddisfatti i criteri diagnostici per uno specifico disturbo e non sono rilevabili, in alcuno degli assi dell'ICD-10, condizioni anomale che possono spiegare il ricorso al servizio. In questi casi, voler comunque indicare una diagnosi rappresenterebbe una forzatura. La percentuale di utenti dei Servizi per l'Età Evolutiva della Regione Veneto a cui non è stata attribuita nessuna diagnosi è del 6% nel 2012 e del 18% nel 2013. Costituendo una parte importante della popolazione dei Servizi questo dato può essere interpretato in diversi modi:

- Vi è una percentuale di utenti che accedono al Servizio non per un reale disturbo riconducibile a una categoria diagnostica dell'ICD-10, ma per una serie di altre problematiche; questo comporta una deviazione del lavoro degli operatori, ossia una diminuzione del tempo a disposizione per pazienti che presentano effettivamente un disturbo.

- La percentuale di utenti a cui non viene attribuita una diagnosi potrebbe costituire la popolazione su cui vengono svolte le attività di prevenzione: utenti che si rivolgono ai Servizi e con l'aiuto degli operatori riescono a risolvere la situazione di malessere che non si riesce a definire come un vero e proprio disturbo.
- Una percentuale elevata di tale indice può evidenziare la difficoltà degli operatori di attribuire una diagnosi a tutti gli utenti.

Sulla base di quanto emerso dall'analisi dei dati ricavati dalle rilevazioni effettuate nella Regione Veneto relative al 2012 e al 2013 si può notare una disomogeneità diffusa per tutti i disturbi di cui si occupano i Servizi per l'Età Evolutiva. Le possibili cause di queste differenze possono risiedere:

- Nelle difficoltà incontrate dai Servizi nella raccolta e nell'archiviazione del dato dovute all'eventuale inadeguatezza dei Sistemi Informativi Aziendali;
- Nei diversi funzionamenti dei Servizi, ossia gli orientamenti degli stessi oltre che le risorse possedute (in particolare il numero e la tipologia di operatori);
- Nella scarsa riproducibilità diagnostica delle diagnosi prese in considerazione;
- Nelle effettive differenze di frequenza delle diagnosi legata a specificità locali.

Considerazioni

La Figura 34 confronta per le diverse diagnosi il numero di casi presi in carico, ogni 10.000 minori, con la prevalenza attesa nella popolazione ricavata dalle indagini epidemiologiche.

Calcolando il rapporto tra i casi effettivamente presi in carico e quelli attesi, si può notare una grandissima variabilità tra le diagnosi. Mentre per il Disturbo evolutivo delle abilità scolastiche, il Disturbo specifico dell'eloquio e del linguaggio, il Ritardo mentale, la Sindrome da alterazione globale dello sviluppo, le Paralisi cerebrali infantili, la Sindrome di Down e l'Epilessia i SEE hanno in carico almeno 1 minore su 3 di quelli attesi, per altre diagnosi, come le Sindromi affettive, i Disturbi della personalità e i Disturbi del comportamento alimentare i minori presi in carico risultano essere meno di 1 su 30.

Il confronto mette in luce una questione molto rilevante in termini di effettiva garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza, di accessibilità e di equità.

Essa riflette un orientamento e un'attenzione dei SEE rivolti prevalentemente ai disturbi più gravi e di tipo organico e ai disturbi rilevanti per l'adattamento e il successo scolastico; orientamento che è chiaramente condizionato dai vincoli normativi.

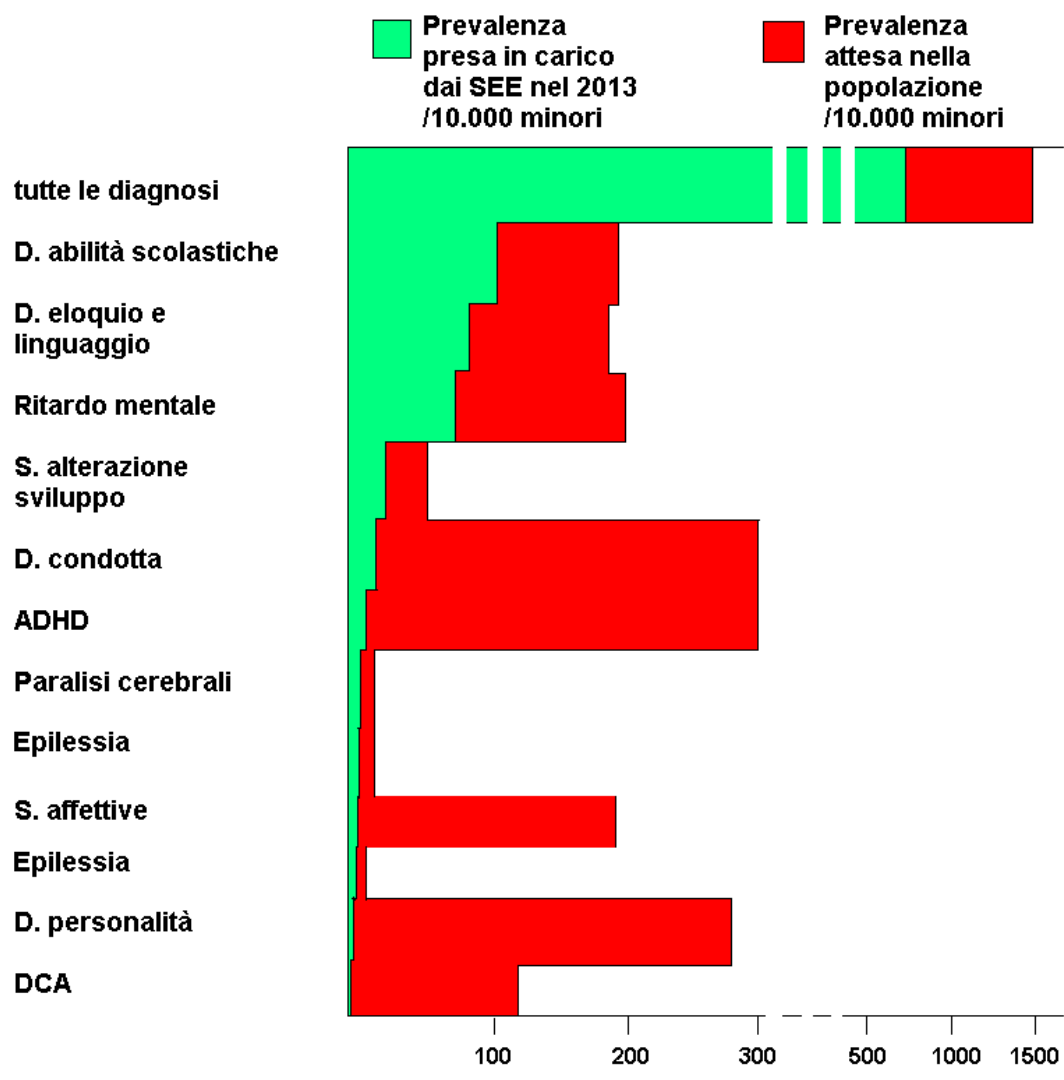


Figura 34. Prevalenza dei minori presi in carico ogni 10.000 nel 2013 rispetto alla prevalenza attesa del disturbo nella popolazione

3.4. Interventi

Nel corso del 2012 i Servizi per l'Età Evolutiva del Veneto hanno effettuato un totale 564.394 prestazioni, ossia 11,4 interventi per utente e 811,2 interventi per operatore. Nel 2013, invece sono state effettuate 685.928 prestazioni, ossia 12,8 interventi per utente e 973,9 interventi per operatore. Dalle rilevazioni fatte è dunque emerso un aumento delle prestazioni richieste agli operatori oltre che un incremento degli interventi effettuati per ciascun utente. Nei Servizi del Piemonte sono stati svolti nel 2010 9,5 interventi per utente e 1.337 interventi per operatore; mentre nel 2011 le prestazioni per utente sono state 9,2 e quelle per operatore 1.356. Emerge quindi una leggera differenza rispetto ai dati rilevati in Veneto, la quale potrebbe essere attribuita ai diversi sistemi di registrazione delle prestazioni.

Nel 2012, il 29% del totale delle attività svolte dai Servizi distrettuali per l'Età Evolutiva è costituito da Interventi Abilitativi/Riabilitativi. Questi interventi nel 2013 costituiscono il 31% delle prestazioni erogate complessivamente.

Le Visite/Colloqui, nei quali sono inclusi le visite neuropsicologiche, i colloqui psicologico-clinico e i colloqui con i genitori, costituiscono il 19% degli interventi erogati nel 2012 e il 18% di quelli effettuati nel 2013.

A seguire, le prestazioni che costituiscono la percentuale maggiore sono le Valutazioni Standardizzate sia nel 2012 (7%) che nel 2013 (8%), e gli Incontri d'équipe che includono le UVMD con una percentuale del 7% nel 2012 e del 6% nel 2013. Gli Interventi educativi costituiscono il 4% nel 2012 e il 7% nel 2013 delle prestazioni erogate.

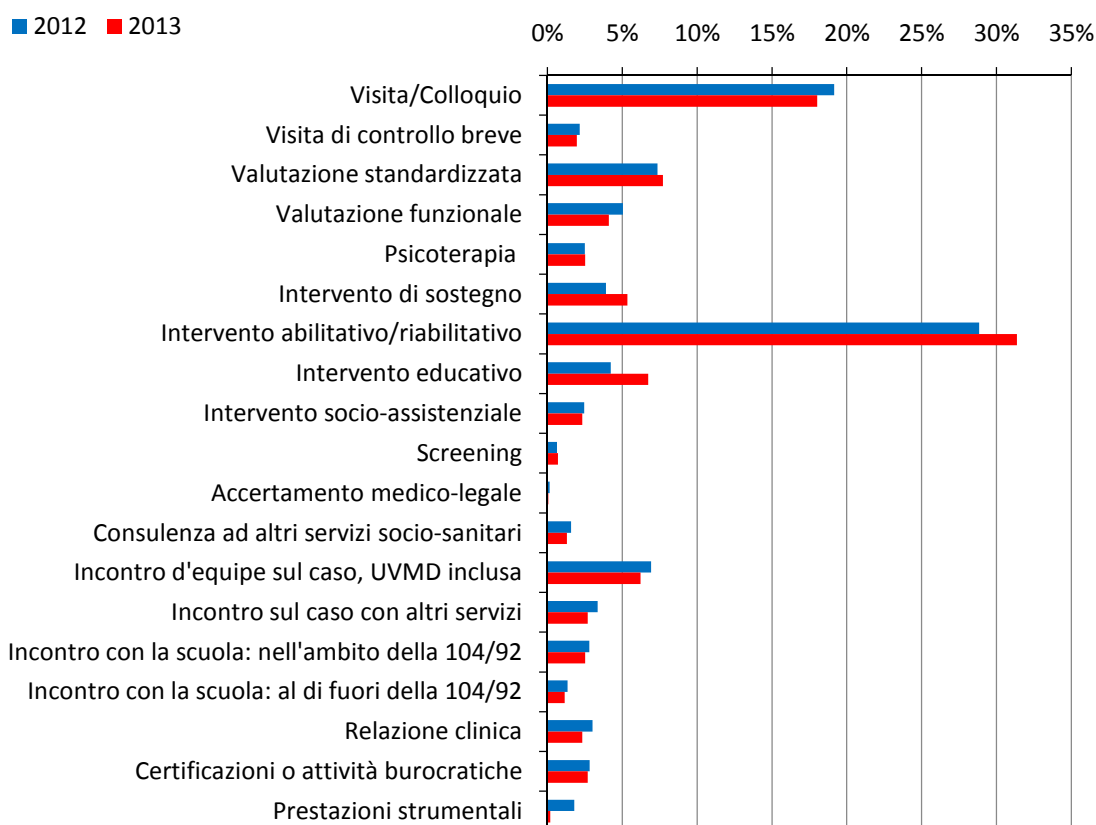


Figura 35. Interventi erogati nel 2012 e 2013 in Veneto

Come si può notare dalla Figura 35, le altre prestazioni erogate costituiscono una percentuale inferiore rispetto agli interventi sopra descritti. Prendendo in considerazione le categorie di interventi erogati in percentuale più elevata è possibile notare una certa variabilità territoriale tra le ULSS del Veneto. Per poter confrontare i dati forniti da ogni singola Azienda ULSS sono state calcolate le proporzioni sulla popolazione minorile residente nel territorio in cui le stesse operano. In particolare, nel 2012, la proporzione media in Veneto è stata di 2.165 interventi abilitativi/riabilitativi ogni 10.000 minori residenti (Fig. 36). La frequenza più elevata degli interventi abilitativi/riabilitativi è stata trovata nell'ULSS 19 (8.490 interventi ogni 10.000 minori); mentre quella più bassa è stata rilevata nell'ULSS 13 con 160 prestazioni ogni 10.000 minori residenti.

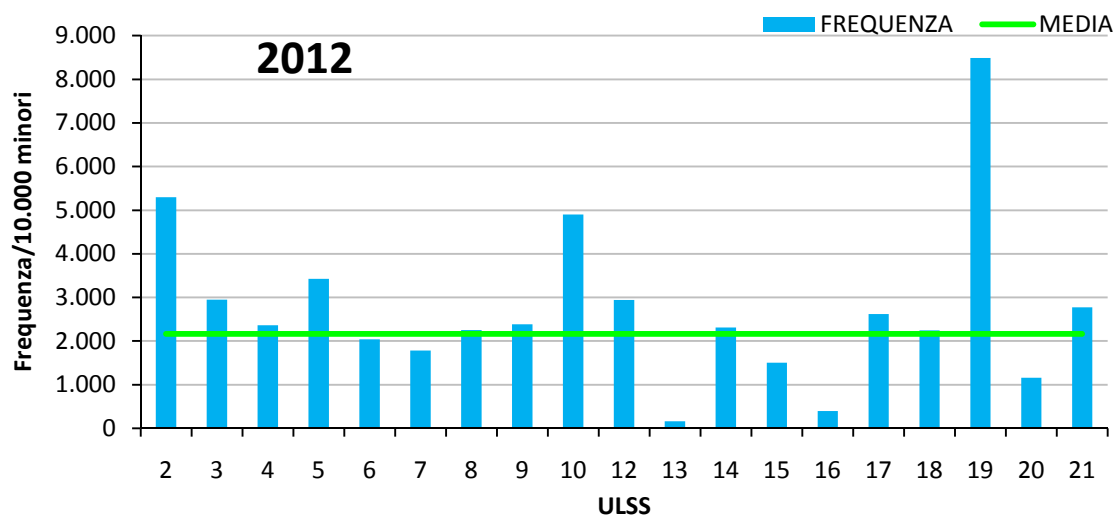


Figura 36. Frequenza di "Interventi abilitativi/riabilitativi"/10.000 minori delle ULSS nel 2012

Per quanto riguarda il 2013, invece, la frequenza media è di 2.598 interventi ogni 10.000 minori (Fig. 37). Anche in questo caso l'ULSS 19 presenta la frequenza più elevata (8.177 interventi su 10.000); mentre l'ULSS in cui è stata individuata la frequenza di utilizzo più bassa è l'ULSS 16 (91 interventi su 10.000 minori residenti).

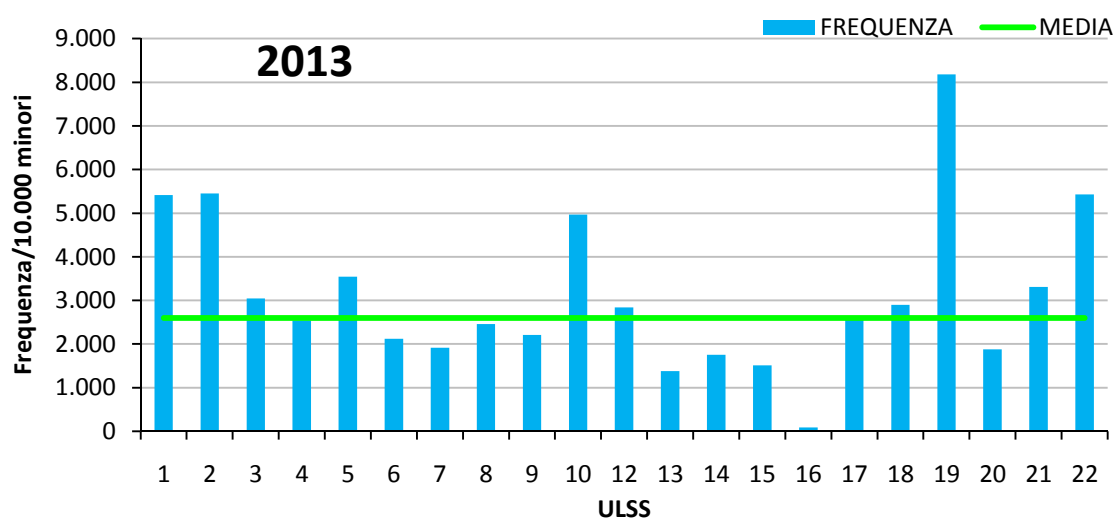


Figura 37. Frequenza di "Interventi abilitativi/riabilitativi"/10.000 minori delle ULSS nel 2013

Nel 2012, la frequenza media regionale delle prestazioni che rientrano nella categoria "Visita/Colloquio" è di 1.437 interventi ogni 10.000 residenti con età inferiore di 18 anni.

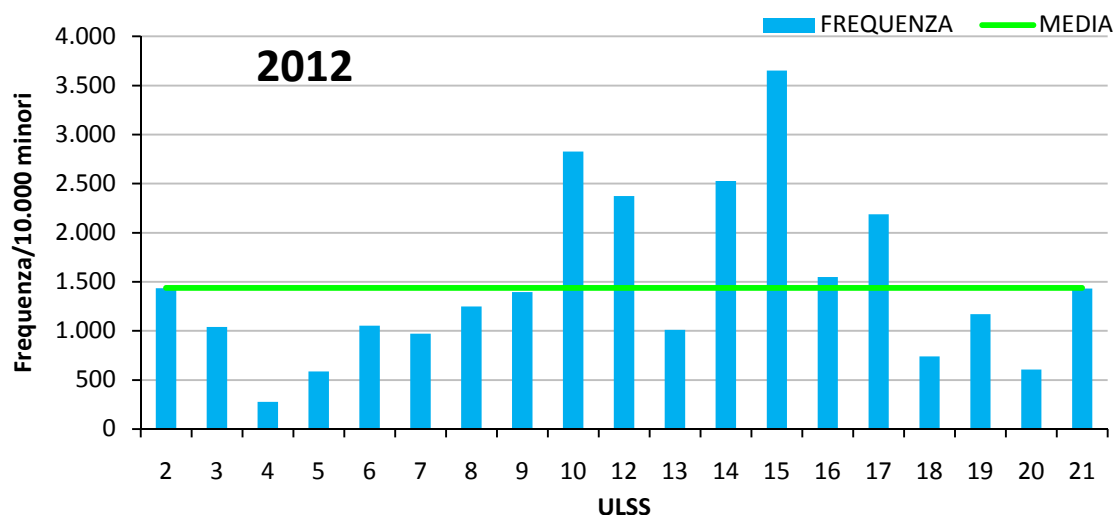


Figura 38. Frequenza di "Visite/colloqui"/10.000 minori delle ULSS nel 2012

Nello stesso anno l'ULSS in cui è stata rilevata la frequenza più alta di utilizzo di questa categoria di interventi è l'ULSS 15 (3.651 interventi ogni 10.000 minori); mentre la frequenza più bassa è stata rilevata nell'ULSS 4, con 279 prestazioni ogni 10.000 minori residenti. Anche nelle rilevazioni relative al 2013 è stata individuata una certa variabilità tra le ULSS del Veneto (Fig. 39).

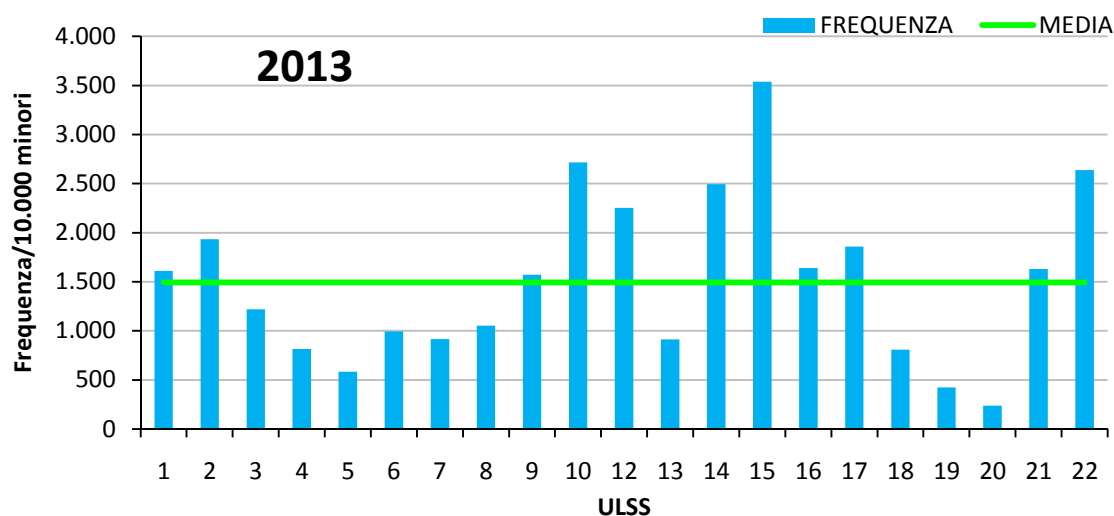


Figura 39. Frequenza di "Visite/colloqui"/10.000 minori delle ULSS nel 2013

La frequenza più elevata è stata trovata nell'ULSS 15 (3.537 prestazioni ogni 10.000 minori); mentre quella più bassa è stata rilevata nell'ULSS 20 (238 interventi ogni 10.000 minori).

Le differenze riscontrate potrebbero essere causate da alcune difficoltà emerse nella raccolta ed archiviazione del dato: alcuni operatori hanno fatto notare la presenza di problematiche legate all'inserimento di alcune prestazioni nelle categorie di indicatori proposti per la valutazione. I dubbi che hanno reso difficoltosa la registrazione delle prestazioni sulla base degli indicatori di valutazione proposti per l'indagine riguardano in particolare l'attività dello psicologo, il quale non sempre riesce a definire con esattezza quando una serie di prestazioni possono rientrare nella

categoria “Intervento di sostegno” e quando le stesse invece possono essere considerate “Psicoterapia”. Tali criticità dovrebbero essere superate nelle rilevazioni relative agli anni successivi a quelli fin qui considerati, grazie all’adeguamento dei sistemi di raccolta delle informazioni nelle diverse Aziende ULSS.

I risultati dettagliati delle frequenze relativi alle prestazioni sulla popolazione minorile residente in Veneto ricavate dalle rilevazioni fatte per l’anno 2012 e 2013 sono riportate in Appendice (Tabella 11 e 12).

Al fine della nostra ricerca è interessante indagare inoltre se il numero d’interventi che riceve in media un paziente con una data diagnosi sia omogeneo tra le ULSS del Veneto. Questo tipo di analisi è stato possibile compierla solo con i dati raccolti nella rilevazione effettuata per l’anno 2013 e solo per alcune ULSS: è necessario quindi interpretarli con cautela.

I valori presenti nella Tabella 6 rappresentano il numero di prestazioni che un paziente con una certa diagnosi riceve in media¹.

Tabella 6. Interventi erogati per ogni singolo utente per diagnosi (1)

	Azienda ULSS											MEDIA
	1	2	3	5	6	7	8	12	14	15	16	
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti (F20-F29)					9	101	22	27	15	23	44	31,1
Sindromi affettive (F30-F39)	9	14	17	17	10	15	6	18	6	23	9	16,3
Sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare (F50)	25	21			3	10	12	25	14	21	7	14,6
Disturbi di personalità specifici (F60-F69)	22		13		7	16	24	23	5	35	11	19,7
Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico (F84, F88, F89)	28	88	18	34	6	29	12	31	11	30	12	21,2
Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD, F90.0)	40	12	10	15	7	15	15	19	13	20	18	13,5
Disturbi della condotta e disturbi misti della condotta e sfera emozionale (F91-F92)	10	29	22	14	5	17	10	23	16	31	9	16,8
Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio (F80)	17	13	20	11	12	14	13	20	34	14	5	14,2
Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche (F81.0-F81.9)	6	12	8	9	9	14	6	14	18	13	9	10,7
Ritardo Mentale	16	20	17	11	5	16	11	13	20	17	8	11,6
Epilessia (G40)		37			2	7	11	12	17	9	16	7,1
Paralisi cerebrali infantili (G80)	48	57	25	33	5	15	29	29	82	61		35,5
Sindrome di Down (Q90)	132	48	70	32	4	12	10	13	8	31	3	28,3

Ad esempio un paziente che accede al Servizio per l'Età Evolutiva dell'ULSS 1 che ha una diagnosi di Disturbo evolutivo specifico dell'eloquio e del linguaggio (F80), riceve in media 17 prestazioni. Analizzando la tabella si può notare una certa variabilità tra le ULSS considerate nel numero d'interventi svolti per singolo utente avente una determinata diagnosi. Questa differenza potrebbe essere attribuita a:

- Una diversa registrazione delle prestazioni;
- Una minore disponibilità di operatori che si occupano di questo disturbo;
- Un effettivo minor numero di interventi.

Come si nota nella Figura 40, nell'ULSS 14 vengono svolte in media 34 prestazioni per ogni bambino con diagnosi di disturbo del linguaggio; molti meno interventi vengono svolti nell'ULSS 16 per ogni utente (5 interventi per utente).

¹ Se le caselle rimangono vuote significa che non è stato rilevato alcun utente nell'ULSS con quella

determinata diagnosi.

Questa differenza non può essere attribuita a una minore disponibilità di operatori, considerando che nell'ULSS 16 erano presenti 33,76 logopediste nel 2013. Sarebbe dunque più plausibile pensare a una diversa archiviazione delle prestazioni.

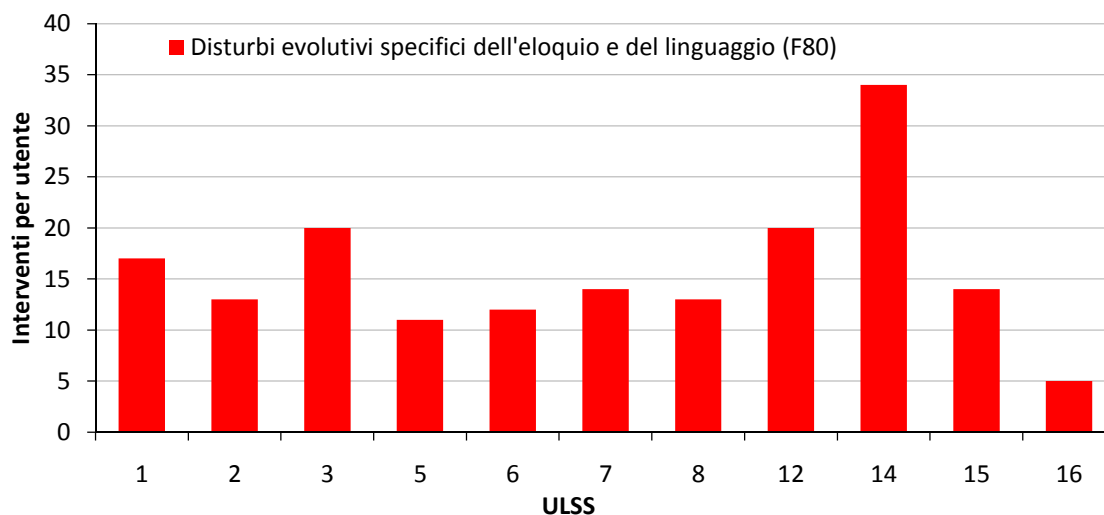


Figura 40. Interventi svolti per ogni utente con "Disturbo evolutivo specifico dell'eloquio e del linguaggio" nel 2013

Differenze ancora più elevate sono state individuate per quanto riguarda la diagnosi di Sindrome di Down (Fig. 41). Nell'ULSS 16 sono stati svolti 3 interventi per ogni utente che presenta questa patologia; mentre nell'ULSS 1 le prestazioni erogate sono state 132.

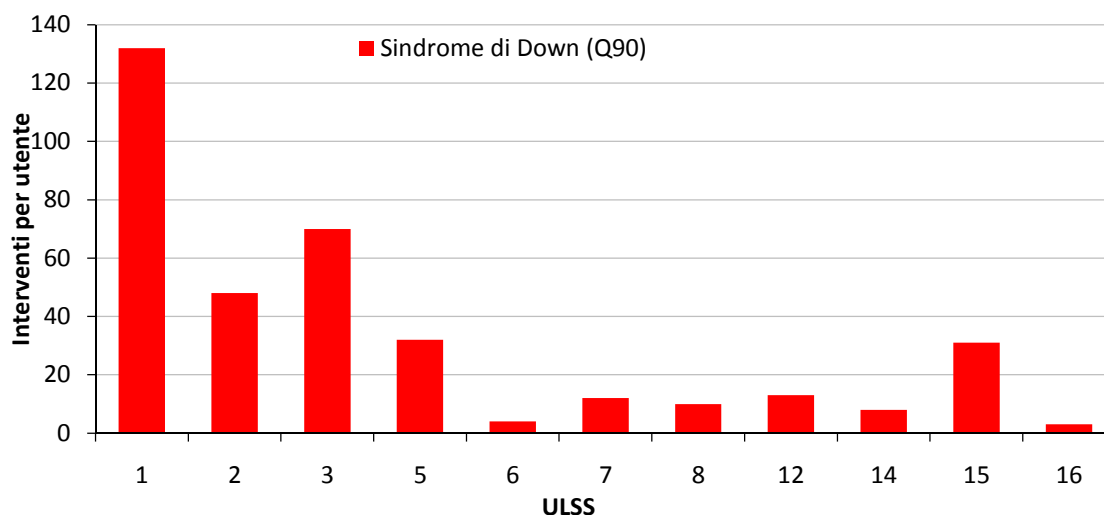


Figura 41. Interventi svolti per ogni utente con "Sindrome di Down" nel 2013

Nel grafico sopra si può notare come anche nelle altre ULSS il numero di interventi per utente con Sindrome di Down sia ben differenziato. Il numero di interventi svolti per ciascun utente con Sindrome di Down nell'ULSS 1 costituisce il Valore Estremo della distribuzione come si nota nella Figura 42.

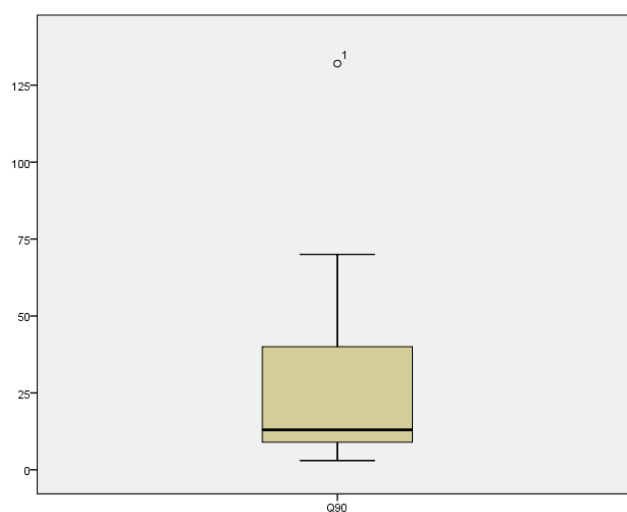


Figura 42. Distribuzione delle medie degli interventi svolti per ciascun utente con Sindrome di Down

Oltre a questi esempi riportati nel dettaglio, anche per tutte le altre diagnosi presenti nella Tabella 6 si può notare una evidente variabilità tra le ULSS per le quali è stato possibile approfondire questo aspetto delle attività che vengono svolte all'interno dei Servizi per l'Età Evolutiva del Veneto.

Prendendo in considerazione la media regionale degli interventi erogati per ciascun utente avente una determinata diagnosi è possibile evidenziare quale sia la categoria di utenti che richiedono maggiori prestazioni ai Servizi per l'Età Evolutiva del Veneto.

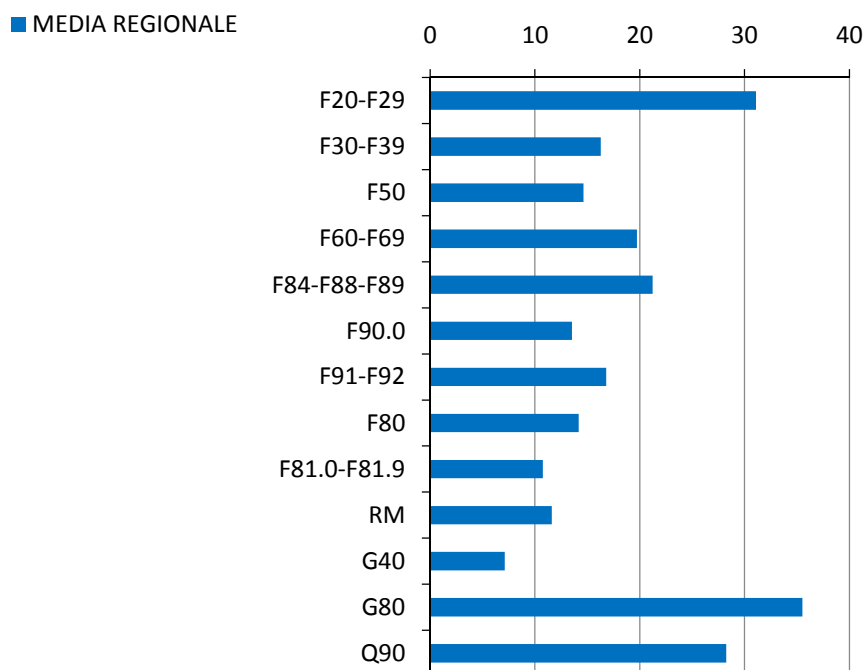


Figura 43. Media di interventi erogati per diagnosi nel Veneto

Sebbene vadano interpretati con cautela poiché si basano su rilevazioni effettuate solo su alcune ULSS, questi dati mostrano come la Paralisi Cerebrali Infantili costituisca la categoria diagnostica che richiede il maggior numero di interventi per utente ($X_{regionale} = 35,5$ interventi per utente). A seguire, i pazienti che ricevono un numero elevato di interventi per utente sono coloro che hanno una diagnosi di Schizofrenia, Sindrome schizotipica e Sindromi deliranti, con una media di 31,1 interventi per utente. Anche gli utenti con Sindrome di Down ricevono in media un elevato numero di prestazioni rispetto a bambini/adolescenti con altre diagnosi, mostrando una media di 28,3 interventi per utente. Come si è visto, l'ULSS 1 presenta un numero di interventi per utente piuttosto elevato rispetto alla distribuzione dei dati delle altre ULSS: esso potrebbe influire notevolmente sulla media regionale. Per questo motivo questi dati vanno interpretati con cautela, in quanto potrebbero essere influenzati da una raccolta o archiviazione del dato non accurata.

3.5. Operatori

Nel corso dell'anno 2009 il personale che operava presso i Servizi per l'Età Evolutiva nella Regione Veneto era costituito da 689 operatori equivalenti, ossia 0,84 su 1.000 minori residenti in questa regione. Nel 2012 gli operatori equivalenti sono 696 (0,84 su 1.000 minori residenti), mentre nel 2013 sono 704, ossia 0,85 su 1.000 minori. Nel "7° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui Diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia" è stata evidenziata una "diminuzione degli operatori del 10% tra il 2010 e il 2011 nella Regione Piemonte". In Veneto, invece il numero di operatori si rimane pressoché costante tra il 2009 e il 2013. Ciò che si modifica in media in questo periodo di tempo è il numero di utenti per ogni operatore.

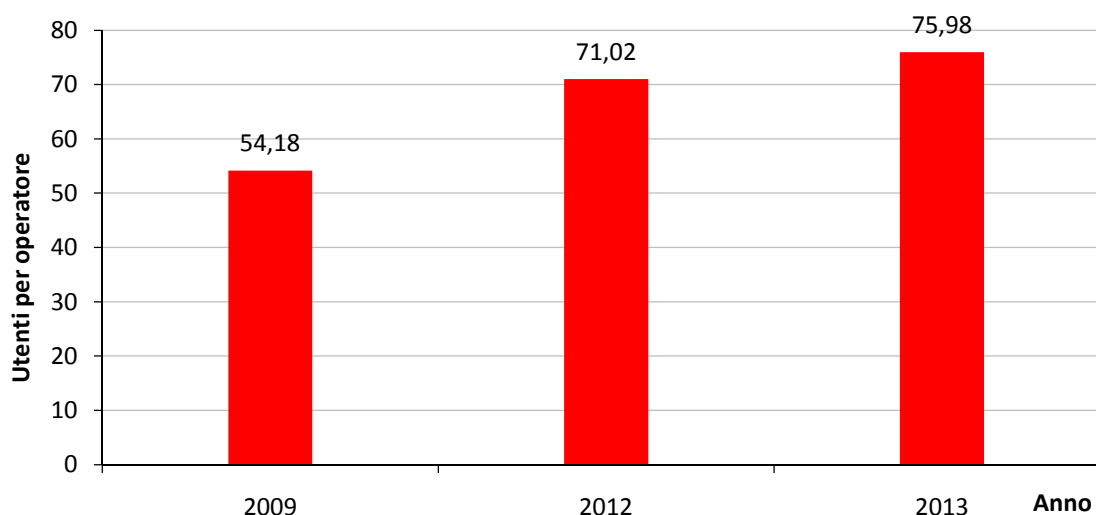


Figura 44. Variazione del numero di utenti per operatore nei tre anni di indagine

Come si può notare dalla Figura 44, poiché il numero di operatori rimane quasi costante, c'è stato un aumento del numero di utenti per ogni singolo operatore. In particolare, nel 2009 ogni operatore aveva in carico in media 54 utenti; nel 2012 il numero di utenti per ogni operatore passa a 71,

aumentando ancora nel 2013 dove il numero di utenti per operatore è di 76. Ciò comporta una crescita nel carico di lavoro che ogni professionista deve sostenere e la minore disponibilità degli stessi verso i pazienti che richiedono una maggiore attenzione.

4. Approfondimento dei problemi di validità e attendibilità dei dati

La significativa disomogeneità, sia relativamente ai dati epidemiologici che a quelli di attività dei servizi, tra le Aziende ULSS del Veneto è certamente riconducibile ad differenze effettive, ma almeno in parte fa pensare ad un'attendibilità e ad una validità dei dati raccolti ancora non adeguate.

Possono concorrere a questa scarsa qualità dei dati diversi fattori:

- l'avvio recente del processo di informatizzazione e la scarsa familiarizzazione di parte degli operatori, che ad es. non riescono a caricare tutti i dati delle prestazioni o non compila tutti i campi richiesti dal sistema informativo;
- la disomogeneità dei diversi sistemi informativi aziendali e, in particolare, le carenze di alcuni che non raccolgono tutti i dati richiesti dalla Regione (cominciando, come si è visto, da un dato essenziale come la diagnosi) o che non permettono di incrociare i dati, ricavando ad es. il numero di utenti con una determinata diagnosi o con un definito numero di prestazioni ricevute;
- la bassa concordanza tra operatori sui criteri che consentono di specificare la prestazione erogata e la bassa riproducibilità diagnostica, in particolare rispetto alla richiesta di indicare la diagnosi principale.

Per approfondire questo aspetto in una singola realtà territoriale (Distretto Nord dell'ULSS n. 9) è stato effettuato un confronto tra i dati ricavati dal sistema informativo con quelli raccolti dalle cartelle degli utenti e dalle agende degli operatori, sono state analizzate e discusse le differenze e successivamente sono state prese in considerazione anche le differenze nella composizione delle prestazioni erogate da operatori appartenenti allo stesso ruolo professionale.

Da un primo confronto dei dati raccolti "manualmente" con quelli ottenuti dal sistema informativo sono emerse diverse criticità: il sistema può sovrastimare il numero di utenti del Servizio se non integra correttamente i dati ricavati dallo specifico archivio dell'età evolutiva con quelli ricavati dal sistema generale di prenotazione delle prestazioni o se un utente seguito da più operatori viene caricato e conteggiato due volte. Al contrario, il numero di prestazioni erogate nell'anno 2013 conteggiate sulla base delle agende e delle cartelle è risultato in alcuni casi superiore anche del 30% al numero delle prestazioni rilevate dal sistema informativo. Discordanze ancora maggiori risultano nella specificazione degli utenti in carico al Servizio con disabilità attestata per l'integrazione scolastica ai sensi della L.104/92 e quelli per protezione cura e tutela del minore con mandato dell'Autorità Giudiziaria, a causa della mancanza dei relativi campi nel sistema informativo.

La rilevazione manuale delle attività svolte dagli operatori e la sua scomposizione tra singoli professionisti ha fatto, inoltre, emergere la presenza di una significativa disomogeneità nell'utilizzo delle singole voci per classificare le prestazioni erogate. Grazie a questo lavoro è stato visto che operatori che ricoprono lo stesso ruolo professionale classificano diversamente gli interventi effettuati. Ad esempio si è notato che la categoria "psicoterapia" è stata utilizzata molto più frequentemente da alcuni psicologi rispetto ad altri che, invece, hanno utilizzato principalmente la voce "colloquio psicologico-clinico". Questa differenza sottolinea la necessità di creare una condivisione tra professionisti sulla definizione delle prestazioni, attraverso criteri più chiari e particolareggiati; lo stesso probabilmente vale per l'individuazione della diagnosi principale.

5. Conclusioni

L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di approfondire l'analisi dei dati riguardanti gli utenti, le attività e l'epidemiologia dei Servizi per l'Età Evolutiva nella Regione Veneto rilevati nell'anno 2012 e 2013. In particolare si è cercato di analizzare la qualità dei dati raccolti, oltre che le effettive differenze presentate dalle diverse Aziende ULSS nella tipologia di utenti, operatori, prestazioni e diagnosi prevalenti.

Per quanto riguarda gli utenti in carico, è stato evidenziato un aumento della prevalenza degli stessi sulla popolazione minorile, che può essere attribuito a un miglioramento della raccolta del dato e della sua archiviazione oltre che a un'effettiva crescita della popolazione dei Servizi. Nelle analisi effettuate, considerando anche i diversi indicatori riguardanti le tipologie di utenti che accedono ai Servizi, si riscontra una certa variabilità territoriale nel rapporto tra gli utenti e la popolazione generale di età inferiore a 18 anni residente nel Veneto. Questa difformità può rispecchiare i diversi modelli organizzativi o i differenti orientamenti dei Servizi, ma è necessario tenere sempre presenti le differenze esistenti nella registrazione e trasmissione dei dati. Quando è stato possibile sono stati confrontati i dati relativi alla Regione Veneto con quanto emerso nelle rilevazioni effettuate in altre regioni, come il Piemonte e la Toscana, verificando spesso una sostanziale concordanza tra i dati.

Dalle analisi effettuate sui dati relativi alle diagnosi che le diverse Aziende ULSS hanno fornito si nota una evidente disomogeneità territoriale riguardante tutti i disturbi di cui si occupano i Servizi per l'Età Evolutiva. Si ricorda che è necessario interpretare con cautela ciò che è emerso da queste indagini poiché non tutte le ULSS hanno fornito i dati suddivisi per le categorie diagnostiche dell'ICD-10, costringendoci ad escluderle dalle analisi. Tuttavia, le difformità trovate potrebbero essere spiegate dai diversi orientamenti dei Servizi, oltre che dalla scarsa riproducibilità diagnostica delle diagnosi considerate nonché dalle effettive differenze di frequenza dei disturbi legate a specificità locali.

Infine, anche per quanto riguarda gli interventi erogati dagli operatori dei Servizi per l'Età Evolutiva sono state trovate delle differenze tra le ULSS riconducibili probabilmente ai differenti sistemi informativi utilizzati per la raccolta delle informazioni.

Queste analisi mettono in luce la disomogeneità tra Servizi per l'Età Evolutiva nei processi di raccolta delle informazioni richieste dalla Regione Veneto ai Servizi stessi ed evidenziano la necessità di rendere più omogenee, sia da un punto di vista informatico che per quanto riguarda la riproducibilità delle diagnosi e della caratterizzazione delle prestazioni, le procedure di rilevazione delle informazioni. Un possibile cambiamento potrebbe derivare dalla modifica delle schede relative all'utente nei Sistemi Informativi Aziendali, inserendo, qualora non siano già presenti, gli indicatori richiesti in queste rilevazioni e permettendo in tal modo all'operatore di possedere tutte le informazioni che poi dovrà fornire. Sembra inoltre necessario creare una certa condivisione tra i professionisti sulla definizione delle prestazioni. Come è stato possibile vedere dalle rilevazioni effettuate "manualmente" nel Distretto Nord (sede di Oderzo) dell'Azienda ULSS 9, operatori che appartengono allo stesso ruolo professionale attribuiscono la medesima attività a categorie di intervento differenti. Generalizzando ciò che è emerso in un singolo Distretto anche agli altri Servizi distrettuali, ne risulterebbe una evidente disomogeneità territoriale nelle prestazioni erogate.

Bisogna, anche in questo caso, tenere presente che i Servizi dell'Età Evolutiva del Veneto hanno orientamenti diversi, sia perché alcuni costituiscono formalmente o nei fatti centri di riferimento per determinati disturbi e risultano quindi attrattivi anche fuori del loro ambito territoriale sia per una diversa attenzione e capacità di intervento verso i diversi disturbi; da questo può certamente derivare una differenza nelle attività e nella prevalenza dei singoli disturbi (soprattutto, appunto, quando una parte consistente dell'utenza risiede fuori dall'ambito territoriale di quel Servizio).

Oltre a ciò, in questo studio è emersa anche la necessità di creare una certa condivisione sulla corretta formulazione delle diagnosi. Per prima cosa, sembra opportuno fare chiarezza su quale sia la diagnosi principale di ogni utente, ossia quella che in quel momento giustifica la presa in carico dello stesso. In più, potrebbe essere utile un confronto tra i professionisti per una corretta formulazione delle diagnosi, soprattutto per quanto riguarda quelle a bassa riproducibilità.

Le rilevazioni effettuate nella Regione Veneto per gli anni 2012 e 2013 sono l'inizio di un percorso volto ad avere una visione chiara dell'attività dei Servizi per l'Età Evolutiva e di come i bisogni della popolazione minorile si modifichino nel corso degli anni, per permettere poi ai Servizi stessi di fornire una risposta adeguata che garantisca i Livelli Essenziali di Assistenza. I dati raccolti fino ad ora risultano per certi versi ancora deboli, dato che alcune Aziende ULSS non sono state in grado di fornirli in maniera completa e che in altri casi i dati sembrano migliorabili quanto ad attendibilità e validità. Poiché queste rilevazioni verranno svolte ogni anno, auspichiamo un miglioramento della qualità e della completezza dei dati che permetta quindi di avere una rappresentazione più accurata dell'attività Servizi per l'Età Evolutiva, delle caratteristiche e dei bisogni dell'utenza.

Bibliografia

- ARS Toscana (2011). L'epidemiologia della salute mentale in Toscana.
https://www.ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2011/63_salute_mentalexweb.pdf
- Bracci S. (2003). Sviluppo della neuropsichiatria infantile in Italia e in Europa. Storia delle istituzioni psichiatriche per l'infanzia. *L'ospedale S. Maria della Pietà di Roma*.
- Brault M. C., Lacourse E. (2012). Prevalence of prescribed attention-deficit hyperactivity disorder medications and diagnosis among Canadian preschoolers and school-age children: 1994-2007. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52 (2) 93-101.
- Costello E. J., Egger H., & Angold A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44 (10), 972-986.
- Fombonne E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research*, 65 (6), 591-598.
- Green H., McGinnity A., Meltzer H., Ford T., Goodman R. (2005). Mental health of children and young people in Great Britain, 2004. London: The Stationery Office.
- Gruppo CRC (2014). 7° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia. *Arti Grafiche Agostini*, Roma.
<http://www.gruppocrc.net/IMG/pdf/VIIrapportoCRC.pdf>
- Houtrow A. J., Larson K., Olson L.M., Newacheck P.W., & Halfon N. (2014). Changing trends of childhood disability, 2001-2011. *Pediatrics*, 134 (3), 530-538
- Malhotra S., & Patra B.N. (2014). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in India: a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8, 1-22.
- Migone P. (2014). Storia della neuropsichiatria infantile. *Il Ruolo Terapeutico*, 125, 55-70.
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (2013). Integrazione scolastica degli alunni con disabilità in provincia di Vicenza. Dati statistici anno scolastico 2013/2014.
- Ministero della Salute (2008). Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale.
http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_779_allegato.pdf
- Odding E., Roebroek M. E., & Stam H. J. (2006). The epidemiology of cerebral palsy: incidence, impairments and risk factors. *Disabil Rehabil*, 28 (4), 183-191.
- Ravens-Sieberer U., Wille N., Erhart M., Bettge S., Wittchen H.U., Rothenberger A., et al. (2008). Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17 (1), 22-33.
- Regione Piemonte (2013). La rete di assistenza neurologica, psicologica, psichiatrica, riabilitativa per l'infanzia e l'adolescenza: strutture e attività. 8ª Edizione. <http://www.regione.piemonte.it/sanita>
- Regione Veneto (2011). Linee guida per i servizi distrettuali di età evolutiva.
<http://www.regione.veneto.it/web/sanita>
- Roberts R.E., Attkisson C.C., & Rosenblatt A. (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry*, 155, 715-725.
- Sawyer M.G., Arney F.M., Baghurst P.A., Clark J.J., Graetz B.W., Kosky R.J., et al. (2001). The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 806-814.
- Sherman S. L., Allen E. G., Bean L. H., & Freeman S. B. (2007). Epidemiology of down syndrome. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 13, 221-227.

Steinhausen H. C., Metzke C. W., Meier M., & Kannenberg R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatr Scand*, 98, 262-271.

Steinhausen H. C., Winkler C., & Meier M. (1996). Eating disorders in adolescence in a swiss epidemiological study. *International Journal of Eating Disorders*, 22 (2), 147-151.

Zhong B. I., Ding J., Chen H., Li Y., Xu H., & Tong J. (2013). Depressive disorders among children in the transforming china: an epidemiological survey of prevalence, correlates, and service use. *Depression and Anxiety*, 30, 881-892.

Siti Web:

www.ars.toscana.it

www.gruppocrc.it

www.regione.piemonte.it

www.regione.veneto.it/salutementale

www.salute.gov.it

		Azienda ULSS																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
	N. nuovi utenti nell'anno	165	254	105	196	215	384	232	358	201	544	283	188	464	195	332	193	496	225	199	133	269	
	N. utenti che hanno avuto almeno una prestazione nell'anno (esclusi i contatti telefonici)	484	1.042	402	608	763	680	623	812	525	1.229	550	490	851	611	592	590	986	1.029	199	466	448	
	N. utenti che hanno avuto almeno 3 prestazioni nell'anno	263	843	10	348	763	362	499	587	337	832	500	415	742	508	129	137	486	209	0	427	0	
	N. utenti con più di 18 prestazioni nell'anno	110	324	7	89	0	65	142	149	83	160	199	122	225	160	9	23	232	12	0	272	0	
	N. utenti dell'anno in carico da oltre 5 anni continuativamente	43	150	27	110	0	3	32	0	0	209	223	118	371	133	0	191	0	28	0	125	0	
	N. utenti dell'anno ripresi in carico entro 3 anni dalla dimissione	9	12	1	0	0	1	56	74	0	37	44	8	10	37	0	3	0	16	0	2	0	
	N. utenti in trattamento riabilitativo nell'anno	95	326	240	223	507	113	177	0	126	208	181	130	161	62	238	218	258	0	0	136	0	
	N. utenti con disabilità attestata per l'integrazione scolastica ai sensi della L.104/92	187	313	145	213	216	137	117	183	100	150	181	172	250	156	24	111	356	269	0	173	41	
	N. utenti per protezione, cura e tutela dei minori	2	8	0	0	19	19	20	8	16	0	63	42	49	113	50	28	11	0	21	152	0	
	- di cui, con mandato dell'Autorità Giudiziaria	0	8	0	0	0	5	11	2	0	0	25	12	49	17	0	10	6	0	0	0	0	
	N. complessivo degli interventi erogati nell'anno	8.404	19.591	5.472	5.891	10.413	5.683	8.217	9.278	5.655	12.223	11.815	4.309	12.423	10.597	4.877	7.453	5.273	14.514	2.497	14.258	0	
	N. interventi erogati all'esterno del Servizio (es. a domicilio, a scuola, in comunità...)	289	3.320	75	266	550	396	300	0	88	360	1.010	50	258	916	452	602	362	588	0	378	0	
	N. interventi erogati per protezione, cura e tutela dei minori	0	0	0	0	73	33	537	0	0	0	631	339	479	3.550	0	136	0	0	0	0	0	
	- di cui, con mandato dell'Autorità Giudiziaria	0	0	0	0	0	32	300	0	0	0	255	146	479	888	0	51	0	0	0	0	0	

Tabella 7. Prevalenze degli utenti/10.000 minori residenti in Veneto nel 2012

	Azienda ULSS																					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
N. nuovi utenti nell'anno	250	253	136	176	253	389	233	311	201	425	272	211	350	208	370	234	447	264	238	170	330	
N. utenti che hanno avuto almeno una prestazione nell'anno (esclusi i contatti telefonici)	539	1.099	443	605	782	668	615	789	525	1.192	664	497	829	630	637	539	931	1.010	509	599	507	
N. utenti che hanno avuto almeno 3 prestazioni nell'anno	344	899	16	414	597	433	504	559	350	807	484	442	776	522	69	157	465	282	347	537	0	
N. utenti con più di 18 prestazioni nell'anno	119	345	3	65	159	73	154	118	83	154	157	109	266	162	12	33	216	169	55	322	224	
N. utenti dell'anno in carico da oltre 5 anni continuativamente	164	160	19	153	172	0	233	102	0	204	193	113	294	143	0	184	0	168	0	111	0	
N. utenti dell'anno ripresi in carico entro 3 anni dalla dimissione	33	32	1	0	30	0	49	80	0	34	31	13	0	38	0	4	0	29	0	3	0	
N. utenti in trattamento riabilitativo nell'anno	230	372	262	217	177	427	213	0	104	222	188	137	119	62	157	183	244	345	0	229	206	
N. utenti con disabilità attestata per l'integrazione scolastica ai sensi della L. 104/92	186	311	142	208	204	113	114	177	0	144	186	177	119	150	222	111	348	285	0	187	115	
N. utenti per protezione, cura e tutela dei minori	1	4	0	23	17	17	15	11	0	0	65	51	77	111	19	25	20	0	0	189	66	
- di cui, con mandato dell'Autorità Giudiziaria	0	4	0	7	8	6	11	2	0	0	20	16	77	20	13	9	11	0	0	169	52	
N. complessivo degli interventi erogati nell'anno	9.146	19.719	5.579	4.620	10.155	5.353	8.671	8.051	5.699	11.903	11.405	6.413	12.940	10.474	50.014	7.876	6.159	15.064	4.959	25.367	8.805	
N. interventi erogati all'esterno del Servizio (es. a domicilio, a scuola, in comunità...)	662	2.990	38	283	696	443	290	0	86	331	844	115	231	911	1.001	502	297	731	0	366	0	
N. interventi erogati per protezione, cura e tutela dei minori	6	26	0	0	62	0	427	0	0	0	475	494	382	3.431	7	84	0	0	0	3.639	1.894	
- di cui, con mandato dell'Autorità Giudiziaria	0	26	0	0	0	0	311	0	0	0	249	171	382	982	0	41	0	0	0	2.426	1.501	

Tabella 8. Prevalenze degli utenti/10.000 minori residenti in Veneto nel 2013

	Azienda ULSS													
	2	3	5	7	8	10	12	13	14	15	16	18	19	21
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti (F20-F29)	0,8	0,0	0,0	0,8	1,7	16,4	5,3	0,0	0,0	3,4	1,9	0,8	4,1	0,0
Sindromi affettive (F30-F39)	1,5	4,3	0,6	3,2	1,1	42,7	1,6	4,5	2,0	9,5	5,3	6,3	1,0	5,8
Sindromi fobiche, legate a stress e somatoformi (F40-F48)	23,8	0,0	13,7	23,2	15,8	87,9	15,8	10,7	42,6	34,9	15,1	16,8	5,1	0,0
Sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare (F50)	5,4	0,0	0,0	0,8	0,6	6,1	2,8	1,1	4,1	1,7	1,5	2,5	2,1	5,0
Altre sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazione funzioni fisiologiche e a fattori somatici (F51-F59)	0,8	0,0	0,0	0,5	1,5	0,0	9,4	0,0	8,1	2,3	0,9	1,7	0,0	0,0
Disturbi di personalità specifici (F60-F69)	0,8	1,2	0,0	1,9	1,3	28,8	3,4	0,7	3,0	4,0	5,9	1,3	0,0	29,5
Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico (F84, F88, F89)	26,1	3,3	14,6	13,8	19,8	43,0	30,1	13,4	19,3	29,9	25,5	14,3	23,6	31,8
Sindromi ipercinetiche (F90.1-F90.9)	29,2	5,2	37,3	21,0	8,2	197,2	19,7	11,4	47,7	12,6	18,9	16,4	62,7	7,0
-di cui Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD, F90.0)	9,2	4,0	16,4	12,7	6,3	0,0	9,6	8,5	30,4	9,9	13,6	8,4	62,7	7,0
Disturbi della condotta e disturbi misti della condotta e sfera emozionale (F91-F92)	33,8	1,2	4,5	25,9	20,7	40,9	54,9	17,2	27,4	19,4	17,2	9,7	12,3	5,0
Sindromi e disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico nell'infanzia (F93)	16,1	0,6	12,2	41,3	8,4	19,3	28,0	13,9	107,5	27,1	18,8	31,5	31,9	4,7
Disturbi del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia (F94)	4,6	0,3	3,0	6,5	11,4	2,9	12,6	4,7	4,1	13,0	3,0	0,0	1,0	0,0
Disturbi a tipo tic (F95)	0,8	0,0	0,3	2,4	2,3	6,1	1,8	2,2	2,0	3,6	2,3	1,7	0,0	0,0
Altri disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza (F98)	12,3	0,0	7,5	25,3	6,5	0,3	29,2	13,0	29,4	12,8	18,3	12,2	12,3	0,0
Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio (F80)	157,4	23,4	164,2	203,1	38,6	125,7	66,6	43,8	104,5	29,4	125,6	122,4	77,1	0,0
Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche (comprendono tutti i DSA) (F81.0-F81.9)	350,1	27,1	217,0	78,5	32,9	261,3	62,2	45,4	150,2	55,9	89,7	124,5	160,3	27,2
Ritardo mentale lieve	245,7	3,6	73,4	56,4	28,9	69,5	42,5	11,0	127,8	30,1	33,2	43,7	77,1	46,6
Ritardo mentale medio	20,0	1,8	11,9	7,3	7,4	15,3	9,2	4,0	27,4	10,1	9,0	22,3	15,4	30,3
Ritardo mentale grave	1,5	0,6	1,5	0,3	2,5	9,8	4,4	2,0	8,1	1,5	1,3	19,3	2,1	6,6
Ritardo mentale profondo	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	4,9	3,9	0,0	0,0	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0
Ritardo mentale di altro tipo	23,8	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	1,3	0,0	10,5	0,0	0,0
Ritardo mentale non specificato	12,3	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	8,0	0,9	0,0	2,9	1,7	3,8	0,0	5,8
Epilessia (G40)	8,4	0,3	0,0	0,5	13,9	22,8	17,2	1,6	9,1	6,5	5,0	1,7	0,0	6,2
Emicrania e sindromi cefalalgiche di altro tipo (G43, G44)	0,0	0,0	0,6	0,3	12,4	20,5	2,3	0,0	2,0	10,7	0,4	0,8	0,0	0,0
Disturbi del sonno (G47)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	0,5	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Malattie della giunzione mioneurale e del muscolo (G70)	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	2,1	0,7	4,1	0,4	0,0	0,4	2,1	0,0
Paralisi cerebrali infantili (G80)	3,8	0,0	34,9	5,4	7,2	10,4	21,3	6,0	3,0	8,0	8,7	9,7	14,4	9,7
Idrocefalo (G91)	2,3	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,0	0,4	0,0	0,4	0,0	0,0
Altre malattie del sistema nervoso (G00-G99)	10,0	3,0	17,3	0,3	4,0	36,3	3,9	1,6	4,1	1,5	2,3	2,9	31,9	0,0
Disturbi visivi e ipovisione (H53, H54)	3,1	0,0	3,3	1,1	1,1	3,7	8,0	0,9	4,1	1,5	1,5	300,7	1,0	3,5
Ipoacusia (H90, H91)	8,4	0,3	11,6	6,7	5,1	5,2	4,1	4,5	3,0	2,5	79,0	2,1	10,3	27,2
Malattie sistema muscolo-scheletrico (M00-M99)	0,0	0,0	62,4	54,5	11,0	26,2	5,1	0,0	0,0	1,3	8,7	174,5	0,0	0,0
Sindrome di Down (Q90)	9,2	1,2	9,6	2,2	6,3	8,4	12,9	4,5	7,1	3,6	3,5	8,4	8,2	13,6
Altre malformazioni congenite, deformazioni e anomalie cromosomiche (Q00-Q99)	19,2	3,6	0,0	8,9	27,8	10,4	10,3	2,5	8,1	13,3	19,0	7,1	27,7	2,3
Nessuna diagnosi di patologia XX	0,0	6,7	41,8	4,9	0,0	37,2	37,0	13,0	0,0	208,0	19,3	2,5	446,0	0,0
Relazioni intrafamiliari anomale	1,5	0,9	0,0	7,3	0,0	12,1	12,2	3,6	4,1	9,3	19,2	3,4	0,0	75,7
Disturbo psichico, devianza o handicap nel gruppo di sostegno primario del bambino	1,5	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	1,1	3,0	9,0	3,7	0,0	0,0	17,5
Comunicazione intrafamiliare inadeguata o distorta	0,0	0,0	5,4	8,9	0,0	19,3	0,0	6,3	7,1	3,8	0,0	0,0	0,0	17,5
Qualità anomale dell'allevamento	3,1	1,2	8,1	2,7	0,0	0,0	0,0	7,8	21,3	6,9	2,4	3,8	0,0	0,0
Ambiente circostante anomalo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	15,2	5,5	14,2	2,1	0,0	0,0
Life events acuti	3,1	0,0	0,0	0,8	0,0	19,3	0,0	0,7	16,2	7,4	9,5	1,7	0,0	17,5
Fattori sociali stressanti	0,8	0,6	6,6	4,0	0,0	12,1	0,0	4,0	13,2	4,8	0,1	2,1	0,0	0,0
Stress interpersonale cronico associato all'ambiente scolastico/lavorativo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	27,2
Eventi/situazioni stressanti derivanti da un disturbo/disabilità propri del bambino	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	1,1	0,0	11,2	0,4	0,0	0,0	0,0	42,7

Tabella 9. Frequenze diagnosi/10.000 minori residenti in Veneto nel 2012

	Azienda ULSS																
	1	2	3	5	6	7	8	10	12	13	14	15	16	18	19	21	
Schizofrenia, sindrome schizotipica e sindromi deliranti (F20-F29)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,5	1,3	15,2	1,8	2,4	1,0	3,1	1,0	0,4	4,1	0,4	
Sindromi affettive (F30-F39)	4,3	1,5	2,4	0,6	1,6	3,0	1,3	44,5	8,0	11,5	2,1	9,8	3,9	8,6	2,1	0,0	
Sindromi fobiche, legate a stress e somatoformi (F40-F48)	20,4	32,1	2,1	0,0	11,7	20,5	18,1	89,5	25,7	14,6	21,5	29,1	8,9	16,0	4,1	8,4	
Sindromi e disturbi da alterato comportamento alimentare (F50)	1,1	6,9	0,0	0,0	5,0	2,4	0,6	5,7	5,9	2,0	3,1	0,4	0,5	2,9	2,1	0,0	
Altre sindromi e disturbi comportamentali associati ad alterazione funzioni fisiologiche e a fattori somatici (F51-F59)	1,6	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5	1,3	0,0	8,2	1,8	2,1	0,0	0,4	0,8	0,0	12,7	
Disturbi di personalità specifici (F60-F69)	1,1	0,0	0,6	0,0	2,7	1,9	1,5	22,4	7,7	2,2	2,1	4,0	3,3	1,6	0,0	0,0	
Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico (F84, F88, F89)	26,8	24,4	7,0	14,6	25,6	13,7	55,7	35,0	29,1	22,6	22,6	26,4	15,9	16,4	25,9	17,7	
Sindromi ipercinetiche (F90.1-F90.9)	20,9	36,6	5,8	37,1	49,0	21,8	11,0	211,4	15,5	18,4	30,8	11,9	0,1	14,8	61,1	0,4	
-di cui Disturbo da Deficit Attentivo con Iperattività (ADHD, F90.0)	7,0	25,2	5,8	30,0	30,9	17,0	6,5	0,0	5,7	14,9	12,3	9,2	0,1	7,0	61,1	0,4	
Disturbi della condotta e disturbi misti della condotta e sfera emozionale (F91-F92)	17,1	35,1	0,3	3,6	22,3	22,9	21,1	35,6	38,7	19,7	36,9	16,1	10,0	7,0	8,3	3,1	
Sindromi e disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico nell'infanzia (F93)	26,8	21,4	0,3	9,8	15,4	40,9	11,8	4,6	45,5	28,8	75,9	25,3	8,9	24,2	25,9	0,0	
Disturbi del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia (F94)	8,0	7,6	0,3	2,4	2,8	6,5	13,7	4,0	13,0	14,4	3,1	11,9	7,8	3,3	1,0	38,8	
Disturbi a tipo tic (F95)	3,7	2,3	0,0	0,3	3,2	2,2	3,4	6,9	6,1	8,2	2,1	2,9	2,2	1,6	0,0	0,4	
Altri disturbi comportamentali ed emozionali con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza (F98)	5,4	51,9	0,6	12,8	8,8	14,3	5,7	0,0	20,9	12,2	18,5	11,1	1,5	7,4	11,4	21,1	
Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio (F80)	86,8	217,6	19,2	167,8	147,8	148,1	34,8	104,4	71,0	70,1	35,9	29,5	11,8	130,5	75,6	111,3	
Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche (comprendono tutti i DSA) (F81.0-F81.9)	85,7	310,0	22,6	202,5	172,8	108,5	46,6	197,1	96,2	95,4	128,3	46,1	59,3	123,9	149,1	11,5	
Ritardo mentale lieve	36,4	71,8	3,7	77,2	59,8	47,9	25,7	53,1	61,0	43,9	129,3	24,1	41,0	38,2	71,5	24,2	
Ritardo mentale medio	9,6	19,1	1,8	10,4	15,9	7,3	9,3	22,1	9,6	9,1	33,9	8,4	21,0	17,6	12,4	76,0	
Ritardo mentale grave	2,1	1,5	0,3	0,3	5,8	0,0	3,2	8,6	3,4	4,4	6,2	1,0	6,5	16,4	1,0	3,8	
Ritardo mentale profondo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,6	1,1	0,0	0,0	0,2	1,0	0,0	0,0	2,3	
Ritardo mentale di altro tipo	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,5	0,4	0,0	1,3	0,4	9,4	1,0	4,2	
Ritardo mentale non specificato	2,1	9,2	0,0	0,0	5,1	2,2	1,1	0,0	2,3	2,2	0,0	3,1	0,0	2,5	0,0	6,5	
Epilessia (G40)	26,8	6,1	0,0	0,0	18,4	1,1	12,9	12,0	6,4	2,0	7,2	4,6	1,3	4,1	0,0	5,8	
Emicrania e sindromi cefalalgiche di altro tipo (G43, G44)	2,1	0,0	0,0	0,9	0,2	0,8	14,1	23,0	3,9	0,9	2,1	7,3	1,8	0,8	0,0	0,0	
Disturbi del sonno (G47)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	2,0	1,6	0,4	0,0	0,2	0,1	0,4	0,0	0,0	
Malattie della giunzione mioneurale e del muscolo (G70)	0,5	0,0	0,0	0,0	0,2	3,5	0,0	0,9	3,6	0,4	4,1	0,4	0,0	0,8	0,0	0,4	
Paralisi cerebrali infantili (G80)	9,1	4,6	0,3	33,6	2,3	1,6	6,5	8,9	19,1	10,0	3,1	7,1	0,0	11,1	13,5	5,0	
Idrocefalo (G91)	2,7	2,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,2	0,0	0,6	5,7	0,4	0,0	0,8	
Altre malattie del sistema nervoso (G00-G99)	5,9	0,0	0,9	0,0	2,7	1,1	5,9	21,2	17,3	3,1	4,1	0,0	0,0	4,1	40,4	0,8	
Disturbi visivi e ipovisione (H53, H54)	3,7	3,1	0,0	3,0	1,6	1,1	3,8	0,0	3,4	1,6	4,1	1,9	1,3	287,6	2,1	5,0	
Ipoacusia (H90, H91)	5,4	16,0	0,0	10,4	6,4	5,1	4,9	8,3	7,5	4,0	5,1	2,3	0,9	3,3	6,2	11,9	
Malattie sistema muscolo-scheletrico (M00-M99)	27,3	0,0	0,3	68,9	0,0	63,0	9,5	38,7	17,1	0,4	1,0	1,5	25,0	151,0	0,0	0,0	
Sindrome di Down (Q90)	10,7	8,4	0,9	8,9	4,4	1,3	6,7	5,5	15,0	9,3	6,2	3,8	1,5	7,8	9,3	20,3	
Altre malformazioni congenite, deformazioni e anomalie cromosomiche (Q00-Q99)	13,9	15,3	4,9	12,8	3,7	6,2	23,6	9,8	13,0	12,4	7,2	17,8	2,4	8,6	20,7	16,5	
Nessuna diagnosi di patologia XX	70,2	180,9	12,8	79,3	53,9	46,0	0,0	148,3	76,7	25,1	201,1	267,8	366,5	1,6	460,9	0,0	
Relazioni intrafamiliari anomale	0,0	2,3	0,6	0,0	3,4	0,8	0,0	7,2	0,0	16,9	3,1	8,4	1,5	1,6	0,0	55,3	
Disturbo psichico, devianza o handicap nel gruppo di sostegno primario del bambino	0,0	5,3	0,3	0,0	1,1	0,8	0,0	0,0	3,0	1,1	0,0	8,6	8,8	0,0	0,0	19,2	
Comunicazione intrafamiliare inadeguata o distorta	1,1	0,0	0,0	6,5	2,5	0,0	0,0	15,2	2,0	9,8	6,2	2,9	2,2	0,0	0,0	19,2	
Qualità anomale dell'allevamento	0,0	3,1	0,0	12,2	0,9	4,8	0,0	0,0	0,5	2,4	6,2	8,6	0,0	2,1	0,0	8,8	
Ambiente circostante anomalo	0,0	0,8	0,0	0,0	2,5	2,4	0,0	0,0	0,7	0,4	7,2	8,2	3,2	0,0	0,0	0,0	
Life events acuti	0,0	1,5	0,0	0,0	3,4	0,8	0,0	13,5	0,9	5,1	5,1	7,3	4,6	0,8	0,0	15,4	
Fattori sociali stressanti	0,0	0,8	0,0	6,6	0,7	8,4	0,0	4,0	0,0	3,4	1,0	4,0	5,0	0,8	0,0	14,4	
Stress interpersonale cronico associato all'ambiente scolastico/lavorativo	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	1,1	0,0	7,2	0,0	3,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	19,2	
Eventi/situazioni stressanti derivanti da un disturbo/disabilità propri del bambino	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	2,0	0,0	0,2	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	38,4	

Tabella 10. Frequenze diagnosi/10.000 minori residenti in Veneto nel 2013

	Azienda ULSS																				
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Visita/Colloquio (visita neuropsichiatrica, colloquio psicologico-clinico, colloquio con i genitori)	1.434	1.041	279	586	1.054	973	1.248	1.395	2.827	2.373	1.011	2.528	3.651	1.549	2.188	740	1.171	605	1.432		
Visita di controllo breve	55	0	128	12	129	62	808	138	0	330	281	62	0	263	92	62	154	0	162		
Valutazione standardizzata	1.034	144	982	849	796	399	1.002	677	64	1.374	640	716	16	317	79	542	586	172	805		
Valutazione funzionale	0	212	0	1.397	232	851	326	0	144	455	85	317	999	590	202	547	780	0	737		
Psicoterapia (individuale, congiunta, familiare, di gruppo): per il bambino/ragazzo, per i genitori	49	0	136	77	53	103	257	144	817	639	26	250	149	103	120	61	391	228	79		
Intervento di sostegno	292	151	207	580	146	1.194	485	0	1.941	324	102	144	0	0	90	175	508	0	416		
Intervento abilitativo/riabilitativo	5.297	2.949	2.361	3.428	2.036	1.785	2.250	2.386	4.898	2.944	160	2.313	1.506	394	2.620	2.245	8.490	1.159	2.777		
Intervento educativo	2.196	0	0	154	212	14	62	0	115	18	10	30	365	94	292	0	247	0	5.765		
Intervento socio-assistenziale	403	0	0	808	0	150	117	86	0	566	0	217	243	0	561	77	936	304	0		
Screening	0	0	0	0	3	0	0	0	0	98	663	53	0	0	0	44	0	0	0		
Accertamento medico-legale	0	0	0	126	0	0	0	0	0	70	4	0	3	0	13	0	0	0	0		
Consulenza ad altri servizi socio-sanitari	2	8	110	21	94	238	55	32	63	506	78	89	229	319	0	17	1	0	0		
Incontro di verifica d'equipe incentrato sul caso, UVM/D inclusa	554	284	1.003	944	42	1.432	604	281	163	692	563	2.245	1.629	112	429	230	101	0	607		
Incontro di programmazione e verifica sul caso con altri servizi	98	45	77	8	272	63	378	231	140	123	193	102	689	871	175	27	64	0	183		
caso con la scuola: nell'ambito della 104/92	779	144	193	511	190	350	0	212	288	274	255	170	351	0	193	336	630	0	345		
Incontro di programmazione e verifica sul caso con la scuola: al di fuori della 104/92	285	50	95	207	132	185	235	75	231	160	27	55	210	0	29	41	62	0	0		
Relazione clinica	144	192	321	214	246	277	830	0	532	363	146	615	66	93	122	90	244	0	572		
Certificazioni o attività burocratiche	1.148	253	0	43	41	140	618	0	0	483	64	2.494	491	126	248	40	151	0	230		
Prestazioni strumentali	5.822	0	0	446	5	0	0	0	0	21	0	21	0	46	0	0	0	28	147		

Tabella 11. Frequenza prestazioni/10.000 minori residenti in Veneto nel 2012

		Azienda ULSS																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
	Visita/Colloquio (visita neuropsichiatrica, colloquio psicologico-clinico, colloquio con i genitori)	1.610	1.932	1.220	815	584	995	915	1.053	1.573	2.716	2.254	914	2.496	3.537	1.640	1.859	809	423	238	1.632	2.639	
	Visita di controllo breve	0	82	0	126	12	121	171	603	169	0	309	89	84	0	263	204	185	171	160	446	0	
	Valutazione standardizzata	619	1.172	227	893	984	1.030	435	789	618	71	1.402	1.257	944	9	656	195	508	1.215	526	826	0	
	Valutazione funzionale	43	0	15	1	1.198	0	913	243	0	179	281	30	774	1.157	556	199	544	931	400	340	0	
	Psicoterapia (individuale, congiunta, familiare, di gruppo); per il bambino/ragazzo, per i genitori	279	16	0	88	79	51	74	251	126	970	683	169	282	146	100	179	9	437	455	43	0	
	Intervento di sostegno	222	260	79	162	553	53	1.240	330	0	1.742	511	403	144	0	0	384	104	505	1.301	1.662	0	
	Intervento abilitativo/riabilitativo	5.416	5.453	3.043	2.535	3.541	2.122	1.917	2.457	2.208	4.968	2.839	1.378	1.753	1.510	91	2.552	2.902	8.177	1.879	3.310	5.433	
	Intervento educativo	0	2.245	0	0	249	0	111	76	0	83	19	116	75	391	83	311	0	344	0	14.157	0	
	Intervento socio-assistenziale	0	2.713	0	0	691	2	261	83	114	0	387	4	207	315	0	554	208	972	0	549	0	
	Screening	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	84	749	230	0	0	0	46	0	0	0	134	
	Accertamento medico-legale	0	0	0	0	7	14	0	0	0	0	33	4	0	3	0	8	0	0	0	65	0	
	Consulenza ad altri servizi socio-sanitari	7	0	7	90	97	116	107	87	50	53	516	3	151	190	286	29	93	7	0	67	28	
	Incontro di verifica d'equipe incentrato sul caso, UVMJ inclusa	208	1.315	286	841	1.028	9	1.367	825	334	136	946	571	1.754	1.539	102	438	280	575	0	861	0	
	Incontro di programmazione e verifica sul caso con altri servizi	225	253	56	0	91	296	87	4	211	142	151	206	65	626	865	191	27	59	0	163	105	
	Incontro di programmazione e verifica sul caso con la scuola: nell'ambito della 104/92	469	738	169	178	529	130	418	0	228	313	293	209	174	347	0	193	250	585	0	366	134	
	Incontro di programmazione e verifica sul caso con la scuola: al di fuori della 104/92	32	719	25	38	209	169	164	186	68	232	83	46	80	153	0	74	90	120	0	108	0	
	Relazione clinica	15	177	188	300	207	221	323	779	0	298	260	173	497	75	102	230	76	409	0	536	0	
	Certificazioni o attività burocratiche	0	2.645	264	72	92	20	168	284	0	0	351	92	3.212	477	132	274	28	134	0	124	333	
	Prestazioni strumentali	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	3	0	19	0	125	0	0	0	0	111	0	

Tabella 12. Frequenza prestazioni/10.000 minori residenti in Veneto nel 2013